

**MODELO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

**SOR CRUZ MARÍA ESPERANZA BONILLA
ROCÍO REY GÓMEZ
VERÓNICA ISABEL ACEVEDO BAUTISTA**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2007**

**MODELO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

**SOR CRUZ MARÍA ESPERANZA BONILLA
ROCÍO REY GÓMEZ
VERÓNICA ISABEL ACEVEDO BAUTISTA**

**Trabajo de aplicación, para optar al título de
Especialista en Administración de Servicios de Salud.**

**Directora:
LINA MARÍA VERA CALA
MD,Msc**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD - DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2007**

RESUMEN

TÍTULO: MODELO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER*

AUTORES: SOR CRUZ MARÍA ESPERANZA BONILLA
ROCÍO REY GÓMEZ
VERÓNICA ISABEL ACEVEDO BAUTISTA **

PALABRAS CLAVES: Calidad, indicador, enfermería.

DESCRIPCIÓN:

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar un modelo de garantía de la calidad del cuidado de enfermería en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander de Bucaramanga (E.S.E HUS), que permita detectar fortalezas y debilidades en la atención de enfermería, plantear acciones de mejoramiento y correctivas, y generar nuevos enfoques de cuidado que permitan realizar constantes ajustes para el mejoramiento de las condiciones de salud de la persona y su familia.

Para lograr este objetivo, inicialmente se realizó un diagnóstico de la calidad del cuidado de enfermería en la E.S.E HUS: Se hizo una revisión documental que permitiera evidenciar el compromiso con los procesos de calidad tanto del hospital como de la Subgerencia servicios de enfermería y se hizo una evaluación de la calidad de procedimientos claves de enfermería teniendo como base los eventos adversos reportados.

Simultáneamente, se conformó el comité de calidad del cuidado de enfermería, se estableció su nivel de competencia y su operacionalidad: miembros, funciones, frecuencia de las reuniones, agendas y actas. Se diseñó e implementó un programa para sensibilizar enfermeras y auxiliares de enfermería sobre las políticas de calidad definidas por el estado, la institución y sobre las estrategias que la Subgerencia pondrá en marcha para asegurar la calidad del cuidado de enfermería.

Con base en los protocolos vigentes, se diseñaron los procesos más prioritarios de acuerdo al diagnóstico realizado y se definieron los indicadores que permitirán evaluar la calidad de la gestión del cuidado de enfermería.

Se diseñaron los procesos e instrumentos de recolección de información que permitirán hacer seguimiento a la calidad del cuidado de enfermería, y apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

* Proyecto de grado

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Lina María Vera Cala, Directora

ABSTRAC

TÍTULO: MODEL FOR THE CONTROL OF THE QUALITY OF THE CARE OF INFIRMARY IN THE SOCIAL COMPANY OF THE STATE UNIVERSITY HOSPITAL DE SANTANDER *

AUTORES: SOR CRUZ MARÍA ESPERANZA BONILLA
ROCÍO REY GÓMEZ
VERÓNICA ISABEL ACEVEDO BAUTISTA **

PALABRAS CLAVES: Quality, indicator, infirmary.

DESCRIPTION:

The present work has as objective to design a model of guarantee of the quality of the infirmary care in the Social Company of the State University Hospital of Santander of Bucaramanga (E.S.E HUS) that allows to detect strengths and weaknesses in the infirmary attention, to outline actions of improvement and correctivas, and to generate new focuses of care that allow to carry out constants adjustments for the improvement of the conditions of the person's health and its family.

To achieve this objective, initially he/she was carried out a diagnosis of the quality of the infirmary care in the E.S.E HUS: A documental revision was made that allowed to evidence the commitment with the so much processes of quality of the hospital like of the Subgerencia infirmary services and an evaluation of the quality of key procedures of infirmary was made having like base the reported adverse events.

Simultaneously, he/she conformed to the committee of quality of the infirmary care, he/she settled down their competition level and their operacionalidad: members, functions, frequency of the meetings, calendars and records. It was designed and it implemented a program to sensitize nurses and auxiliary of infirmary on the defined politicians of quality for the state, the institution and envelope the strategies that the Subgerencia will start to assure the quality of the infirmary care.

With base in the effective protocols, the most high-priority processes were designed according to the carried out diagnosis and they were defined the indicators that will allow to evaluate the quality of the administration of the infirmary care.

The processes and instruments of gathering of information were designed that will allow to make pursuit to the quality of the infirmary care, and to support and to motivate the administration of the quality based on facts and data.

* Grade project

** Ability of Health. School of Medicine. Department of Public Health. Specialization in Administration of Services of Health. Lina María Vera Cala, Directress

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. PROBLEMA	12
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. GENERAL	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
3. MARCO REFERENCIAL.....	18
3.1 MARCO HISTÓRICO	18
3.1.1 Evolución del concepto de calidad.	18
3.1.2 Calidad en los servicios de salud.	21
3.1.3 Calidad en el cuidado de enfermería.....	22
3.2. MARCO LEGAL.....	29
3.3. MARCO INSTITUCIONAL	37
3.3.1 Subgerencia de servicios de alto costo.	39
3.3.2 Subgerencia servicios ambulatorios y apoyo terapéutico.....	39
3.3.3 Subgerencia servicios médicos.	40
3.3.4 Subgerencia servicios de la mujer y la infancia.....	40
3.3.5 Subgerencia servicios de apoyo diagnóstico.....	41
3.3.6 Subgerencia servicios quirúrgicos.	41
3.3.7 Subgerencia servicios de enfermería.	42
4. METODOLOGÍA	43
5. RESULTADOS.....	49
5.1. DIAGNÓSTICO SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA QUE SE BRINDA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.....	49
5.1.1 Revisión documental.	49
5.1.2 <i>Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería</i>	55
5.2 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y ESTABLECIMIENTO DE SU NIVEL DE COMPETENCIA60	60
5.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA SENSIBILIZAR Y CAPACITAR ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA	63
5.4 DISEÑO DE PROCESOS.....	65
5.5.1 <i>PROPORCIÓN DE CAIDAS:</i>	71
5.5.2 <i>PROPORCIÓN DE FLEBITIS</i>	72
5.5.3 <i>PROPORCIÓN DE DESALOJOS</i>	73
5.5.4 <i>PORCENTAJE DE ERRORES EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA</i>	74
5.5.5 <i>PROPORCIÓN DE ROTACIÓN DE PERSONAL</i>	75

5.5.6 PROPORCIÓN DE CARROS DE PARO REVISADOS.....	76
5.5.7 ULCERAS POR PRESIÓN.....	77
5.5.8 CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.....	78
6. CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFÍA.....	83
ANEXOS.....	86

LISTA DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	Muestra caluda para las auditorias de enfermería	44
TABLA 2	Evaluación de la calidad de los registros de enfermería	56
TABLA 3	Evaluación de la calidad de la entrega y recibo de turno por parte de las(os) enfermeras(os).	58
TABLA 4	Evaluación de la calidad del lavado de manos	59
TABLA 5	Evaluación de la calidad del cateterismo venoso periférico	60

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO A	Subgerencia servicios de enfermería. Plan estratégico 2006	87
ANEXO B	Cuadro de mando integral subgerencia servicios de enfermería 2006	90
ANEXO C	Estructura organizacional de la subgerencia servicios de enfermería	92
ANEXO D	Lista de chequeo. Registros de enfermería	93
ANEXO E	Eventos adversos segundo semestre 2006.	95
ANEXO F	Lista de chequeo. Entrega y recibo de turno de la enfermera	96
ANEXO G	Lista de chequeo. Lavado de manos.	97
ANEXO H	Lista de chequeo. Cateterismo venoso periférico.	99
ANEXO I	Modelo de acta del comité de calidad del cuidado de enfermería.	101
ANEXO J	Formato para el registro de eventos adversos.	102

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería se define “como un acto de vida, cuyo significado es desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el estado Salud – Enfermedad y en el proceso Vida – Muerte; teniendo presente al ser humano como un todo”¹.

La búsqueda de la calidad del cuidado de enfermería es una oportunidad para fortalecer el ejercicio de la profesión, y debe estar orientada primordialmente a satisfacer las necesidades de la persona.

La gestión del cuidado de enfermería se garantiza a través de un conjunto de métodos y procedimientos necesarios para evaluar el nivel de eficiencia y calidad de la atención de enfermería y de la monitorización permanente de la estructura, el proceso de mejoramiento continuo y sus resultados.

Los programas de calidad del cuidado de enfermería, por su parte, implican no sólo la auditoría del desarrollo de técnicas y procedimientos, la información y registro de incidentes, sino también, la necesidad de establecer estándares que permitan un seguimiento y monitoreo de la ejecución de actividades ponderadas de cada proceso e indicadores de calidad.

La auditoria en el cuidado de enfermería permite un control de calidad en la atención, que para llegar a su objetivo principal que es la recuperación total o parcial del enfermo, debe cumplir con las características establecidas en el decreto 1011 de 2006²: ser oportuna, es decir, prestar al enfermo la ayuda adecuada de forma inmediata y en el momento indicado, por el personal calificado y con la estructura necesaria; debe ser suficiente, es decir, brindar todos los cuidados que se requiera según la patología, en la cantidad suficiente y con las ayudas técnicas apropiadas; debe ser integral, tiene presente las dimensiones de la persona e identifica sus necesidades de índole cultural, religioso y

¹ ORTIZ ZAPATA, A C. Gestión del cuidado en enfermería. En: Investigación y educación en Enfermería. Vol. 18, N° 1 (Mar – 2000)

estilos de vida; debe ser continuo es decir que el proceso mantenga una secuencia lógica del tratamiento.

Con el presente trabajo se pretende diseñar un modelo para el control de la calidad del cuidado de enfermería de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander (ESE-HUS), teniendo en cuenta las características demográficas, culturales de la población a atender y organizacionales de la institución, de tal manera que permita detectar fortalezas y debilidades en el proceso de atención de enfermería (se requiere de la evidencia), plantear acciones de mejoramiento y correctivas y generar nuevos enfoques de cuidado de enfermería con el fin de realizar los cambios pertinentes según la evidencia en pro del mejoramiento de las condiciones de salud de la persona y su familia.

Para alcanzar la aplicación del modelo para el control de la calidad del cuidado de enfermería de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, se requiere de la participación de todos las(os) profesionales impulsadas(os) desde el plan de desarrollo propuesto por las directivas de enfermería; cada profesional de enfermería debe asumir la responsabilidad de evaluar periódicamente su actividad y la de su equipo de trabajo, con el propósito de detectar las deficiencias, las causas que las originan y ejercer acciones de cambio encaminadas a lograr que las intervenciones, servicios o productos de la actividad profesional de enfermería, sean consistentes con los estándares de calidad, a fin de lograr la satisfacción de los usuarios por el trato recibido, y de los prestadores del servicio por la calidad técnica de su actividad profesional.

² COLOMBIA. Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006, Artículo 2.

1. PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la Empresa social del estado Hospital Universitario de Santander, no existe un modelo para el control de la calidad del cuidado de enfermería. Se hacen esfuerzos aislados para evaluar la calidad de algunos procedimientos, se elaboran protocolos y se socializan, pero no se hace un seguimiento para verificar su cumplimiento. En otras palabras, no existe un hilo conductor que dirija todas las actividades hacia un objetivo estratégico.

Es de resaltar que la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander en su misión destaca su compromiso con la calidad:

MISIÓN. La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, es una Institución pública de orden departamental, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad; centro de referencia de la red de servicios, de investigación científica y formación de talento humano en salud.

Sus propósitos están orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente y el compromiso con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento³.

Igualmente, en sus objetivos generales y específicos se evidencia este compromiso con la calidad:

Objetivo general. Calidad del servicio. Garantizar servicios de salud competitivos y apoyo a la formación académica, que lleven al crecimiento continuo de la empresa y generen confianza en los usuarios, con base en eficiencia, efectividad, eficacia y oportunidad.

Objetivo específico: Prestar servicios integrales de salud con oportunidad, continuidad y eficiencia, que satisfagan las necesidades de la comunidad en este campo⁴.

³ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSATARIOS DE SANTANDER. Plan estratégico 2005-2010. Bucaramanga 2005.

⁴ Ibid.

Por su parte, la Subgerencia Servicios de Enfermería, tiene enunciado dentro de sus principios, la Calidad, definida como la eficacia y la efectividad en su desempeño, que le permite el cumplimiento de sus objetivos y responsabilidades para con sus colaboradores y las personas usuarias del HUS. En su misión se establece que el cuidado de enfermería que se brinde a las personas será de excelente calidad.

Misión: La subgerencia de Servicios de Enfermería del Hospital Universitario de Santander, es una unidad conformada por un equipo cualificado, científico, técnico y humano, que brinda un cuidado de excelente calidad a las personas, familia y comunidad del nororiente Colombiano, para satisfacer oportuna e integralmente sus necesidades y expectativas, y contribuir así al mejoramiento de su calidad de vida.

Su compromiso con el cuidado de las personas, la formación del talento humano, la investigación y la gestión transparente, se fundamenta en los principios éticos de la profesión, las políticas del sistema de seguridad social y de la institución, en el trabajo armónico e interdisciplinario y en el respeto por la dignidad de la persona⁵.

Es evidente la necesidad de contar con un modelo para el control de la calidad del cuidado de enfermería, el cual debe llevarse a cabo por profesionales en enfermería, quienes deben apoyar el diseño de estándares de procesos y procedimientos, su implementación, ejecución, monitoreo, evaluación y ajuste.

El modelo debe definir aspectos relevantes del cuidado de enfermería para establecer sobre ellos una vigilancia continua, identificar áreas de actividad, que por su importancia dentro de la organización hospitalaria pueden servir de termómetro de medida del “buen hacer” del conjunto de la organización.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde hace años, existe una preocupación en todas las empresas de los países más avanzados por la búsqueda incesante de niveles más altos de calidad en sus productos y servicios. El origen de esta preocupación está claramente fundamentado en la evidencia

⁵ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIOS DE SANTANDER. Subgerencia servicios de enfermería. Plan estratégico 2005-2010. Bucaramanga 2005.

de que la calidad ha cobrado un papel protagónico y constituye el factor fundamental de la competitividad de las empresas⁶.

Si se considera el Hospital como una empresa productora de servicios de salud, parece necesario también en éste, desarrollar controles de calidad, no sólo por competitividad, sino también, por exigencias sociales y por mandatos legales.

Donabedian⁷ en un contexto general, indica también tres razones para el control de calidad:

- Motivos éticos y deontológicos: El valor social de la salud implica que con los medios disponibles se prestan los mejores servicios posibles.
- Motivos sociales y de seguridad: La comunidad exige que la competencia de los profesionales esté garantizada. Así como las personas exigen la calidad en alimentación, vestimenta, también exigen calidad en los servicios sanitarios. Si en la industria los errores producen pérdidas económicas incalculables y por esta razón, entre otras, se desarrollan programas de calidad, en salud, donde las pérdidas pueden ser más dramáticas, merece la pena evitar los errores o, al menos, prevenirlos.
- Motivos económicos: se precisa eficiencia, ya que los recursos son escasos y las necesidades son crecientes.

Moreno Rodríguez, afirma que existen tres razones para justificar el control de calidad en enfermería⁸:

- Las exigencias de gestión.
- La demanda social.
- Los imperativos profesionales.

Desde el punto de vista normativo la Ley 266 de 1996⁹, por la cual se regula la profesión de enfermería, plantea la autorregulación de la profesión por medio de los consejos

⁶ FERREIRO POCH, Osvaldo. Control continuo de calidad como método científico. En: Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol. 24, 1995. pag. 145

⁷ DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1999

⁸ MORENO RODRÍGUEZ, A. La calidad de la acción de enfermería. (En línea) En: Enfermería Global. Nº 6 (may – 2005) <http://www.um.es/eglobal/6/06d02.html> (citado el 20 de septiembre de 2006)

⁹ COLOMBIA. Ley 266 de 1996.

técnicos y de ética de enfermería. Para lograr que este espíritu se cumpla, es indispensable que la disposición de los profesionales en las diferentes instituciones de salud sea favorable hacia las auditorías, que no son cosa distinta a un sistema de autocontrol.

La evaluación sistemática, el análisis y el mejoramiento continuo en la gestión del cuidado, redefinen la práctica profesional en enfermería y confieren al individuo capacidad de autodeterminación, decisión, alto sentido de pertenencia y compromiso; es decir, un líder facilitador de procesos, con actitud de observación y escucha permanente, visionario, creativo, flexible y capaz de asumir riesgos. De igual manera, es responsable de asesorar el diseño y ejecución de los procesos de selección, incorporación, evaluación y asignación del personal de enfermería, así como los procesos de adquisición y suministro de los insumos para garantizar la calidad y oportunidad en el cuidado¹⁰.

Si a todo lo anterior le sumamos que el volumen de personal de Enfermería es aproximadamente el 50% de la plantilla del hospital, dada la continuidad de la asistencia que presta y el presupuesto global que utiliza (\$ 6.321.600.000,0 para 2007), se hace absolutamente necesario que la Subgerencia Servicios de Enfermería establezca sus propios sistemas de control para conocer de forma sistemática y periódica, qué calidad de servicio se está ofreciendo, en comparación con estándares previamente elaborados. No puede, por tanto, centrarse el control en acciones puntuales, como encuestas de satisfacción del usuario.

Desde el punto de vista legal el Ministerio de la Protección Social en Decreto N° 1011 de abril 3 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), y define la calidad de la atención de salud como:

La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

¹⁰ ORTIZ ZAPATA, A C Op. Cit. p

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados¹¹.

Todo lo anterior, establece que la E.S.E. Hospital Universitario de Santander como institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, de carácter público, esté en la obligación de organizar y garantizar la prestación integral de actividades, intervenciones y procedimientos, con el propósito de mantener o recuperar la salud de sus usuarios mediante actividades de información, educación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con los más altos estándares de calidad en los servicios que ofrece y presta.

En consecuencia, la Subgerencia Servicios de Enfermería debe trabajar en concordancia con las políticas de calidad del Hospital y establecer su modelo de garantía de la calidad del cuidado de enfermería, que contribuya al máximo beneficio para el usuario, mediante la aplicación del conocimiento y la tecnología más avanzada, tomando en cuenta los requerimientos de la persona, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución, dentro del marco que da la legislación vigente.

¹¹ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Decreto N° 1011 de abril 3 de 2006.

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Diseñar un modelo para el control de la calidad del cuidado de enfermería en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander de Bucaramanga

2.2 ESPECÍFICOS

2.2.1 Realizar un diagnóstico de la situación actual de la calidad del cuidado de enfermería que se brinda en el Hospital Universitario de Santander.

2.2.2 Conformar el comité de calidad del cuidado de enfermería y establecer su nivel de competencia

2.2.3 Diseñar e implementar un programa para sensibilizar Enfermeras y Auxiliares de enfermería sobre las políticas de calidad definidas por el estado, la institución y sobre las estrategias que la subgerencia de servicios de enfermería pondrá en marcha para asegurar la calidad del cuidado de enfermería.

2.2.4 Diseñar los indicadores que permitan evaluar la calidad de la gestión del cuidado de enfermería.

2.2.5 Diseñar y probar los procesos e instrumentos de recolección de información que permitan hacer seguimiento a la calidad del cuidado de enfermería y apoyar e incentivar su gestión basada en hechos y datos.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO HISTÓRICO

3.1.1 Evolución del concepto de calidad. En las culturas del oriente antiguo los dioses dictan las leyes a los hombres, por eso, las leyes son sagradas. En este caso es el Dios Samash, el Dios sol, Dios de la Justicia, entrega las leyes al rey Hammurabi de Babilonia (1790-1750? a. C.), en lo que hoy se conoce como el Código de Hammurabi y es el primer conjunto de leyes de la historia. En él se establece que “si un albañil hace una casa a un hombre y no consolida bien su obra y la casa que acaba de hacer se derrumba y mata al dueño de la casa, ese albañil será ejecutado”¹². Es tal vez la primera norma sobre calidad escrita en piedra.

El término calidad, entendido como el conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor, ha sufrido a lo largo de la historia numerosos cambios en su concepto y en sus objetivos.

En la etapa artesanal calidad se entendía como la responsabilidad de hacer las cosas bien, independiente del costo o esfuerzo que fuere necesario. El objetivo era satisfacer al cliente con el trabajo bien hecho¹³.

En la revolución industrial, calidad se identificaba con hacer muchas cosas. El objetivo radicaba en satisfacer una gran demanda de bienes.

Durante la segunda guerra mundial la calidad consistía en asegurar la eficacia del armamento sin importar el costo, con la mayor y más rápida producción. El objetivo

¹² CÓDIGO DE HAMMURABI ABCDIOSES(En línea). En: www.abcdioses.noneto.com. (Citado el 20 de septiembre de 2006)

¹³ GONZALEZ, Carlos. Conceptos generales de calidad total. (En línea). En: [www.monografias.com/trabajos11 /conge/conge.shtml](http://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.shtml). (Citado el 20 de septiembre de 2006)

entonces era garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento preciso.

En Japón en la época de la Posguerra, calidad se asimilaba a hacer las cosas bien a la primera vez, el objetivo era minimizar costes mediante la calidad, satisfacer al cliente y ser competitivo. Entre tanto, en el resto del mundo lo importante era producir en cantidad, con el objetivo de satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra¹⁴.

El Profesor Kaoru Ishikawa fue el precursor de los conceptos sobre la calidad total en el Japón y tuvo una gran influencia en el resto del mundo, ya que fue el primero en resaltar las diferencias culturales entre las naciones como factor importante para el logro del éxito en calidad. Ishikawa estaba interesado en cambiar la manera de pensar de la gente respecto a su trabajo. Para él, la calidad era un constante proceso que siempre podía ser llevado un paso más allá¹⁵.

El control de calidad, término tan usado hoy en día en nuestros círculos académicos, fue un planteamiento de Ishikawa, más de 50 años atrás, en el Japón de la post guerra. El control de la calidad en pocas palabras fue definido por él como: "desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad". Es posible que la contribución más importante de Ishikawa haya sido su rol en el desarrollo de una estrategia de calidad japonesa. Él no quería que los directivos de las compañías se enfocaran solamente en la calidad del producto, sino en la calidad de toda la compañía, incluso después de la compra. También predicaba que la calidad debía ser llevada más allá del mismo trabajo, a la vida diaria¹⁶.

Posteriormente, se habló del control de la calidad y se implementaron técnicas para la inspección en la producción y evitar productos defectuosos; el objetivo era satisfacer las necesidades técnicas del producto.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ OTERO M. J y OTERO I.J. el Sr. Kaoru Ishikawa: padre de la calidad total. En: Gerencia salud. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. En: <http://www.gerenciasalud.com/art53.htm> (Citado el 20 de septiembre de 2006)

¹⁶ Ibid.

Con el aseguramiento de la Calidad, se establecieron sistemas y procedimientos en las organizaciones, para evitar la producción de bienes defectuosos; el objetivo está en satisfacer al cliente, prevenir errores, reducir costos y ser competitivo.

La teoría de la calidad total centró la administración empresarial en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente, con el objetivo de satisfacer tanto al cliente externo, como al interno, ser altamente competitivo y mejorar continuamente.

En conclusión la calidad nace de la necesidad de ofrecer al cliente un mejor producto o servicio, en lo cual se debe involucrar toda la organización. La calidad no se ha convertido únicamente en uno de los requisitos esenciales del producto; en la actualidad, la calidad es un factor estratégico clave del que dependen la mayor parte de las organizaciones, no sólo para mantener su posición en el mercado, sino incluso, para asegurar su supervivencia.

El aseguramiento de la calidad es la consecuencia de la evolución natural del control de calidad, que resultaba limitado y poco eficaz para prevenir la aparición de defectos. Para ello, se hizo necesario crear sistemas de calidad que incorporasen la prevención como forma de vida y que, en todo caso, sirvieran para anticipar los errores antes de que estos se produjeran. Un sistema de calidad se centra en garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones establecidas previamente por la empresa y el cliente, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo¹⁷.

Según la norma ISO, aseguramiento de la calidad es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el sistema de calidad, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada, de que un producto satisfará los requisitos dados sobre la calidad.

La historia de la norma ISO data de 1906 en el campo de la electrónica:

“La estandarización internacional comenzó en el campo electrotécnico: la Comisión electrotécnica internacional (IEC) fue establecida en 1906. Iniciando el trabajo en otros campos, la federación internacional crea la asociación nacional de estandarización (ISA), en 1926. El énfasis dentro de ISA fue puesto en la ingeniería industrial. Las actividades de ISA acabaron en 1942.

¹⁷ GONZALEZ, Carlos. Op. cit.

En 1946 en Londres, delegados de 25 países satisfechos y decididos para crear una nueva organización internacional, de la cual el objeto sería "facilitar la coordinación y la unificación internacionales de estándares industriales", crean la nueva organización, ISO, la cual comenzó oficialmente operaciones el 23 de febrero de 1947¹⁸.

Con el fin de estandarizar los sistemas de calidad de distintas empresas y sectores, y con algunos antecedentes en los sectores nuclear, militar y de automoción, en 1987 se publican las Normas ISO 9000, un conjunto de normas editadas y revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización (ISO) sobre el aseguramiento de la calidad de los procesos. De este modo, se consolida a nivel internacional el marco normativo de la gestión y control de la calidad.

Estas normas aportan las reglas básicas para desarrollar un sistema de calidad siendo totalmente independientes del fin de la empresa o del producto o servicio que proporcione. Son aceptadas en todo el mundo como un lenguaje común que garantiza la calidad de todo aquello que una organización ofrece.

3.1.2 Calidad en los servicios de salud. En lo referente al sector salud se han difundido varias definiciones de calidad: "Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición." (M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS - 1988) O la más conocida: "Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica" (Avedis Donabedian-1984) siendo este último autor la referencia obligada¹⁹.

"El abordaje más sistemático para el análisis de la calidad de la asistencia, se debe a Donabedian, quien formuló la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad de la asistencia:

¹⁸ INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. (En línea).En: www.iso.org. (Citado el 21 de septiembre de 2006)

¹⁹ DUEÑAS ARAQUE, O A. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud. (En línea). En: Gerencia salud. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. En: <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>. (Citado el 21 de septiembre de 2006)

Análisis de la calidad de los medios: *evaluación de la estructura*.
Análisis de la calidad de los métodos: *evaluación del proceso*.
Análisis de la calidad de los resultados: *evaluación de los resultados*.

Esta clasificación es esencialmente didáctica ya que no supone en modo alguno una secuencia temporal de análisis. Es decir, cuando evaluamos la calidad de la asistencia, contemplaremos al mismo tiempo elementos de la estructura, del proceso y de los resultados. Y para ello nada mejor que recurrir a indicadores que nos ayudarán a objetivar lo subjetivo²⁰.

En 1912 La sociedad de cirujanos de los Estados Unidos de América, organiza el primer programa de estandarización de hospitales basados en los siguientes conceptos: estándares para mejorar la historia clínica, calificación e idoneidad del recurso humano, normalización de pautas de tratamiento, auditoría médica, y la práctica médica es de medios no de resultados. En 1951, se crea en Estados Unidos de América, la Comisión conjunta de acreditación de hospitales.²¹

En la década de los 60, el Seguro social Mexicano inicia el programa de evaluación de la calidad en salud. En estos mismos años en España se inician procesos para la acreditación de hospitales. El gobierno de Canadá, en 1983 exige a los hospitales poner en marcha programas de garantía de la calidad.²²

En Colombia, entre 1983 y 1987, el Instituto de Seguros Sociales empezó a trabajar en calidad de los servicios de salud y realizó estudios que buscaban determinar las muertes previsibles. Finalmente, con la Ley 100 de 1993 y el Decreto reglamentario 2174 de 1996 se formaliza la garantía de la calidad en salud en Colombia.²³

3.1.3 Calidad en el cuidado de enfermería.

3.1.3.1 Cuidado de enfermería. En primera instancia es importante definir cuidado de enfermería. Al realizar la revisión de los conceptos dados por algunas teoristas se encuentran:²⁴

²⁰ ARANAZ ANDRÉS. J M. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta para los servicios clínicos. En: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>

²¹ MEJÍA GARCÍA. B. Auditoría médica para garantía de la calidad en salud. Santa Fe de Bogotá: ECO Ediciones, 2000. pág.11

²² Ibid. Pág 12

²³ Ibid. Pág. 13

²⁴ BOYKINOYKIN-SCHOENHOFER. Enfermería como Cuidado. Un modelo para transformar la práctica. New York:1993. En: CASANOVAS. L y Cols. El papel de la Enfermera desde punto de vista del usuario. Enfermería Clínica 5(2):63,1996

Leninger, define cuidado como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”.

Para Jean VilitSon, “cuidado es el ideal moral de enfermería, un esfuerzo epistémico, el punto inicial de la acción de enfermería y una transacción única entre la enfermera”.

Mayeroff, afirma que “el cuidado es ayudar a alguien a alcanzar el crecimiento personal, se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona, promueve la autorrealización del que da el cuidado, en lo llamado “certidumbre o convicción básica”; el que brinda el cuidado determina la dirección del crecimiento de quien es cuidado porque para cuidar se deben conocer los poderes y limitaciones, las necesidades, y lo conducente al crecimiento del otro.”

Según Nel Noddings, el cuidado se basa en la receptividad, quien cuida se “siente” con el otro y “recibe al otro” totalmente; es un proceso más que cognoscitivo, emotivo y requiere cambios en la motivación y relación con el otro.

Martin Buber, considera que “cuidar es una forma de diálogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro, cuidar requiere ir más allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción, es una forma de ser.”

A su vez Sally Gadow, define como cuidado “asistir a un individuo a interpretar su propia realidad, cuidar es la esencia de enfermería, en su participación con el paciente, en la determinación del sentido único que para él tiene la salud, la enfermedad y la muerte.”

Cuidar implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro. En el cuidado humano la relación entre curar y cuidar está invertida, Su énfasis está más bien, en la idea de que el cuidado

potencializa los resultados de la autocuración y que por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar.²⁵

Para la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander el cuidado de enfermería es considerado como las intervenciones que hace la enfermera para, por y con las personas, a través de interacciones transpersonales, con el fin de lograr estilos de vida saludables, mediante el desarrollo de la capacidad para identificar y analizar los problemas de salud de las personas, familias, comunidades, establecer prioridades, planear y desarrollar acciones, prediciendo y evaluando resultados, promoviendo el respeto del ser humano, reafirmando que lo fundamental en el proceso de atención es que el hombre no se despersonalice sino que mantenga sus valores y cultura²⁶.

3.1.3.2 Calidad en la atención de enfermería. La historia del control de la calidad del cuidado de enfermería, data de 1.856 cuando Florence Nightingale regresó a Inglaterra como una heroína nacional y decide empezar una campaña para mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales militares.²⁷

Florence Nightingale, fue una innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar, aprender y mejorar las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una fórmula modelo de estadística hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes. Desarrolló una técnica innovadora para el análisis estadístico como el "ploteo" de incidencias de muerte prevenible entre los militares durante la guerra, con lo cual mostró, finalmente, cómo un fenómeno social podía ser medido objetivamente y analizado matemáticamente.²⁸

²⁵ PINTO AFANADOR.N. indicadores de cuidado. Actualizaciones en enfermería Vol. 4 No. 1, (Mar-2001)

²⁶ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. ESCUELA DE ENFERMERÍA. Rediseño curricular del programa de enfermería. Bucaramanga: 2003

²⁷ LEÓN-CASTELLÁ, A. La dama de la lámpara. Florence Nightingale (1820-1910). (En línea). En: http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/dia_enfermeria/florence. htm. (Citado el 25 de septiembre de 2006)

²⁸ Ibid.

La Calidad de la atención de Enfermería se puede definir, como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que aporta Virginia Henderson²⁹.

Adaptando la definición de calidad aportada por Avedis Donabedian a la calidad del cuidado de enfermería, ésta podría definirse como el conjunto de acciones éticas, administrativas, técnicas, científicas, humanas y de servicio del cuidado de enfermería, determinado por la eficacia, eficiencia y la oportunidad para proteger de riesgos innecesarios a la persona enferma, satisfacer las necesidades y mantener o mejorar la calidad de vida.

Podría pensarse que se logrará la calidad máxima del servicio de enfermería si las personas que realizan la asistencia al enfermo tienen conocimientos adecuados permanentemente actualizados, (Aspecto científico de la asistencia), si los aplican correctamente para lo que necesitan elementos y equipos adecuados y suficientes (Aspecto tecnológico de la atención) y lo hacen poniendo al enfermo como centro de toda actuación, (Acto asistencial humano), recordando que la persona que se siente enferma acude al hospital generalmente angustiada y que se le debe tratar pacientemente. Se usaría más este término para el que asiste que para el asistido, ya que a este último hay que darle trato exquisito como a cliente.

Donabedian afirmaba: "Creo que los servicios de los hospitales son un desastre. He visto a tantas enfermeras de tiempo parcial trabajando en horarios distintos. Van y vienen. A menudo no podía saber si estaba tratando con una enfermera, un técnico, un médico de guardia o un asistente. Vi una discontinuidad rampante en la atención de enfermería y muchas enfermeras pobremente formadas, especialmente en los fines de semana (...)".³⁰

El colectivo más numeroso del hospital, el que tiene más contacto y durante más tiempo con los usuarios y, por tanto, más relación, no puede trabajar sin un objetivo definido. No se puede saber si un grupo de enfermeros está proporcionando un trabajo de calidad si no se tiene una idea clara de lo que está tratando de conseguir en ese trabajo. Difícilmente se podrá establecer una relación entre el proceso y el producto. Para

²⁹ MORENO RODRÍGUEZ, Op. Cit.

³⁰ OTERO M. J y OTERO I. J.I. Avedis Donabedian y la calidad de la atención de salud. En: Gerencia salud. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. En: <http://www.gerenciasalud.com/art04.htm>

Lindenman “el primer paso en la elaboración de un instrumento de medida de la calidad de los cuidados de Enfermería consiste en precisar el concepto de los cuidados, en explicitar el objetivo de los mismos”³¹.

El objetivo que persigue la evaluación de los cuidados es mejorar el nivel del conjunto de las atenciones que la enfermería ofrece. No persigue errores para imponer sanciones. Es un método de búsqueda de problemas, de resolución de problemas y de análisis de sus causas, con el fin de encontrar soluciones que mejoren la atención. En muchos casos se tiende a hablar de garantía de calidad en vez de control de calidad por la parte coercitiva que lleva la palabra control.³²

Históricamente los sistemas para evaluar la calidad de los servicios de enfermería se centraron en el análisis de la estructura, más tarde en el proceso y, posteriormente, en los resultados obtenidos de los cuidados. Desde los años 90 se reconoce la necesidad de analizar los tres componentes básicos pero haciendo siempre hincapié en que sirve para la identificación y resolución de problemas.³³

La idea de calidad del producto debe partir del concepto del propio producto, nace en la filosofía del cuidado de enfermería. No se puede, por tanto, centrar el control en acciones puntuales, como encuestas de satisfacción del usuario, ni tampoco sobre el personal aunque sean elementos importantes a tener en cuenta. La calidad del cuidado de enfermería tiene en cuenta la estructura, el proceso y los resultados.

La acogida que se da a la persona, así como la despedida al alta; la vigilancia de un ambiente de confort y agradable, así como de una escrupulosa limpieza; el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas de forma idónea y oportuna; registros de enfermería con todos los datos necesarios; un trato educado y amable, son puntos de posible medición que afectan la calidad de atención, aunque ésta esté siempre sujeta a la valoración de la calidad del propio usuario.

Moreno Rodríguez³⁴ propone el siguiente programa de calidad asistencial de enfermería:

³¹ MORENO RODRÍGUEZ, A. Op. Cit.

³² Ibid.

³³ Ibid

³⁴ Ibid

“El programa debe definir aspectos relevantes de la práctica asistencial para establecer sobre ellos una vigilancia continuada, identificar áreas de actividad, que por su importancia dentro de la organización hospitalaria pueden servir de termómetro de medida del “ buen hacer” del conjunto de la organización.

Podemos distinguir seis fases:

1ª Fase.- Definición institucional del Modelo de Enfermería. El nivel de aplicación vendrá marcado por el análisis de los recursos humanos, asistenciales, materiales y la presión asistencial.

2ª Fase.- Identificación de Problemas de Enfermería. Los protocolos se pueden elaborar en función de necesidades físicas u otras patologías más frecuentes, por aparatos, grupos edad.

3ª Fase.- Elaboración de protocolos de atención. Los Planes de Cuidados de los que extraeremos los indicadores útiles para medir la calidad del proceso y los resultados.

4ª Fase.- Diseño de registros unificados. Un derecho del usuario es la continuidad de la asistencia. Para ello encontraremos registros que se adapten a las necesidades de información entre todos los profesionales.

5ª Fase.- Definición de criterios de evaluación y normas de aplicación de los mismos.

6ª Fase.- Evaluación del proceso de atención. Establecer la relación existente entre los resultados obtenidos y los objetivos de salud marcados y la pertinencia de las acciones prescritas con éstos y los problemas de salud detectados.

Monitorización de los recursos

- De los recursos humanos:
 - Definición de características del puesto de trabajo.
 - Adscripción al puesto de trabajo en base a conocimientos teórico-prácticos y características personales.
 - Valoración objetiva del desempeño profesional. De la estructura física y organizativa:
 - Características físicas del medio donde se produce la asistencia, atención primaria, unidades de hospitalización, servicios especiales...
 - Características organizativas: normas, reglamentos y circuitos de información.
- De los recursos materiales:
 - Definición en función de las características de los cuidados a prestar.
 - Elaboración de criterios de uso que hagan posible la forma menos lesiva para el paciente y más ágil para el profesional.

Monitorización del riesgo

- Monitorización de índices de úlceras por presión, flebitis, infecciones respiratorias, urinarias...
- Monitorización de accidentes hospitalarios, caídas, errores en la administración de tratamientos, lesión por mala conservación o utilización de material o fármacos.

Monitorización de la opinión del usuario

Es un método indirecto. La fuente son las encuestas de opinión que realizan los servicios de atención al paciente o bien cuestionarios diseñados por la propia división de enfermería o profesionales de una unidad concreta.

Los aspectos a monitorizar suelen ser los agradecimientos y las reclamaciones. Un número de reclamaciones alto puede ser positivo, si está potenciado por el propio hospital y sirve para mejorar.

Si el cuestionario está bien realizado nos puede valer incluso, si leemos entre líneas, para conocer la opinión de la sociedad y lo que nos demanda o espera de nosotros, para poder anticiparnos y adecuar nuestras respuestas a sus necesidades”.

“La búsqueda de la calidad del cuidado es una oportunidad para redescubrir la identidad profesional, pues el desarrollo técnico y científico de la profesión, orientado primordialmente a satisfacer las necesidades del paciente, mejora la comprensión de las organizaciones de enfermería en las instituciones de salud y las reorienta hacia la formulación de estrategias de mejoramiento continuo, apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión y el consenso logrado en los círculos de calidad de enfermería”.³⁵

3.1.3.3 Indicadores de calidad del cuidado de enfermería. Se definen como un medio para constatar, estimar, valorar, controlar y autorregular los resultados de un proceso. La aplicación de un indicador requiere condiciones específicas y fijas para no alterar el resultado. Los indicadores deben evaluarse en forma permanente.

El cuidado del paciente se puede medir a través de indicadores que reflejan la forma como se está brindando este cuidado, conocido también como “monitoría del cuidado.”

Los indicadores de calidad de la atención de enfermería pretenden:

1. Medir la satisfacción del paciente o usuario con el cuidado:
 - Actitudes de cuidado
 - Percepción del cuidado
2. Medir los resultados en los pacientes
3. Establecer los indicadores de la calidad del cuidado.

Los indicadores pueden ser utilizados para mejorar la calidad del cuidado, sin embargo, en nuestro país aún no contamos con instrumentos adecuados³⁶.

3.1.3.4 Indicadores de personal. El clima organizacional es un determinante de la calidad del servicio pues la importancia de la satisfacción del personal operativo y sus condiciones de trabajo no pueden subestimarse. Como dice Peter Drucker "el eje central de una buena gestión es la gente". Otorgarles poder, involucrar las personas dentro de

³⁵ ORTIZ ZAPATA, A C. Gestión del cuidado en enfermería. En: Investigación y educación en Enfermería. Vol. 18, N° 1 (Mar – 2000)

³⁶ PINTO AFANADOR.N. Indicadores de cuidado. Actualizaciones en enfermería Vol. 4 No. 1, (Mar-2001)

los planes, metas, solución de problemas, tomar en cuenta sus propuestas y analizarlas hace de ellas unas personas comprometidas con la institución, facilitando de esta manera el cumplimiento de los objetivos. Por este motivo se deben evaluar de cerca dos indicadores que pueden ser reflejo del clima organizacional: rotación de personal y ausentismo laboral. Una alta rotación de personal dificulta la implementación de programas de calidad, debido a la falta de continuidad del personal en la institución. Por otra parte el ausentismo laboral puede ser una señal de un clima organizacional con deficiencia y de insatisfacción laboral.³⁷

3.2. MARCO LEGAL

La Ley 100 de 1993 define la seguridad social integral en Colombia como "el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, en especial las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad"³⁸. Igualmente, en su artículo 153, establece la calidad como uno de los fundamentos del servicio público así: "El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras, deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia"³⁹.

Con lo anterior, las instituciones de salud del país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad.

³⁷ CARVAJAL HERMIDA, E.Y. Gestión del Departamento de Enfermería 2003. En: Actualizaciones en enfermería. Vol. 7, Nº 1 (mar – 2004): 32-41

³⁸ REPUBLICA DE COLOMBIA, Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Preámbulo.

En el artículo 227, de la Ley 100, establece que “Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud: incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público”⁴⁰.

En la Resolución 5261 de 1994, se define la calidad de la atención como un conjunto de características técnico – científicas, materiales y humanas que debe tener la atención en salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados⁴¹.

El Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en su artículo 2, define la atención de salud como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población; en este mismo artículo define la calidad de la atención de salud, como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Igualmente, define el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.⁴²

³⁹ Ibid. Artículo 153.

⁴⁰ Ibid. Artículo 227

⁴¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 de 1994.

⁴² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006, Artículo 2.

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características⁴³:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como componentes⁴⁴:

- El Sistema Único de Habilitación. Conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a

⁴³ Ibid. Artículo 3

los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las Empresas Administradoras de planes de Beneficio (EAPB).⁴⁵

- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

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

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
 2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
 3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.⁴⁶
- El Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.⁴⁷

⁴⁴ Ibid. Artículo 4.

⁴⁵ Ibid. Artículo 6

⁴⁶ Ibid. Artículo 32

- El Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁴⁸

La resolución 1043 del 3 de abril de 2006⁴⁹, establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención.

La resolución 1445 de 8 de mayo de 2006⁵⁰, define las funciones de la Entidad Acreditadota.

La Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006⁵¹ define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y se establecen los lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores, así:

Los eventos adversos son una de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del Sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento efectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario.

Entendemos como eventos adversos a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. Por extensión, también aplicamos este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones arriba mencionadas.

El evento adverso trazador se caracteriza por que las causas que lo originan pueden estar asociadas a deficiencias en la calidad de la atención. Su existencia no indica con certeza fallas en la calidad, pero sí es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos de atención asociados a la

⁴⁷ Ibid. Artículo 41

⁴⁸ Ibid. Artículo 42

⁴⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006

⁵⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1454 del 8 de mayo de 2006

⁵¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006

ocurrencia del evento no estén funcionando correctamente. En consecuencia, en la vigilancia de los eventos adversos trazadores es vital el análisis de la ruta causal a través de la cual se dio su ocurrencia.

En el listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud, planteados en esta Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006 y en los cuales se puede ver involucrada la atención brindada por enfermería, se encuentran:

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
2. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal
3. Pacientes con úlceras de posición
4. Entrega equivocada de un neonato
5. Robo intra – institucional de niños
6. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
7. Suicidio de pacientes internados
8. Consumo intra - institucional de sicoactivos
9. Caídas desde su propia altura intra - institucional
10. Quemaduras por lámparas de fototerapia y por electrocauterio
11. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
12. Flebitis en sitios de venopunción
13. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera
14. Accidentes postransfusionales
15. Asalto sexual en la institución
16. Neumotórax por ventilación mecánica
17. Asfixia perinatal
18. Pérdida de pertenencias de usuarios

El ministerio de Salud en la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, en su artículo 3 define las características básicas de la historia clínica así⁵²:

⁵² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 del 8 de julio de 1999

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

La Ley 266 de 1996, por medio de la cual se regula la profesión de enfermería, plantea la autorregulación de la profesión por medio de los consejos técnicos y de ética de enfermería.

La Ley 872 de diciembre 30 de 2003, crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. En su artículo 10. se define el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en

los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

Esta misma Ley en su artículo 2 establece las entidades y agentes obligados. El sistema de gestión de la calidad se desarrollará y se pondrá en funcionamiento en forma obligatoria en los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden Nacional, y en la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de las funciones propias de las demás ramas del Poder Público en el orden nacional. Así mismo en las Corporaciones Autónomas Regionales, las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993, y de modo general, en las empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliarios y no domiciliarios de naturaleza pública o las privadas concesionarios del Estado.

Las entidades obligadas a aplicar el Sistema de Gestión de la Calidad, contarán con un término máximo de cuatro (4) años a partir de la expedición de la reglamentación contemplada en el artículo 6 de la presente ley para llevar a cabo su desarrollo.

El Departamento Administrativo de la Función Pública en el Decreto 4110 del 9 de diciembre de 2004, se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, (NTCGP 1000: 2004) la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad en los organismos, entidades ya gentes obligados con forme el artículo 2 de la Ley 872 de 2003.

Esta norma NTCGP 1000: 2004 especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad aplicable a entidades a que se refiere la Ley 872 de 2003, el cual se constituye en una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades.

En el numeral 4 de esta norma se describe el sistema de gestión de la calidad: La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos de esta norma.

La entidad debe:

- a) identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado.
- b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos,
- c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes,
- d) asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos,
- e) realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos,
- f) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos, e
- g) identificar y diseñar, con la participación de todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad.

3.3. MARCO INSTITUCIONAL

Luego de la liquidación del Hospital Universitario Ramón González Valencia por medio del Decreto 0023 de 2005, el 4 de febrero de 2005 mediante el Decreto 0025 de la Gobernación de Santander, se crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, como una entidad descentralizada del orden Departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud de Santander.

La Universidad Industrial de Santander, ofreció al Departamento de Santander su concurso para ejercer la administración científico técnica de los servicios misionales que

presta la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, con base en la implementación de un modelo organizacional acorde con las funciones asumidas y el establecimiento de estructuras de cooperación que están definidas en los siguientes términos.

La Dirección Administrativa y la Responsabilidad Financiera son ejercidas por el Departamento de Santander y por la Dirección del Hospital en los términos que a cada uno corresponde conforme a la Ley y al Estatuto Básico del Hospital.

La Dirección científico técnica del hospital es ejercida por la Universidad Industrial de Santander, UIS, con su propio personal en la dirección de todos los servicios médicos misionales, así: Servicios Médicos, Quirúrgicos, de la Mujer y la Infancia, Ambulatorio y de Apoyo Terapéutico, de Diagnostico, de Enfermería, y de Alto Costo.

La ESE Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander garantiza a la UIS los campos de práctica docente asistencial que requieren para su desarrollo con estándares de alta calidad en los programas de pre y post grado de la Facultad de Salud.

La junta directiva está conformada por nueve miembros así:

El gobernador de Santander o su representante.

El Rector de la UIS o su representante

El Secretario de salud departamental

Un representante de los usuarios

Un representante del equipo de salud del HUS

Dos representantes de los gremios de la producción

Dos representantes del Sector científico, asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud

Los servicios asistenciales que presta la ESE Hospital Universitario de Santander se agrupan en siete subgerencias así:

3.3.1 Subgerencia de servicios de alto costo.

Está conformada por:

- La Unidad de Quemados
- Unidad de Oncología. Oncología clínica, pediátrica, ginecológica, ortopédica; quimioterapia y radioterapia; cirugía oncológica en modalidades de cabeza y cuello, seno, gastrointestinal, oftalmológica, urológica, tórax y piel. Manejo de dolor, tratamientos de personas en estado terminal, prevención del cáncer y Psicología oncológica
- UCI Adultos,
- UCI Pediátrica
- Unidad Renal.

3.3.2 Subgerencia servicios ambulatorios y apoyo terapéutico. La constituyen los siguientes servicios:

- Consulta Externa. Se realiza consulta médica especializada y subespecializada:

Alto riesgo obstétrico	Anestesiología
Cardiología	Cardiología pediátrica
Cirugía cabeza y cuello	Cirugía general
Cirugía pediátrica	Cirugía plástica
Cirugía vascular	Dermatología
Endocrinología	Endocrinología pediátrica
Gastroenterología y endoscopia	Genética humana
Gastroenterología y endoscopia pediátrica	Ginecología
Endocrino	Hematología
Infecto pediatria	Infectología VIH
Medicina física y rehabilitación	Medicina interna
Nefrología	Neumología adultos
Neumología Pediátrica	Neurocirugía
Neurología	Neurología pediátrica
Oftalmología	Optometría
Ortopedia	Ortopedia y traumatología
Ortopedia columna	Ortopedia general
Ortopedia mano	Ortopedia pie
Otorrinolaringología	Pediatría

Pediatría perinatal y neonatología

Reumatología

Urología

Hematología

Psiquiatría

Toxicología clínica

Cirugía de mama, piel y tejidos
blandos

- Rehabilitación. Terapia Física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje terapia respiratoria y elaboración de férulas especializadas para mano, aditamentos y adaptaciones.
- Nutrición Clínica Lactario. Valoración Nutricional, planes nutricionales, alimentación enteral y parenteral.

3.3.3 Subgerencia servicios médicos. Los servicios adscritos son:

- Medicina Interna. Unidades de Cardiología (F.C.V. alianza estratégica), neumología, hematología, nefrología, dermatología, neurología, endocrinología, infectología, gastroenterología, reumatología.
- Urgencias Adultos

3.3.4 Subgerencia servicios de la mujer y la infancia. Cuenta con los siguientes servicios:

- Ginecobstetricia. Sala de ecografía y monitoría, control de trabajo de parto, cuidados intermedios, sala de partos, sala de adaptación neonatal, cirugía de urgencias.
- Pediatría. Urgencias de pediatría, servicios de lactantes, medicina interna, nefrología, neurología, neumología, pediatría social y salud familiar, endocrinología, hematología, oncología, gastroenterología, recién nacidos, infectología pediátrica y cirugía pediátrica.

3.3.5 Subgerencia servicios de apoyo diagnóstico. Está conformada por los siguientes servicios:

- Imágenes Diagnósticas. Procedimientos especializados con fluoroscopia, radiología convencional, escanografía (TAC HELICOIDAL), ecografía general, Doppler a color, radiología intervencionista.
- Laboratorio Clínico. Bacteriología, inmunología, química sanguínea, uroanálisis, parasitología, hematología.
- Banco de Sangre. Glóbulos rojos empacados, glóbulos rojos empacados lavados, plasma fresco congelado, plasma de donante único, concentrados de plaquetas crioprecipitados, programa de autotransfusión, programa de coagulación sanguínea, programa de aféresis en sus diferentes modalidades, manejo de los pacientes hemofílicos, programas de consulta y actualización en medicina transfusional, transfusión ambulatoria.
- Patología. Estudio histopatológico de especímenes y piezas quirúrgicas, estudio histopatológico de biopsias, citologías cervicouterinas y de líquidos corporales, citohistopatología y aspirados por punción con aguja fina, autopsias clínicas.
- Medicina Nuclear. Estudios Gamagráficos de los diferentes órganos del cuerpo humano, administración de terapias con yodo 131.
- Unidad de Hematología Especializada. Estudios de anemia microcítica y macrocítica, anemia hemolítica, tamizaje para trastornos de la coagulación, estudio especializado de Coagulación, trastornos de la coagulación en enfermedades inmunológicas, coagulación intravascular diseminada, trombosis, leucemias crónicas, mieloma múltiple, estadificación de enfermedad de Hodgkin y linfomas no Hodgkin, control de calidad de componentes sanguíneos.

3.3.6 Subgerencia servicios quirúrgicos. Está conformada por los siguientes grupos de trabajo:

- Grupo de trabajo de Cirugía general
- Grupo de trabajo de Oftalmología
- Grupo de trabajo de Ortopedia y traumatología
- Grupo de trabajo de Cirugía pediátrica

- Grupo de trabajo de Urología
- Grupo de trabajo de Otorrinolaringología
- Grupo de trabajo de Neurocirugía
- Grupo de trabajo de Cirugía plástica
- Grupo de trabajo de Anestesiología y reanimación
- Grupo de trabajo de Cirugía de urgencias.

3.3.7 Subgerencia servicios de enfermería. Está conformada por los siguientes equipos de trabajo:

- Servicios médicos. Medicina interna, unidad renal, oncología y consulta externa.
- Servicios quirúrgicos. Cirugía general, cirugía oftalmológica, ortopédica, plástica, urológica, otorrinolaringológica, neurocirugía; Unidad de quemados.
- Servicios pediátricos. Urgencias de pediatría, servicios de lactantes, medicina interna, recién nacidos, infectología pediátrica y cirugía pediátrica.
- Servicios ginecoobstétricos.
- Quirófanos y recuperación
- UCI adultos y pediátrica
- Urgencias adultos
- HUS en su hogar

4. METODOLOGÍA

El presente proyecto se desarrolló bajo el esquema de una investigación operativa.

“La Investigación Operativa es una moderna disciplina científica que se caracteriza por la aplicación de teoría, métodos y técnicas especiales, para buscar la solución de problemas de administración, organización y control que se producen en los diversos sistemas que existen en la naturaleza y los creados por el ser humano, tales como las organizaciones diversas a las que identifica como sistemas organizados, sistemas físicos, económicos, ecológicos, educativos, de servicio social, etc.

El objetivo más importante de la aplicación de la Investigación Operativa es apoyar en la “toma óptima de decisiones” en los sistemas y en la planificación de sus actividades”.⁵³

La investigación operativa es un instrumento de resolución de problemas utilizado para mejorar el acceso a los servicios de salud, así como la disponibilidad y calidad de los mismos. Esta investigación se centra en la política y las actividades diarias de los programas, e incluyen proyectos pilotos, estudios diagnósticos y corrección de problemas en la prestación de servicios⁵⁴.

“En la investigación operativa las personas que utilizan la información obtenida, como las que se benefician de ella, participan en el proceso desde el principio. La participación activa de los directores de programa y personas encargadas del establecimiento de políticas (desde que se define el problema hasta que se soluciona) asegura de antemano la utilidad de la investigación. Una de las características de la investigación operativa es que se transforma en acción, ya que se conciben estudios para abordar problemas específicos en la prestación de un servicio y se decide de ante mano actuar en respuesta a la información que se obtenga”⁵⁵.

En tal sentido, la Investigación operativa constituye un elemento muy importante para elevar el nivel de calidad en la atención de la persona, ya que provee información pertinente para la adopción de decisiones respecto a los diversos problemas que se presentan en las instituciones de salud. A través de esta investigación se identifican

⁵³ Investigación operativa en contexto. (En línea) http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_operativa. (Citada el 18 de febrero de 2007)

⁵⁴ RUIZ RODRÍGUEZ. M. Metodología de la investigación orientada a los servicios de salud. Universidad Industrial de Santander. Especialización de servicios de salud. S.f. pág. 81

⁵⁵ Ibid. pág 82

problemas, se propone y aplican alternativas de solución a situaciones que se presentan en el contexto y la práctica diaria de salud y en este caso de enfermería.

El trabajo se desarrolló en seis etapas:

Primera. Se realizó un diagnóstico de la situación inicial de la calidad del cuidado de enfermería que se brindaba en E.S.E. Hospital Universitario de Santander. Para ello se llevó a cabo inicialmente una revisión documental y posteriormente una evaluación de la calidad de procedimientos de enfermería prioritarios.

Para la evaluación de actividades o procedimientos de enfermería que se basaban en el número de camas el tamaño de la muestra se calculó a partir de las 357 camas habilitadas en el hospital, con un nivel de confianza del 95% (α) y un error máximo del 5% (D). El tamaño de la muestra fue de 185 el cual se distribuyó proporcionalmente en cada servicio de acuerdo al número de camas habilitadas. El muestreo fue probabilístico, sistemático y en la tabla se presenta como se conformó la muestra por servicios.

TABLA 1. Muestra calidad para las auditorías de enfermería

SERVICIO	CAMAS	%	MUESTRA	MUESTRA CALCULADA
Urgencias Adultos	48	13.4	25	185
Urgencias Pediatría	8	2.2	4	
Oncología	2	0.6	1	
Sala de Partos	10	2.8	5	
Recuperación	10	2.8	5	
UCI Adultos	12	3.4	6	
Pediatría Lactantes	10	2.8	5	
Pediatría Medicas	10	2.8	5	
Pediatría Quirúrgicas	7	2.0	4	
Pediatría Infecto	7	2.0	4	
Recién Nacidos	30	8.4	16	
UCI Pediátrica	5	1.4	3	
Ginecobstetricia	36	10.1	19	
Unidad de Quemados	14	3.9	7	
Especialidades Quirúrgicas	56	15.7	29	
Cirugía General	40	11.2	21	
Medicina Interna	52	14.6	27	
TOTAL	357	100%	185	

P=50%, Q=50%, D=5%, α = 95%,

Segunda. Se conformó el comité de calidad del cuidado de enfermería y se estableció su nivel de competencia.

Tercera. Se diseñó e implementó un programa para sensibilizar Enfermeras y Auxiliares de enfermería sobre las políticas de calidad definidas por el estado, la institución y sobre las estrategias que la Subgerencia Servicios de Enfermería pondría en marcha para asegurar la calidad del cuidado de enfermería.

Cuarta etapa. Se diseñaron cuatro flujogramas de procesos prioritarios de acuerdo al diagnóstico realizado.

Para el diseño de los procesos prioritarios en el cuidado de enfermería se tuvo en cuenta las definiciones aportada por la NTCGP 1000:2004: proceso “ es el conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados”; y aportada por la Organización Mundial de la Salud: proceso “Es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracteriza por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor agregado con miras a obtener cierto resultados”

Para la elaboración de los procesos se llevaron a cabo los siguientes pasos.

- Identificar la necesidad de diseñar el proceso
- Establecer los beneficiarios del proceso y los responsables del mismo
- Establecer las características del producto del proceso
- Determinar la secuencia e interacción de los componentes del proceso
- Definir cómo se describirá el proceso (Diagrama de flujo)
- Establecer los recursos necesarios para el desarrollo del proceso
- Determinar la forma cómo se va a medir y hacer el seguimiento del proceso

Quinta etapa. Se diseñaron los indicadores de evaluación de la calidad de la gestión del cuidado de enfermería.

Sexta etapa. Se diseñaron los procesos e instrumentos de recolección de información para hacer seguimiento a la calidad del cuidado de enfermería, y apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Para la evaluación del protocolo de registros de enfermería se procedió de la siguiente manera:

Una vez seleccionada la muestra por servicios y la persona responsable, el proceso es el siguiente:

- El evaluador debe estar en el servicio asignado después de las 10 a.m. llevando consigo los instrumentos necesarios:
 - o Lista de chequeo del Protocolo Registros de Enfermería
 - o Instrumento de captura de la información
- La evaluación corresponde a los registros de las 24 hs inmediatamente anteriores.
- Marcar el instrumento de captura con el nombre del servicio, fecha, números de las historias clínicas revisadas, nombre del auditor.
- Cada criterio de evaluación puede tener 2 o 3 opciones:
 - o SI NO
 - o SI NO
 - o NA: no aplica
- De acuerdo a lo encontrado al realizar la revisión de cada criterio o indicador, se marca con una **X** en la columna correspondiente a SI NO NA según corresponda.
- Una vez consignada la información, es indispensable hacer una validación o verificación de la información, la cual consiste en:
 - o Revisar que cada casilla del instrumento esté completamente diligenciada.
 - o Revisar que un criterio no esté señalado dos veces
 - o No dejar casillas en blanco
 - o Cuando se tenga dudas sobre una respuesta, se verifica nuevamente en la historia clínica.

Para el seguimiento de los protocolos de entrega y recibo de turno, lavado de manos, cateterismo venoso periférico, restricción de movimiento en personas con riesgo de lesión, se procedió así:

La información obtenida para el seguimiento de estos protocolos, consiste en una observación directa de la persona al momento de realizar el procedimiento, vigilando el

cumplimiento del protocolo, paso a paso, utilizando para ello una lista de chequeo que se elaboró con base en el mismo protocolo. (Ver anexo D).

Las(os) estudiantes de enfermería de la UIS que realizan práctica docente asistencial, fueron las personas encargadas de realizar la evaluación, previo entrenamiento, para lo cual tienen en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Realizar la auditoría en el transcurso del mes según su cronograma de actividades individual.
- Seleccionar un 30% de las auxiliares de su servicio por mes.
- No hacer las auditorías de los protocolos dos veces a la misma persona.
- Informar a la persona que va a evaluar.
- Marcar el instrumento con la fecha, servicio, nombre del evaluado, nombre del auditor.
- Seguir paso a paso el procedimiento y registrar en el instrumento según corresponda:
SI NO NA con una **X**.
- Dar a conocer de una forma prudente al final de la auditoría a la persona evaluada, los errores encontrados con el propósito de que los corrija.

El evaluador debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Realizar la evaluación en el transcurso del mes según su cronograma de actividades individual.
- Seleccionar un 30% de las auxiliares de su servicio por mes.
- No hacer las auditorías de los protocolos dos veces a la misma persona.
- Informar a la persona que se va a evaluar.
- Marcar el instrumento con la fecha, servicio, nombre del evaluado, nombre del evaluador.
- Seguir paso a paso el procedimiento y registrar en el instrumento según corresponda:
SI NO NA con una **X**.
- Dar a conocer de una forma prudente al final de la auditoría a la persona evaluada, los errores encontrados con el propósito de que los corrija.

Para cada una de estas listas de chequeo se dejó una hoja electrónica en Excel que agilice el proceso de tabulación y reporte de datos para el respectivo análisis y reporte a cada uno de los servicios.

5. RESULTADOS

5.1. DIAGNÓSTICO SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA QUE SE BRINDA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.

5.1.1 Revisión documental.

5.1.1.1 Direccionamiento estratégico. Para realizar el diagnóstico de la situación de la calidad del cuidado de enfermería en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, en primera instancia se estableció la existencia de un direccionamiento estratégico y de una estructura organizacional y administrativa de la Subgerencia Servicios de Enfermería. Se encontró que cuenta con principios, valores, visión, misión y objetivos definidos claramente. (Ver anexo A) Igualmente, cuenta con un plan estratégico elaborado a través de la herramienta Balanced Scorecard que “busca el balance entre indicadores financieros y no financieros, el corto plazo y el largo plazo, los indicadores de resultados y los de proceso, por medio de un mapa de enlaces causa-efecto (indicadores de resultado e indicadores impulsores)”⁵⁶. El propósito central del plan estratégico está dado en la Visión de la Subgerencia servicios de enfermería. Este mapa estratégico está acompañado de un plan estratégico para 2006, estructurado con la herramienta BSC en un cuadro de mando integral. (Ver anexo B)

Tanto en los principios, misión, visión, objetivos y tablero de mando de la Subgerencia servicios de enfermería, se observa un claro compromiso con la calidad del cuidado de enfermería que se ofrece a los usuarios de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander. En el plan de gestión para 2006, se plantea un objetivo estratégico relacionado con el cumplimiento de procesos claves de éxito para impactar en la calidad del cuidado de enfermería.

⁵⁶ LOPEZ.C. El balanced scorecard, BSC. (En línea). En: Gestipolis. <http://www.gestipolis.com/canales/gerencial/articulos/20/bsc.htm>. (Citado el 30 de septiembre de 2006)

Este plan estratégico fue dado a conocer a todos los integrantes de la Subgerencia Servicios de Enfermería, para la alineación estratégica del personal, en reuniones realizadas por servicios durante el 2005, según consta en los archivos, con el fin de lograr que todos los colaboradores identificaran su responsabilidad y se comprometieran en la ejecución del plan.

En cuanto a la estructura organizacional para la gestión del cuidado, la Subgerencia Servicios de Enfermería de la ESE Hospital Universitario de Santander, cuenta con una estructura organizacional que le permite establecer la forma de relacionarse dentro de la subgerencia y de ésta con las demás subgerencias y favorecer los espacios de interlocución entre sus colaboradores, docentes, estudiantes y demás funcionarios, en la búsqueda de soluciones de los problemas y necesidades de las personas que solicitan los servicios del HUS. Esta estructura consta de tres áreas: (Ver anexo C)

- Subgerencia Servicio de Enfermería. Constituida por una Subgerente, la Enfermera interventora, Enfermera auditora y las coordinadoras científicas de área.
- Equipo de cuidado. Conformado por las unidades orgánicas-funcionales encargadas de la prestación del cuidado de enfermería en los diferentes áreas de carácter docente – asistencial: Enfermeras(os), Auxiliares de Enfermería; docentes y estudiantes.
- Logística. Conformado por secretaria, camilleros y mensajeros.

Para que todos los empleados centren su atención en la persona, la Subgerencia promueve el desarrollo de su capacidad de respuesta a partir de la flexibilidad lograda mediante alto nivel de autonomía por parte de las áreas antes mencionadas, la capacitación permanente de los colaboradores y el contacto personal en las relaciones laborales.

El trabajo en equipo es una característica esencial de la gestión y de la filosofía de la calidad. Un verdadero equipo está compuesto por personas con habilidades complementarias y comprometidas en un propósito común. En este sentido, los equipos de cuidado articulan todos los procesos de la Subgerencia.

Todo el plan estratégico y la estructura organizacional tanto de la E.S.E. HUS como de la subgerencia de enfermería y los protocolos aprobados, se socializa a las nuevas auxiliares en el curso de inducción, y a los estudiantes de enfermería de las diversas instituciones que cada semestre hacen práctica en el hospital. La debilidad de este proceso está en la socialización entre las enfermeras, ya que no se ha estructurado un proceso de inducción dirigido a este personal.

5.1.1.2 Manual de funciones para Enfermeras y Auxiliares de enfermería. Existe uno para cada servicio, sin embargo, este no se ha podido dar a conocer debido a que no se ha clarificado si existe o no riegos legales de conformar un vínculo laboral entre la ESE HUS y el personal que en este momento está siendo suministrado por Cooperativas de trabajo asociado.

5.1.1.3 Evaluación del desempeño de Enfermeras y Auxiliares de enfermería. Cada semestre se evalúa a través de formatos que han sido validados. En las Auxiliares de enfermería se evalúa:

- La competencia actitudinal. Responsabilidad, relaciones interpersonales, cumplimiento de normas, iniciativa, sentido de pertenencia.
- El desempeño laboral. Conocimiento de sus tareas, habilidad en el hacer y seguridad.

En las Enfermeras se evalúa:

- La competencia actitudinal y valores. Principios éticos, desarrollo del rol y liderazgo, relaciones interpersonales, cuidado con el medio ambiente, responsabilidad y puntualidad, presentación personal.
- La competencia cognitiva. Interés y motivación, integración y profundización.
- La competencia procedimental. Desempeño educativo, desempeño para el cuidado, desempeño administrativo y gerencial.

A pesar de aplicarse por cuarta vez la evaluación de desempeño a todo el personal adscrito a la Subgerencia servicios de enfermería, en la encuesta de satisfacción del cliente realizada por iniciativa de la Junta Directiva del HUS, sólo el 40% de los trabajadores (51) reconoce que existen criterios claros y definidos para evaluar el desempeño.

5.1.1.4 Comité de protocolos y guías de manejo. En los primeros meses de 2005, se creó en la Subgerencia servicios de enfermería el comité de protocolos y guías de manejo de enfermería, el cual ha revisado, corregido y aprobado 16 protocolos, 12 de ellos ya fueron aprobados por la Gerencia del Hospital mediante Resolución N° 0234 del 6 de julio de 2006. Estos protocolos son:

- Acogida a personas enfermas en un servicio de hospitalización
- Cateterismo venoso periférico
- Clasificación inicial de residuos de riesgo biológico
- Control de líquidos
- Entrega y recibo de turno de enfermería
- Lavado de manos
- Registros de enfermería
- Revisión del carro de paro
- Restricción de movimiento en la persona con riesgo de lesión
- Sondaje vesical
- Toma de signos vitales
- Transfusión sanguínea

5.1.1.5 Comité de educación. Fue creado al mismo tiempo que el Comité de protocolos y guías de manejo, ha coordinado para 2006, la socialización de los doce protocolos aprobados, con el apoyo de las estudiantes de enfermería de último año de la UIS, UDES y de la UCC. Adicionalmente, se han desarrollado cursos de capacitación para Enfermeras y Auxiliares de enfermería, que buscan mejorar sus competencias cognitivas y habilidades para un desempeño laboral que contribuya a ofrecer un cuidado de enfermería de calidad. Entre otras se han dictado las siguientes capacitaciones: Jornada de actualización en enfermería oncológica, actualización en el cuidado del recién nacido de alto riesgo, procedimientos en el paciente crítico, atención básica al paciente crítico, administración de medicamentos, cuidado de Enfermería al enfermo del servicio de Urgencias, cuidado de Enfermería en la atención a la gestante y el recién nacido de alto riesgo, cuidado de Enfermería en el servicio de Medicina Interna, actualización de enfermería en el cuidado del enfermo crítico, servicios con calidad humana, calidad con calidez, buen trato: calidad de cuidado de Enfermería.

5.1.1.6 Indicadores de personal. La rotación de personal y el ausentismo son tal vez los factores que más incide en la calidad de atención de enfermería puesto que dificulta la estandarización de los procesos, el logro de mejoramientos y la continuidad en los programas de educación. Existe una base de datos donde se consigna diariamente las novedades del personal de cada servicio y de cada Cooperativa: incapacidades, permisos, calamidades, ausencias no justificadas y licencias. Desafortunadamente no se ha realizado un análisis de esta información para establecer el nivel o grado de ausentismo laboral del personal de enfermería por cada una de las causas mencionadas, ni se lleva un indicador que exprese el nivel de rotación de personal en los diferentes servicios.

5.1.1.7 Eventos adversos en la atención de enfermería. Desde el 2005 la subgerencia de enfermería registra diariamente los problemas que se presentan con la atención de enfermería. La información obtenida representa la herramienta diagnóstica más relevante para encaminar los esfuerzos de capacitación del personal, que en primera instancia va encaminada hacia la solución de debilidades en conocimientos y habilidades del personal. Sin embargo, esta información no era procesada, analizada, ni se socializaba entre los diferentes servicios o dependencias del hospital.

5.1.1.8 Sistema de productividad. En la Subgerencia servicios de enfermería se está adaptando e implementando el “Sistema de productividad de la intervención de enfermería”, para medir y estandarizar la productividad laboral del servicio de enfermería, que permita comparar su trayectoria en el tiempo y proponer acciones acertadas de mejoramiento, a fin de dar cumplimiento a las condiciones de calidad y eficiencia que deben caracterizar la labor en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.

La base de este sistema, es el trabajo de grado realizado por la enfermera María Clemencia Amado Ardila, para optar el título de Especialista en administración de servicios de salud, en la Universidad Industrial de Santander, quien tomó como base la información de 1998 a 2003 del Hospital Universitario Ramón González Valencia.

Durante 2005 y 2006 se ha tomado como base la metodología planteada para medir la productividad del personal de enfermería y se está adaptando a las actuales condiciones del HUS, en los servicios de Escanografía, recién nacidos, cirugía general, especialidades quirúrgicas y medicina interna.

5.1.1.9 Programa de interventoría. La Interventoría de los servicios de enfermería consiste realizar un seguimiento y control a los contratos suscritos con las cooperativas de trabajo asociado que suministran el talento humano de enfermería y auxiliares de enfermería al Hospital Universitario de Santander, con el propósito de verificar el cumplimiento de los términos definidos en los contratos, medir la satisfacción de los usuarios frente al cuidado de enfermería brindado por el personal suministrado a través de estos contratos, y hacer un seguimiento diario que permite verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas respecto a la calidad, cantidad y oportunidad en el suministro de talento humano o servicios contratados.

Dentro de las Actividades que se realizan están:

- Mantener comunicación diaria con las (os) coordinadoras (es) de cada cooperativa
- Verificar la calidad del servicio
- Llevar un registro de novedades
- Verificar el cumplimiento de los requisitos legales.
- Velar porque se cumplan las normas institucionales y de la subgerencia.
- Verificar que la cooperativa de trabajo asociado suministre el talento humano acorde a los perfiles exigidos en la licitación.
- Verificar que el personal asociado en misión en la institución se encuentre afiliado a la seguridad social y de salud (salud, pensión y riesgos profesionales)
- Verificar que se cumpla el proceso de selección, inducción y aprobación

- Pedir y evaluar las hojas de vida ante los nuevos ingresos para su respectiva aprobación por la institución bajo los parámetros exigidos en la nueva licitación.
- Atender los reclamos de los usuarios frente al cuidado de enfermería brindado a través de estos contratos
- Rendir informe permanente a la Subgerente Servicios de enfermería

5.1.2 Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería.

Luego de examinar la documentación existente en la subgerencia servicios de enfermería, se procedió a realizar una evaluación diagnóstica de la calidad del cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes en los diferentes servicios.

5.1.2.1 Registros de enfermería. Uno de los aspectos claves para evaluar el cuidado de enfermería, es la calidad de los registros de enfermería, puesto que en ellos se registra cronológicamente, todas las actividades de enfermería que se realizan a la persona enferma desde su ingreso hasta su egreso, lo mismo que la evolución de su condición de salud. Por este motivo se decidió hacer una evaluación, tomando como base para la elaboración de la lista de chequeo el protocolo de registros de enfermería vigente. (Ver anexo D).

Los resultados se pueden apreciar en la tabla 2. Solamente en la Unidad de cuidados intensivos pediátricos se encontraron buenos registros de enfermería; en el resto de los servicios éstos fueron calificados como regulares. Las principales fallas fueron las siguientes:

- No se registra en la historia clínica el ingreso de la persona enferma a la institución documentando la valoración inicial en forma completa, anotando los objetos personales que trae el usuario, así como el nombre de la persona que lo recibe.
- No se registra en forma clara, el estado de la persona enferma al ingreso y cada vez que inicia turno. Se omite datos relevantes para definir el plan de cuidados del turno.

Incluye (estado general de conciencia, hemodinámica, respiratorio, sistemas de asistencia: Oxígeno terapia, sondas, catéteres, tubos, drenajes, heridas).

- No se registra en forma clara al terminar el turno, el estado general de conciencia, hemodinámica, respiratorio, procedimientos que deben ser realizados en forma continua durante los turnos y los que quedaron pendientes a realizar.
- No se realiza el balance de líquidos a las 24 horas, teniendo en cuenta cuadro clínico, diagnóstico, evolución y órdenes médicas.
- No se registra en la hoja de medicamentos la totalidad de los datos (tipo, presentación, dosis, vía, frecuencia) nombre completo de la persona que lo administró y la enfermera que revisó.

TABLA 2. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. SEPTIEMBRE DE 2006

SERVICIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CALIFICACIÓN
URGENCIAS ADULTOS	77,7	REGULAR
URGENCIA DE PEDIATRÍA	62,5	REGULAR
SALA DE PARTOS	70,9	REGULAR
RECUPERACIÓN	76,5	REGULAR
UCI ADULTOS	69,6	REGULAR
UCI PEDIÁTRICA	86,4	BUENO
RECIÉN NACIDOS	68,8	REGULAR
PEDIATRÍA	63,2	REGULAR
GINECOOBSTETRICIA	70,9	REGULAR
UNIDAD DE QUEMADOS	78,9	REGULAR
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	69,2	REGULAR
CIRUGÍA GENERAL	72,1	REGULAR
MEDICINA INTERNA	63,5	REGULAR
TOTAL HOSPITAL	70,4	REGULAR

5.1.2.2 *Eventos adversos.* Desde julio de 2006, luego de la creación del comité de calidad del cuidado de enfermería, la información relacionada con eventos adversos se organizó y

se empezó a enviar mensualmente a la oficina de calidad del HUS, para la estadística que esa oficina debe llevar sobre eventos adversos, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1446 de 2006. Igualmente, es objeto de análisis en el comité de calidad del cuidado de enfermería y en las reuniones de coordinadores de áreas y servicios. Se discuten las posibles causas, se identifican las metas, se definen los medios para alcanzar las metas, se planea la ejecución de los correctivos y sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido, o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad se valida la ejecución de los correctivos y en caso que la meta haya sido conseguida, se estandariza la ejecución con el ánimo de mantener y mejorar los resultados del proceso. Cuando la meta no se cumple, se corrige y ajusta el proceso, hasta que la meta sea alcanzada.

Con la información de los eventos adversos ocurridos en el segundo semestre de 2006, se identifican cuatro eventos críticos: Desalojos (Sondas vesicales, nasogástricas, nasoyeyunales, tubo a tórax y líquidos endovenosos), úlceras por presión, caídas y flebitis. (Ver anexo E)

5.1.2.3 Entrega y recibo de turno realizado por las enfermeras. Los desalojos, las úlceras por presión y las caídas, son eventos que se caracterizan por que las causas que los originan pueden estar asociadas a deficiencias en la calidad de la atención. Su presencia es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos del cuidado de enfermería asociados a la ocurrencia de estos no estén funcionando correctamente.

La entrega y recibo de turno, es el momento en el cual el grupo encargado del cuidado de enfermería revisa a la persona enferma y se cerciora de su estado de salud y de las condiciones físicas y fisiológicas en las se encuentra, revisa los sitios de venopunción, catéteres, soluciones endovenosas, heridas, drenajes y estado de la piel y verifica el estado de la inmovilizaciones y el funcionamiento de los equipos. En otras palabras, una buena entrega y recibo de turno puede ayudar a disminuir el riesgo de desalojos, caídas y aparición de úlceras por presión.

Por lo anterior, se decidió realizar una evaluación de la calidad de la entrega y recibo de turno que realiza la enfermera en el Hospital Universitario de Santander. Para ello se diseñó una lista de chequeo con base en el protocolo vigente. (Ver anexo G).

Como se puede apreciar en la tabla 2, la calificación obtenida por cada uno de los servicios y del hospital en general la cual es ACEPTABLE. Encontrándose servicios con calificación deficiente como Medicina interna y gineco-obstetricia.

Las principales deficiencias se encuentran en revisión de la persona y de los sitios de venopunción, los catéteres, soluciones endovenosas, heridas, drenajes y el estado de la piel; en la revisión del plan de cuidados para ir corroborando los informes respecto a la atención de cada persona y en el interrogatorio sobre su estado general. Elementos claves para evaluar las condiciones físicas, fisiológicas y mentales de la persona enferma, para planear acciones que busquen prevenir la presencia de eventos adversos.

TABLA 3. Evaluación de la calidad de la entrega y recibo de turno por parte de las(os) enfermeras(os).

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. NOVIEMBRE / 2006

SERVICIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CALIFICACIÓN
URGENCIAS PEDIATRICAS	69 %	REGULAR
URGENCIAS ADULTOS	62.5%	REGULAR
ORTOPEDIA	62.5%	REGULAR
PEDIATRIA	62%	REGULAR
NEUROCIRUGIA	56%	ACEPTABLE
SALA DE PARTOS	50%	ACEPTABLE
CIRUGIA GENERAL	50%	ACEPTABLE
RECIEN NACIDOS	47%	ACEPTABLE
UCI ADULTOS	44%	ACEPTABLE
MEDICINA INTERNA	34%	DEFICIENTE
GINECOBSTERICIA	31%	DEFICIENTE
TOTAL DEL HOSPITAL	52%	ACEPTABLE

5.1.2.4 *Lavado de manos.* Teniendo en cuenta el reporte de los eventos adversos en los que se encuentran infecciones en el sitio operatorio, infecciones en vías urinarias

asociadas a sondaje vesical, infecciones en sitio de inserción de catéter venoso central, se decidió hacer una evaluación del proceso de lavado de manos. (Ver anexo G).

Los resultados de la evaluación del proceso de lavado de manos en los diferentes servicios se encuentra entre bueno y excelente; el resultado promedio del hospital es bueno. La información se puede observar en la tabla 3.

TABLA 4. Evaluación de la calidad del lavado de manos

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. SEPTIEMBRE / 2006

SERVICIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CALIFICACIÓN
URGENCIAS ADULTOS	91,2	BUENO
URGENCIA DE PEDIATRÍA	100,0	EXCELENTE
SALA DE PARTOS	90,0	BUENO
RECUPERACIÓN	95,0	EXCELENTE
UCI ADULTOS	96,0	EXCELENTE
UCI PEDIÁTRICA	94,4	BUENO
PEDIATRÍA	86,7	BUENO
GINECOOBSTETRICIA	84,0	BUENO
UNIDAD DE QUEMADOS	97,2	EXCELENTE
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	93,9	BUENO
CIRUGÍA GENERAL	72,0	REGULAR
MEDICINA INTERNA	95,0	BUENO
TOTAL HOSPITAL	89,8	BUENO

Cateterismo venoso periférico. El cuarto evento adverso registrado en el segundo semestre de 2006 fue la flebitis. Esto motivó al grupo para realizar una evaluación del procedimiento, para lo cual se elaboró una lista de cheque con base en el protocolo de cateterismo venoso periférico vigente. Ver anexo H.

En general puede observarse en la tabla 4 que la calidad del cateterismo venoso periférico es buena y en algunos servicios excelente. Si embargo, este resultado con explica el alto número de flebitis que se están presentando en los diferentes servicios del HUS.

Es probable que cuando las personas se sienten observadas realicen el procedimiento de acuerdo al protocolo, pero que una vez que la observación no se da, se presenten

deficiencias en el procedimiento. Otra explicación puede ser que los productos o elementos utilizados tengan deficiencias en su asepsia o que el mismo protocolo presente debilidades. Todo lo anterior debe ser evaluado para poder intervenir la presencia de flebitis.

TABLA 5. Evaluación de la calidad del cateterismo venoso periférico

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. SEPTIEMBRE / 2006

SERVICIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CALIFICACIÓN
URGENCIAS ADULTOS	95,4	EXCELENTE
URGENCIA DE PEDIATRÍA	100	EXCELENTE
SALA DE PARTOS	90,1	BUENO
RECUPERACIÓN	95,0	BUENO
PEDIATRÍA	89,0	BUENO
GINECOOBSTETRICIA	94,5	BUENO
UNIDAD DE QUEMADOS	89,6	BUENO
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	95,6	EXCELENTE
CIRUGÍA GENERAL	90,9	BUENO
MEDICINA INTERNA	92,8	BUENO
TOTAL HOSPITAL	92,3	BUENO

5.2 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y ESTABLECIMIENTO DE SU NIVEL DE COMPETENCIA

En el mes de junio de 2006, se crea el comité de calidad del cuidado de Enfermería, conformado así:

- Una profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander quien lo coordina
- Dos enfermeras adscritas a la Subgerencia servicios de enfermería a través de un ente jurídico como Cooperativas de trabajo asociado.
- La enfermera interventora
- Una enfermera con funciones de auditoría

Este comité es el encargado de planificar el sistema de calidad de enfermería en el Hospital Universitario de Santander. El grupo asigna responsabilidades para la capacitación de Enfermeras y Auxiliares de enfermería en el tema de la calidad, se reúne semanalmente para tratar temas relacionados con la calidad del cuidado de enfermería según cronograma, y al final de cada reunión se elabora una acta que incluye las discusiones, conclusiones, recomendaciones, tareas y sus responsables (Ver anexo I); copia de esta acta se envía a la oficina de calidad de la institución y a la Subgerencia servicios de enfermería.

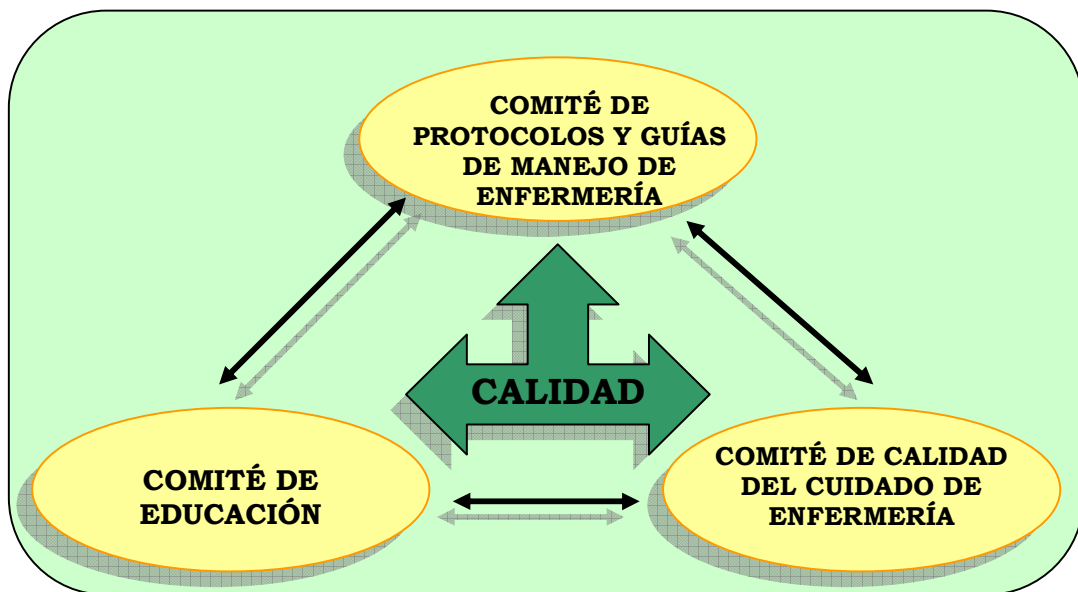
Las funciones del comité de calidad son las siguientes:

- Participar en la planeación, organización ejecución y evaluación de las actividades del sistema de Garantía de la calidad del cuidado de enfermería de los servicios que presta el HUS.
- Establecer metas de desarrollo para los diferentes servicios de Enfermería.
- Identificar los procesos que requieran estandarización y / o mejoramiento.
- Proponer modelos de la prestación de servicios de enfermería según las características y necesidades de las personas usuarias, sus familias y comunidad.
- Proponer la elaboración, corrección y ajuste de protocolos de atención en el cuidado de enfermería.
- Diseñar e implementar los indicadores de gestión y calidad que se requieren medir, dentro del proceso de mejoramiento continuo.
- Diseñar e implementar instrumentos que permitan la evaluación objetiva la calidad del cuidado de enfermería.
- Evaluar el cuidado de enfermería de acuerdo a los indicadores de gestión correspondientes.
- Realizar reuniones periódicas con los grupos de calidad para analizar los resultados e identificar errores en el proceso.
- Socializar en los diferentes servicios de enfermería los resultados y análisis de los indicadores de gestión de calidad que son monitorizados.
- Proponer planes o estrategias remejoramiento para los problemas reales o potenciales identificados a través del análisis de los indicadores de gestión y calidad.

- Promover entornos de trabajo que propicien, apoyen y motiven una atención de enfermería de calidad.
- Promover y participar en investigaciones que faciliten el control de la calidad en enfermería.
- Evaluar el grado de satisfacción de la persona que recibe el cuidado de enfermería.
- Participar con el apoyo de las enfermeras de los servicios, en la auditoría de la calidad de los recursos medicoquirúrgicos que adquiere la institución.
- Promover programas de estímulos para los servicios o las personas que sobresalgan en el proceso de garantía de la calidad.
- Hacer seguimiento a la cantidad, calidad e idoneidad del personal que presta los servicios de enfermería a la Subgerencia.

El comité de calidad del cuidado de enfermería, junto con el comité de protocolos y guías de manejo y el comité de educación conforman la triada sobre la cual se sustenta todo el programa de calidad de la subgerencia de enfermería.

- El Comité de protocolo y guías de manejo elabora y actualiza los protocolos y guías de manejo de enfermería que son requeridos en el Hospital
- El comité de educación programa y coordina la socialización de los protocolos y guías de manejo.
- El comité de calidad del cuidado de enfermería, evalúa y controla el cumplimiento de los protocolos y guías de manejo e identifica la necesidad de socializar, reformar, complementar o elaborar protocolos y guías de manejo.



5.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA SENSIBILIZAR Y CAPACITAR ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

Una vez conformado el Comité de calidad del cuidado de enfermería, se diseñó el plan de sensibilización de las Enfermeras y auxiliares de enfermería sobre las políticas de calidad definidas por el estado, la institución y sobre las estrategias que la subgerencia de servicios de enfermería pondrá en marcha para asegurar la calidad del cuidado de enfermería.

El propósito general de esta sensibilización fue el de motivar y lograr el compromiso de todo el personal de enfermería, haciéndolos partícipes del proyecto, permitiéndoles su participación directa en el cambio y dándoles a conocer de una forma fácil y comprensible la importancia de su capacitación y participación en los procesos de mejoramiento continuo. En otras palabras, lo que se perseguía con las jornadas de sensibilización era disminuir la resistencia que todo cambio genera en las personas y en especial la implementación de un programa de calidad.

En el anexo C se puede observar el cronograma que se desarrolló con la ayuda de estudiantes de último año de la Escuela de Enfermería de la UIS. Los temas que se desarrollaron en cada una de las sesiones educativas fueron:

1ª Sesión Educativa: Marco Conceptual de Calidad en Salud

2ª Sesión educativa: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

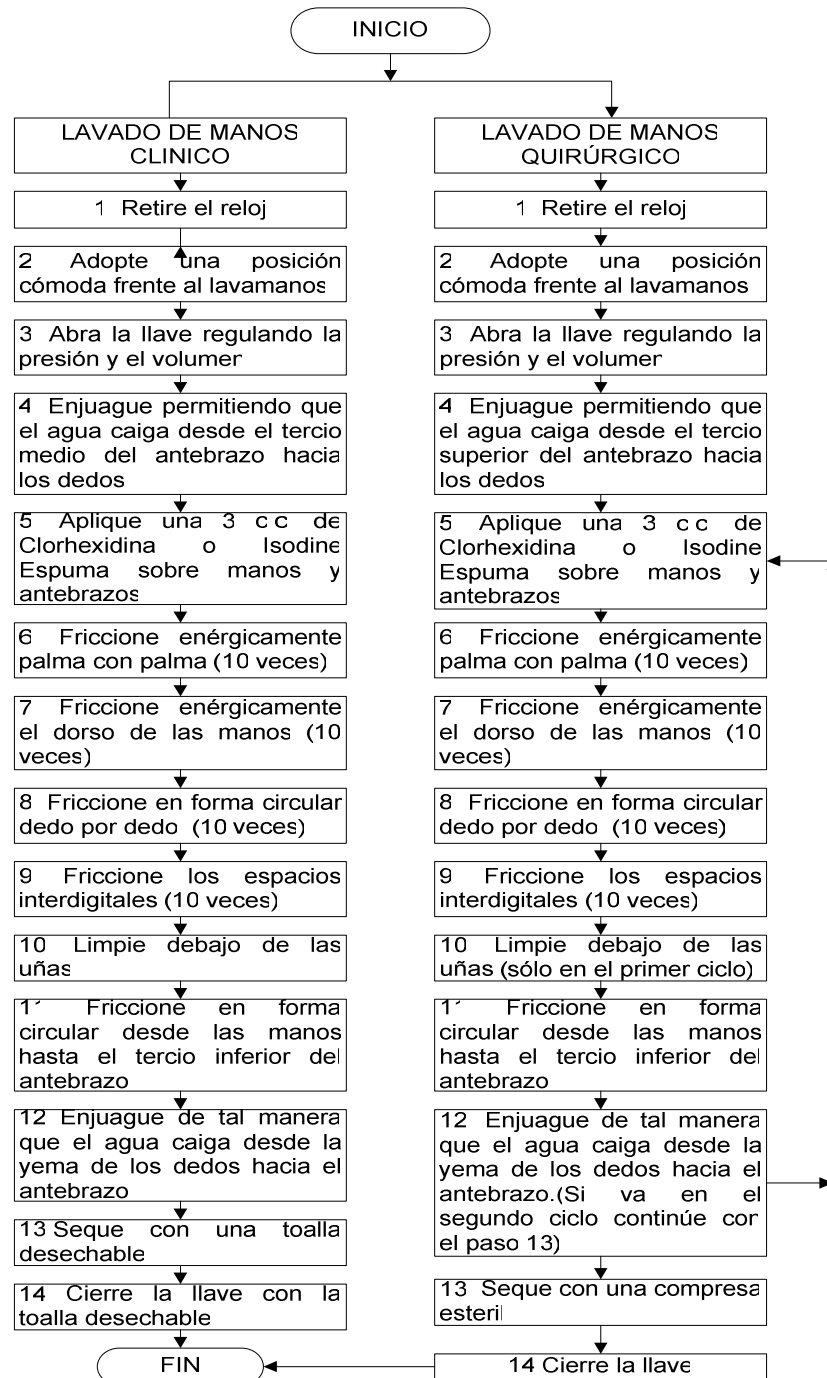
3ª Sesión Educativa: Sistema General de Calidad en Enfermería. Manejo de Instrumentos en Auditoría.

4ª Sesión Educativa: Resumen de las tres sesiones anteriores.

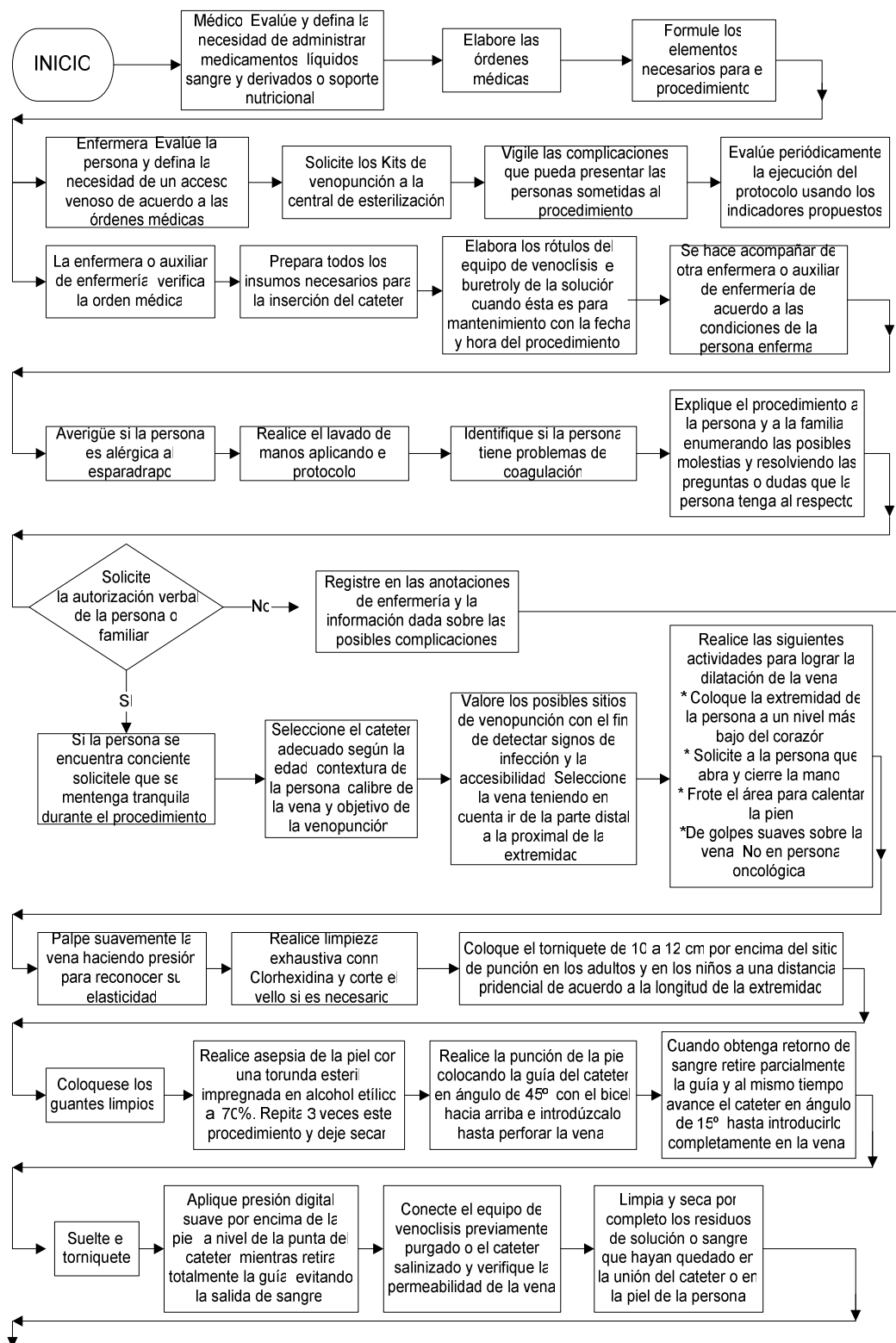
5.4 DISEÑO DE PROCESOS.

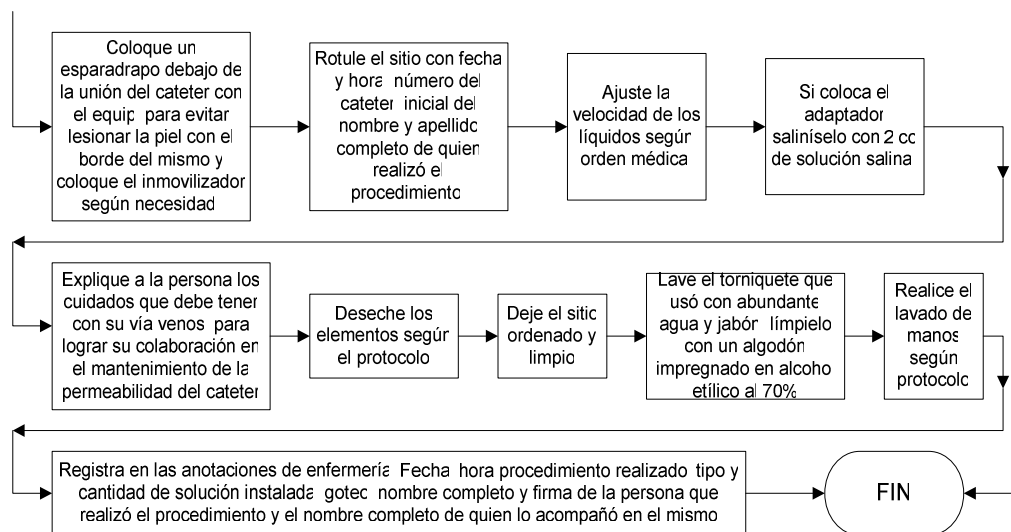
A continuación se presentan los cinco procesos identificados como prioritarios.

PROCESO: LAVADO DE MANOS

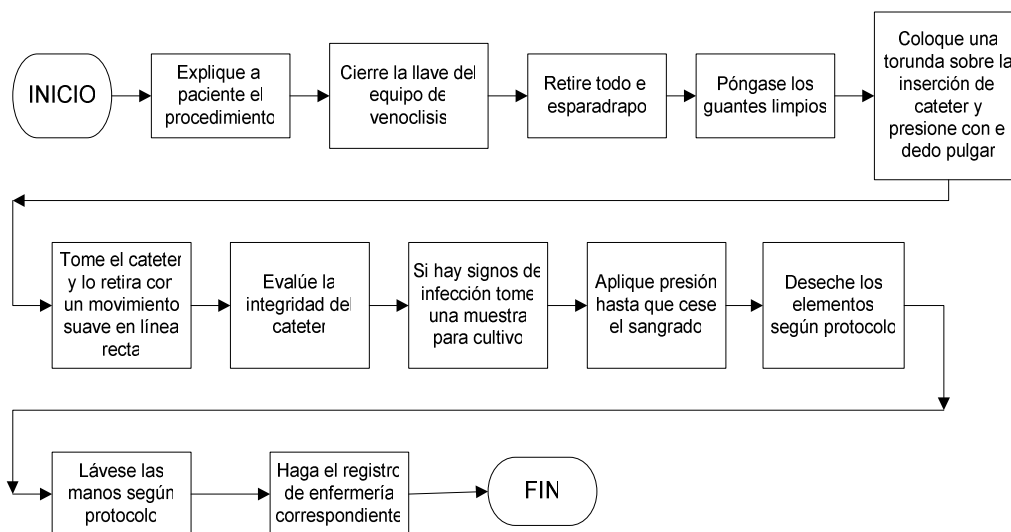


PROCESO: CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

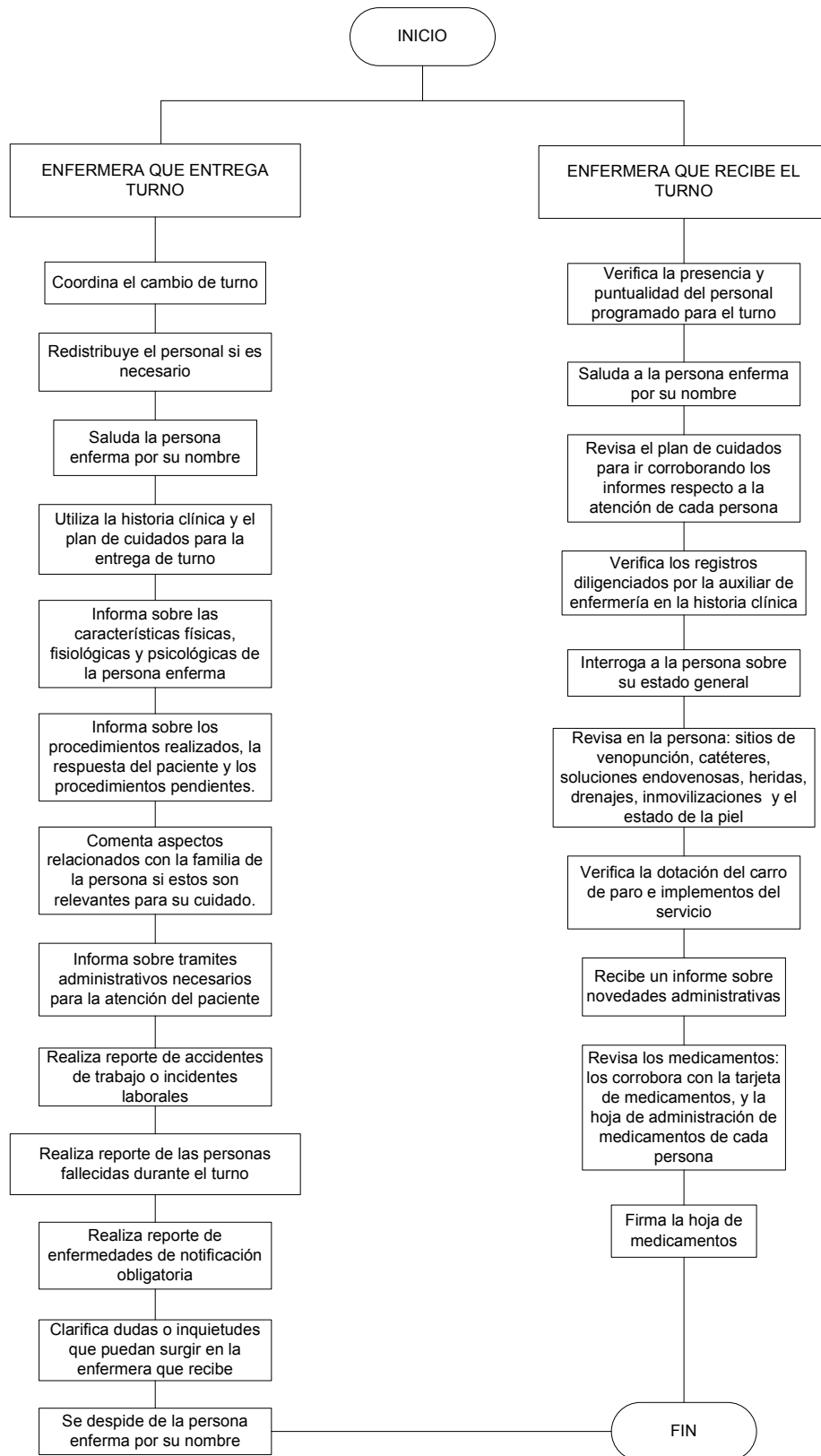




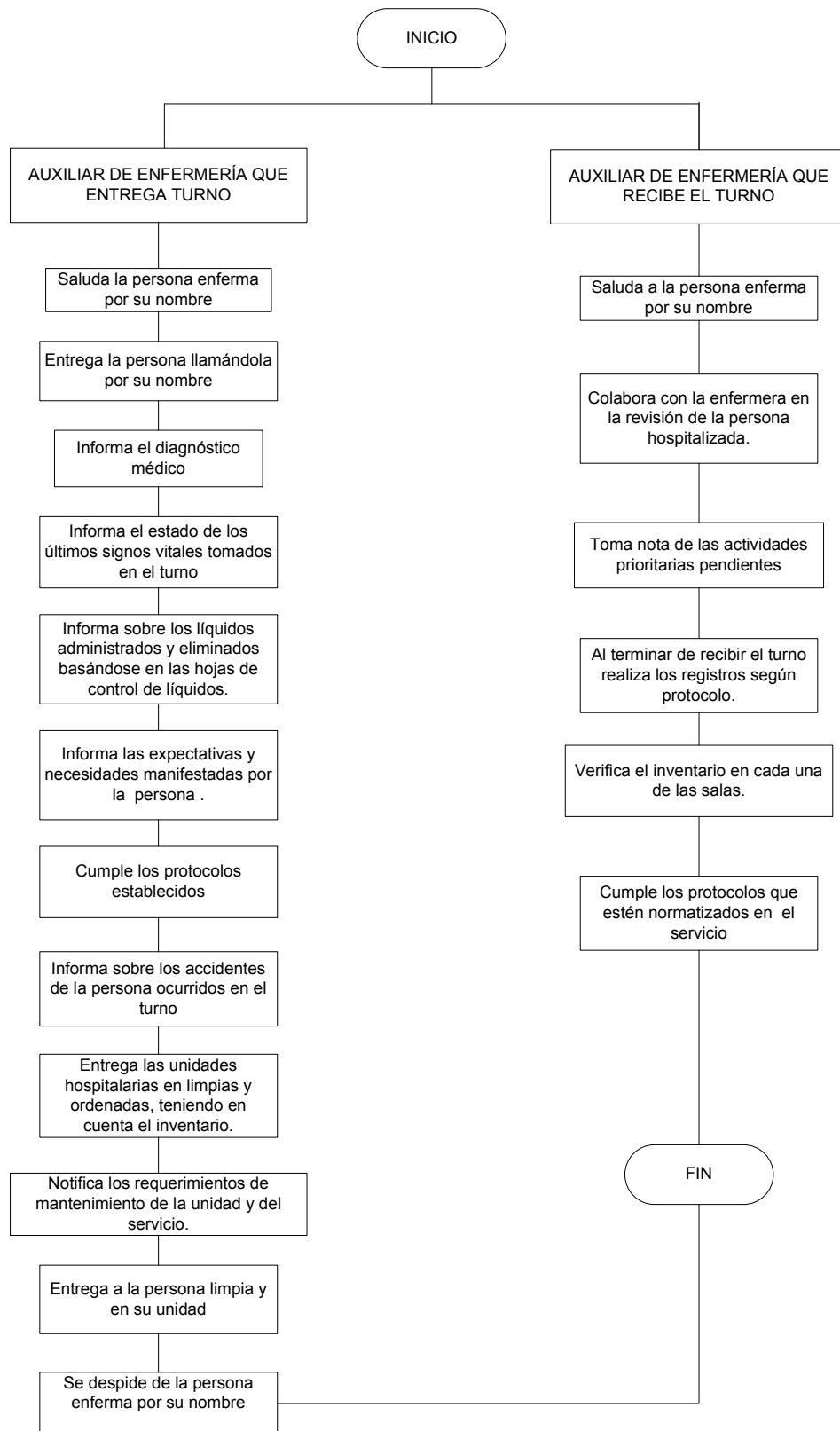
PROCESO: RETIRO DE LA VENOPUNCIÓN



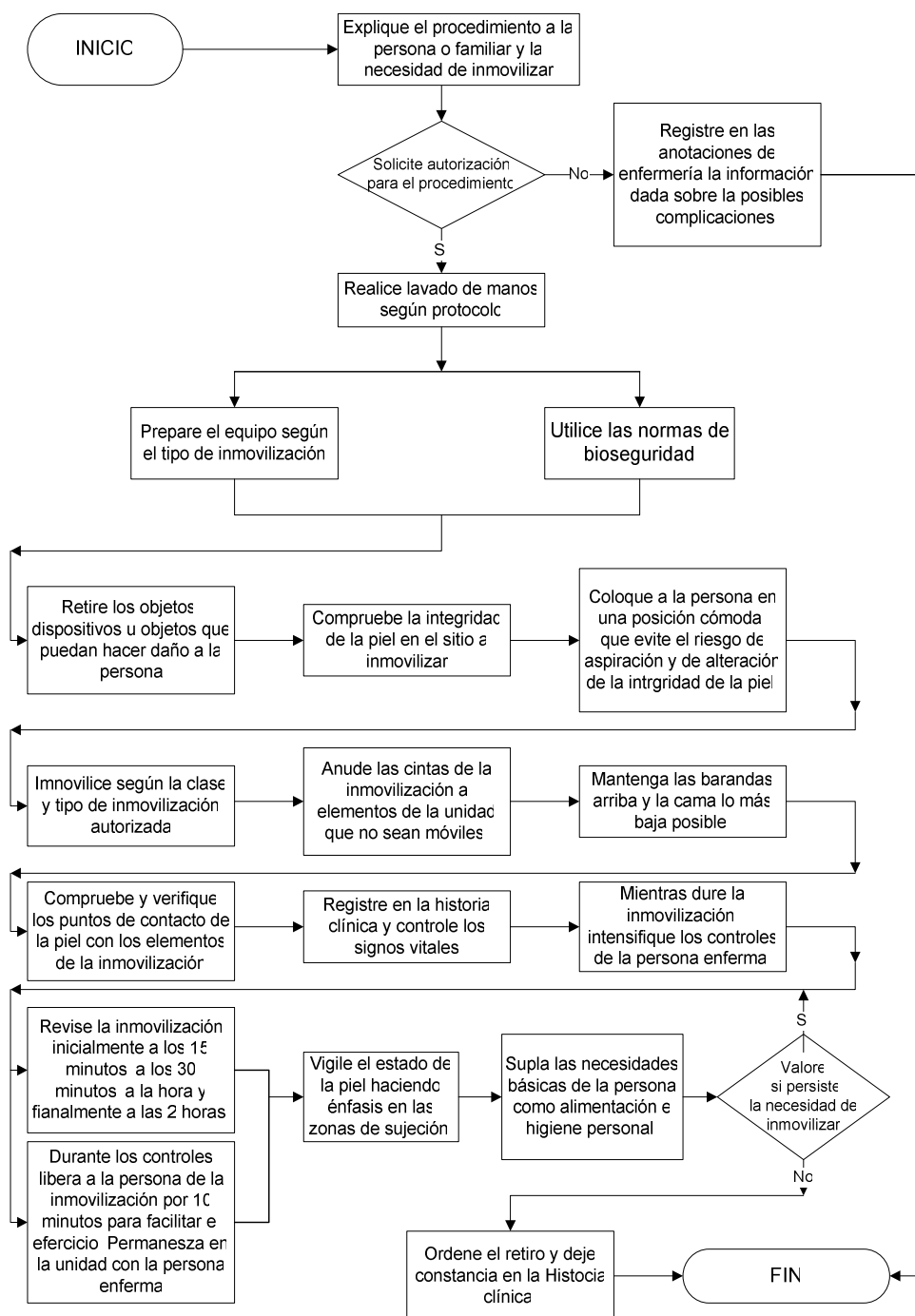
PROCESO: ENTREGA Y RECIBO DE TURNO POR PARTE DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS)



PROCESO: ENTREGA Y RECIBO DE TURNO POR PARTE DE LAS(OS)
AUXILIARES DE ENFERMERÍA



PROCESO RESTRICCIÓN DEL MOVIMIENTO EN PERSONAS CON RIESGO DE LESIÓN



5.5 DISEÑO DE LOS INDICADORES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

Una vez realizado el diagnóstico a la calidad del cuidado de enfermería en la ESE HUS hallándose diversos factores que afectaban la calidad del servicio de enfermería, unos en mayor proporción que otros, fueron seleccionados los principales problemas en la atención y en la gestión administrativa de enfermería para la realización del diseño de la hoja de vida de los indicadores; esto con el fin de evaluar y hacer seguimiento mensual a la calidad de la labor de enfermería en la ESE HUS.

5.5.1 PROPORCIÓN DE CAIDAS: Las personas hospitalizadas en los diferentes servicios del Hospital Universitario de Santander (HUS), presentan caídas de las camas y camillas, durante su estancia hospitalaria, convirtiéndose este hecho en un riesgo de complicaciones, aumentando los costos y posibilidad de demandas contra la institución.

Nombre del indicador	PROPORCIÓN DE CAIDAS
Objetivo	Las personas hospitalizadas en el servicio X del HUS no presentaran caídas durante su estancia hospitalaria.
Interpretación	El % expresa la proporción de caídas respecto del número de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS.
Tipo de indicador	Indicador de Calidad
Nivel de comparación	% de Caídas. Se ha definido por consenso que el 2% de caídas es el porcentaje máximo aceptable.
Nivel de desagregación	El % de caídas, se generara por servicio; para luego consolidarlo a nivel del hospital.
Periodicidad	El indicador será medido mensualmente.
Definición operacional	$\frac{\text{Número de pacientes, hospitalizados en el servicio X del HUS durante el mes X de 2006 que presentan caídas de las camas y camillas}}{\text{Total de pacientes hospitalizados en el servicio X del HUS Durante mes X de 2006.}} \times 100$
Datos requeridos	Para el % de caídas: N° de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS; N° de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS que presentan caídas
Fuentes	Censo diario de pacientes y Formato de incidentes y eventos adversos.
Responsables de generar datos	Enfermeras de cada servicio.
Responsables de generar indicador	Comité de calidad de la Subgerencia Servicios de Enfermería.
Responsables de tomar decisiones	Subgerente Servicios de Enfermería y Comité de Calidad de Subgerencia Servicios de Enfermería.

5.5.2 PROPORCIÓN DE FLEBITIS: Flebitis asociada a cateterismo venoso periférico, en las personas hospitalizadas en el servicio X del HUS ocasionando deterioro de su estado de salud, disminuyendo la probabilidad de acceso venoso para aplicación del tratamiento y aumentando el costo de su atención.

Nombre del indicador	PROPORCIÓN DE FLEBITIS
Objetivo	Las personas hospitalizadas en el servicio X del HUS no presentaran flebitis durante su estancia hospitalaria.
Interpretación	El % expresa la proporción de flebitis respecto del número de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS.
Tipo de indicador	Indicador de Calidad
Nivel de comparación	% de Flebitis. Se ha definido por consenso que el 5% de flebitis es el porcentaje máximo aceptable.
Nivel de desagregación	El % de flebitis, se generara por servicio; para luego consolidarlo a nivel del hospital.
Periodicidad	El indicador será medido mensualmente.
Definición operacional	$\frac{\text{Número de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X que presentan flebitis}}{\text{Total de pacientes hospitalizados con cateterismo venoso periférico en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X.}} \times 100$
Datos requeridos	Para el % de flebitis: N° de personas hospitalizadas con cateterismo venoso periférico en el servicio X del HUS; N° de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS que presentan flebitis
Fuentes	Censo diario de pacientes y Formato de incidentes y eventos adversos.
Responsables de generar datos	Enfermeras de cada servicio.
Responsables de generar indicador	Comité de calidad de la Subgerencia Servicios de Enfermería.
Responsables de tomar decisiones	Subgerente Servicios de Enfermería y Comité de Calidad de Subgerencia Servicios de Enfermería.

5.5.3 PROPORCIÓN DE DESALOJOS: Alto número de desalojos accidentales o intencionales de SNG, Sonda vesical, sonda nasogátrica, sonda nasoyeyunal, catéter venoso periférico y catéter venoso central en las personas hospitalizadas en el servicio X del HUS ocasionando deterioro de su estado de salud, interrumpiendo su tratamiento y aumentando el costo de su atención.

Nombre del indicador	PROPORCIÓN DE DESALOJOS
Objetivo	Las personas hospitalizadas en el servicio X del HUS no presentaran desalojos accidentales o intencionales durante su estancia hospitalaria.
Interpretación	El % expresa la proporción de desalojos accidentales o intencionales respecto del número de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS, con dispositivos invasivos.
Tipo de indicador	Indicador de Calidad
Nivel de comparación	% de desalojos. Se ha definido por consenso que el 5% de desalojos es el porcentaje máximo aceptable.
Nivel de desagregación	El % de desalojos, se generará por servicio; para luego consolidarlo a nivel del hospital.
Periodicidad	El indicador será medido mensualmente.
Definición operacional	$\frac{\text{Número de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X que presentan desalojos}}{\text{Total de pacientes hospitalizados en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X, con dispositivos invasivos.}} \times 100$
Datos requeridos	Para el % de desalojos: N° de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS, con dispositivos invasivos; N° de personas hospitalizadas en el servicio X del HUS que presentan desalojos
Fuentes	Censo diario de pacientes y Formato de incidentes y eventos adversos.
Responsables de generar datos	Enfermeras de cada servicio.
Responsables de generar indicador	Comité de calidad de la Subgerencia Servicios de Enfermería.
Responsables de tomar decisiones	Subgerente Servicios de Enfermería y Comité de Calidad de Subgerencia Servicios de Enfermería.

5.5.4 PORCENTAJE DE ERRORES EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA: Los registros de enfermería en los diferentes servicios, presentan errores, que pueden llevar a problemas legales y glosas.

Nombre del indicador	Porcentaje de errores en los registros de enfermería
Objetivo	Los registros de enfermería en los diferentes servicios del HUS, se diligenciarán sin errores, de acuerdo con el protocolo de registros de enfermería y la LEY, DECRETO O ACUERDO. Resolución 1995/99
Interpretación	El % expresa la proporción de errores en los registros de enfermería de acuerdo al protocolo vigente, entre el total de la muestra auditada.
Tipo de indicador	Indicador de Calidad y Gestión
Nivel de comparación	El % de errores en los registros de enfermería debe ser 0%.
Nivel de desagregación	El % de errores en los registros de enfermería, se generará por servicio; para luego consolidarlo a nivel del hospital.
Periodicidad	El indicador será medido mensualmente.
Definición operacional	$\frac{\text{Número registros de enfermería con errores en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X}}{\text{Total de registros auditados en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X}} \times 100$
Datos requeridos	Para el % de errores en los registros de enfermería: N° de errores en los registros de enfermería en el servicio X del HUS. N° de registros de enfermería auditados o evaluados
Fuentes	Lista de chequeo para evaluar la calidad de los registros de enfermería
Responsables de generar datos	Enfermeras asignadas por el comité de calidad para esta labor.
Responsables de generar indicador	Comité de calidad de la Subgerencia Servicios de Enfermería.
Responsables de tomar decisiones	Subgerente Servicios de Enfermería y Comité de Calidad de Subgerencia Servicios de Enfermería.

5.5.5 PROPORCIÓN DE ROTACIÓN DE PERSONAL: Alta rotación del personal en el servicio X del HUS ocasionando interrupción en los procesos de formación y traumatismo en la prestación del servicio.

Nombre del indicador	PROPORCIÓN DE ROTACIÓN DEL PERSONAL
Objetivo	El personal de enfermería permanecerá estable en los diferentes servicios del HUS
Interpretación	El % expresa la proporción de rotación del personal de enfermería respecto del número de personal de enfermería en el servicio X del HUS.
Tipo de indicador	Indicador de Gestión
Nivel de comparación	% de rotación de personal por mes. Se ha definido por consenso que el 0.5% de rotación de personal es el porcentaje máximo aceptable.
Nivel de desagregación	El % de rotación de personal, se generara por servicio; para luego consolidarlo a nivel del hospital.
Periodicidad	El indicador será medido mensualmente.
Definición operacional	$\frac{\text{Número de personas que son removidas de su cargo en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X}}{\text{Total de personal de enfermería en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X}} \times 100$
Datos requeridos	Para el % de rotación de personal: N° de personas nuevas o que renuncian en el servicio X del HUS; N° de personal de enfermería en el servicio X del HUS
Fuentes	Certificación mensual de cooperativas y horarios mensuales del personal.
Responsables de generar datos	Enfermera interventora de la subgerencia de enfermería.
Responsables de generar indicador	Comité de calidad de la Subgerencia Servicios de Enfermería.
Responsables de tomar decisiones	Subgerente Servicios de Enfermería y Comité de Calidad de Subgerencia Servicios de Enfermería.

5.5.6 PROPORCIÓN DE CARROS DE PARO REVISADOS: El carro de paro en los diferentes servicios están incompletos, con medicamentos vencidos y no son revisados con frecuencia, lo que puede ocasionar problemas en la atención de una urgencia en el servicio.

Nombre del indicador	REVISIÓN DEL CARRO DE PARO
Objetivo	Las enfermeras revisaran el carro de paro diariamente en cada uno de los servicios.
Interpretación	El % expresa la proporción de veces que se revisa el carro de paro respecto del número de carros de paro en el HUS.
Tipo de indicador	Indicador de Gestión
Nivel de comparación	Se ha definido por consenso que la no revisión del carro de paro un día a la semana, es el máximo aceptable.
Nivel de desagregación	Revisión de carro de paro, se generara por servicio; para luego consolidarlo a nivel del hospital.
Periodicidad	El indicador será medido mensualmente.
Definición operacional	$\frac{\text{Nº de carros de paro revisados diariamente en el mes X}}{\text{Total de carros de paro del HUS durante el mes X de 200X.}} \times 100$
Datos requeridos	Carro de paro: Nº total de carros de paro y Nº de carros de paro revisados diariamente en el HUS.
Fuentes	Planilla de revisión de carro de paro.
Responsables de generar datos	Enfermeras de cada servicio.
Responsables de generar indicador	Comité de calidad de la Subgerencia Servicios de Enfermería.
Responsables de tomar decisiones	Subgerente Servicios de Enfermería y Comité de Calidad de Subgerencia Servicios de Enfermería.

5.5.7 PROPORCIÓN DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN: Las personas hospitalizadas en el Hospital Universitario de Santander (HUS), presentan úlceras por presión, durante su periodo de hospitalización, deteriorando su estado de salud, prolongando su estancia hospitalaria y aumentando los costos de su atención.

Nombre del indicador	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN
Objetivo	Cada uno de las personas hospitalizadas en los diferentes servicios del HUS no presentará úlceras por presión durante su estancia hospitalaria.
Interpretación	El % expresa la proporción de personas hospitalizadas que presentan úlceras por presión respecto del número de personas hospitalizadas en los diferentes servicios del HUS.
Tipo de indicador	Indicador de Calidad.
Nivel de comparación	Se ha definido por consenso que el 97% de las personas hospitalizadas no deben presentar úlceras por presión durante su estancia hospitalaria.
Nivel de desagregación	Úlceras por presión se generará por servicio; para luego consolidarlo a nivel del hospital.
Periodicidad	El indicador será medido mensualmente.
Definición operacional	$\frac{\text{Nº de personas hospitalizadas que presenten úlceras por presión en el servicio X en el mes X}}{\text{Total de personas hospitalizadas en el HUS durante el mes X de 200X.}} \times 100$
Datos requeridos	Úlceras por presión: Nº de personas hospitalizadas que presentan úlceras por presión, total de personas hospitalizadas.
Fuentes	Reporte de incidentes de enfermería.
Responsables de generar datos	Enfermeras de cada servicio.
Responsables de generar indicador	Comité de calidad de la Subgerencia Servicios de Enfermería.
Responsables de tomar decisiones	Subgerente Servicios de Enfermería y Comité de Calidad de Subgerencia Servicios de Enfermería.

5.5.8 PROPORCIÓN DE CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: Falta de conocimiento del protocolo de recibo y entrega de turno por parte del personas que presta sus servicios a través de cooperativas de trabajo asociado a la ESE HUS.

Nombre del indicador	PROPORCIÓN DE CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
Objetivo	El 98% del personal de enfermería que presentan sus servicios a través de cooperativas de trabajo asociado en la ESE HUS, conocerán y aplicaran el protocolo de recibo y entrega de turno.
Interpretación	El % expresa la proporción del personal de enfermería que aplican el protocolo de recibo y entrega de turno.
Tipo de indicador	Indicador de Gestión
Nivel de comparación	Se ha definido por consenso que el 98% del personal de enfermería que presentan sus servicios a través de cooperativas de trabajo asociado en la ESE HUS, conocerán y aplicaran el protocolo de recibo y entrega de turno.
Nivel de desagregación	Recibo y entrega de turno, se generara por asistencia a socialización del protocolo en cada servicio; para luego consolidarlo a nivel del hospital.
Periodicidad	El indicador será medido mensualmente.
Definición operacional	Número de personas asisten a la socialización del protocolo en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X $\frac{\text{Total de personal de enfermería en el servicio X del HUS durante el mes X de 200X}}{\text{Total de personal de enfermería en el servicio X del HUS}} \times 100$
Datos requeridos	Recibo y entrega de turno: N° de personas por servicio que asisten a la socialización del protocolo, Total de personal de enfermería en el servicio X.
Fuentes	Planilla de asistencia a socialización de protocolos.
Responsables de generar datos	Comité de educación de la Subgerencia Servicios de Enfermería del HUS.
Responsables de generar indicador	Comité de calidad de la Subgerencia Servicios de Enfermería.
Responsables de tomar decisiones	Subgerente Servicios de Enfermería y Comité de Calidad de Subgerencia Servicios de Enfermería.

NOMENCLATURA DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS Y PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Se diseñaron los instrumentos y los procesos para la recolección de la información que permitirán hacer seguimiento continuo de la calidad del cuidado de enfermería, y apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos: listas de chequeo, bases de datos en Excel para procesar la información, formatos para registro e informe de eventos adversos.

Seguimiento de los registros de enfermería. Se diseñó y probó una lista de chequeo, con base en el protocolo vigente. Anexo D.

La importancia de la verificación radica, en que solo a través de ésta, se puede garantizar la calidad de los datos obtenidos y se controla el sesgo de la información.

Evaluación de la entrega y recibo de turno. Se elaboró una lista de chequeo con base en el protocolo vigente. Anexo F. El procedimiento establecido es el siguiente:

- La evaluación corresponde a la entrega y recibo de turno de las 7 a.m.
- El evaluador llega al servicio antes de empezar la entrega de turno, con la lista de chequeo, para verificar las actividades preliminares realizada por la enfermera.
- Sigue paso a paso todo el proceso hasta terminar la entrega de la última persona enferma o unidad hospitalaria.
- La evaluación finaliza cuando la enfermera entrega carro de paro, botiquín y el servicio en general.
- Cada criterio de evaluación puede tener 2 o 3 opciones:
 - o SI NO
 - o SI NO
 - o NA: no aplica
- De acuerdo a lo encontrado al realizar la revisión de cada criterio o indicador, se marca con una **X** en la columna correspondiente a SI NO NA según corresponda.

- Una vez consignada la información, es indispensable hacer una validación o verificación de la información, la cual consiste en:
 - o Revisar que cada casilla del instrumento esté completamente diligenciada.
 - o Revisar que un criterio no esté señalado dos veces
 - o No dejar casillas en blanco
 - o Cuando se tenga dudas sobre una respuesta, se verificas nuevamente en la historia clínica.

Evaluación del lavado de manos y del cateterismo venoso periférico. Estas evaluaciones se llevan a cabo con las listas de chequeo que se elaboraron con base en los protocolos vigentes. Anexos G y H

La evaluación de estos protocolos, se realiza por medio de la observación directa de la persona que está realizando el procedimiento, verificando el cumplimiento de cada uno de los pasos del protocolo, utilizando para ello la lista de Chequeo correspondiente.

Reporte de eventos adversos. Se diseñó un formato que deben diligenciar diariamente las(os) enfermeras(os) en cada servicio. (Ver anexo J). Para ello, la estudiante de enfermería de la UIS de práctica docente asistencial, asignada al programa de garantía de la calidad del cuidado de enfermería, informó a cada persona sobre la forma de registrar los datos en el formato. Adicionalmente, se elaboró un instructivo y se envió a cada servicio para que sea consultado en cualquier momento.

En general las recomendaciones son:

- Marcar el instrumento con nombre del servicio, mes y cada día, el nombre de quien lo realiza.
- Registrar la información diariamente.
- La información registrada corresponde a lo sucedió entre las 12 m del día anterior y las 12 m del día de presente.

- Registrar al frente de cada indicador, el número total encontrado en el servicio, Por ejemplo N° personas hospitalizadas, N° de CVP (Catéter venoso periférico) , N° SNG (Sonada nasogástrica).
- Escribir al frente de cada evento adverso el número total de eventos “nuevos” encontrados. Por ejemplo: flebitis, úlceras por presión, IVU (Infección de vías urinarias), Caídas.
- Identificar cada evento nuevo encontrado en el cuadro al respaldo de la hoja.
 - o Fecha
 - o Identificación de la persona
 - o Tipo de evento adverso
 - o Observaciones
- Entregar el primer día del mes siguiente a la estudiante de Práctica Docente Asistencial del programa de garantía de la calidad del cuidado de enfermería el formato debidamente diligenciado.

6. CONCLUSIONES

- Con este trabajo se puede concluir que al concienciar al personal de enfermería sobre calidad del cuidado de enfermería, se logra un cambio de actitud y aptitud en las personas reflejándose esto en la calidad del servicio que se presta.
- Se observó que cuando este proceso es realizado por parte de un par, se evalúa en forma integral el ser y que hacer del cuidado de enfermería.
- Realizar seguimiento a la calidad del cuidado de enfermería ha logrado incentivar al personal de enfermería a adoptar una cultura de evaluación y mejora continua.
- Retroalimentar al personal de enfermería sobre los resultados obtenidos permite robustecer las fortalezas halladas en el proceso de investigación.
- A raíz de la implementación de modelo de garantía de la calidad del servicio de enfermería en la E.S.E Hospital Universitario de Santander, se logró el mejoramiento de la servicio y la optimización del trabajo de los enfermeros y auxiliares del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

ALCARAZ RODRIGUEZ, R. El Emprendedor de Éxito. 2ª ed. Mexico: Mc Graw Hill, 2001.

ARANAZ ANDRÉS. J M. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta para los servicios clínicos. En: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>

BOYKINOYKIN-SCHOENHOFER. Enfermería como Cuidado. Un modelo para transformar la práctica. New York:1993 En: CASANOVAS. L y Cols. El papel de la Enfermera desde punto de vista del usuario. Enfermería Clínica 5(2):63,1996

COLOMBIA. Ley 872 de diciembre 30 de 2003, Sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993: Sistema General de Seguridad Social.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Resolución N° 1043 del 3 de abril de 2006 Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Resolución N° 1445 de 8 de mayo de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadota

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 4110 del 9 de diciembre de 2004. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública,

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución N° 1446 de 8 de mayo de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 del 8 de julio de 1999. Normas para el manejo de la Historia Clínica,

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1999

DUEÑAS ARAQUE, O A. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud. En: Gerencia salud. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. En: <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>

GONZALEZ, Carlos. Conceptos generales de calidad total. En: www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.shtml

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Misión. Bucaramanga: 2005

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. En: www.iso.org

LEÓN-CASTELLÁ, A. La dama de la lámpara. Florence Nightingale (1820-1910). En: http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/dia_enfermeria/florence.htm

LITUAN H. Et alt. El Control de Calidad en los Servicios Clínicos. Control de Calidad Asistencial; 1990. p: 38 -43.

MALAGON LONDOÑO, G, GALAN MORERA, R, PONTON LAVERDE, G. Auditoria en Salud. México: Panamericana, 2003.

MEJIA GARCIA, B. Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud. 4ª ed. Bogotá: Eco editores, 2003.

MEJIA GARCIA, B. Auditoria Médica. Bogotá: Eco editores, 2003

MORENO RODRÍGUEZ, A. La calidad de la acción de enfermería. En: Enfermería Global. N° 6 (may – 2005) <http://www.um.es/eglobal/6/06d02.html>

ORTIZ ZAPATA, A C. Gestión del cuidado en enfermería. En: Investigación y educación en Enfermería. Vol. 18, N° 1 (Mar – 2000

OTERO M. J y OTERO I. J.I. Avedis Donabedian y la calidad de la atención de salud. En: Gerencia salud. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. En: <http://www.gerenciasalud.com/art04.htm>

OTERO M. J y OTERO I.J. el Sr. Kaoru Ishikawa: padre de la calidad total. En: Gerencia salud. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. En: <http://www.gerenciasalud.com/art53.htm>

PINTO AFANADOR. N. indicadores de cuidado. Actualizaciones en enfermería Vol. 4 No. 1, (Mar-2001)

RIAÑO GAMBOA, G. Auditoria de la gestión en Salud. Bogotá. Ecomedios, 2004.

SERNA GÓMEZ, H. Servicio al Cliente Métodos de Auditoria y Medición. 2ª ed. Bogotá: 3R Editores, 1999.

SERNA GÓMEZ, H. Gerencia Estratégica. 8ª ed. Bogotá: 3R Editores. 2003.

ANEXOS

ANEXO A

SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA PLAN ESTRATÉGICO

PRINCIPIOS

Humanización: El cuidado de enfermería en el Hospital Universitario de Santander es sensible a las necesidades integrales del ser humano. Es responsabilidad de todos los miembros de la Subgerencia Servicios de Enfermería y compromete a todos por igual.

Responsabilidad Social: La Subgerencia Servicios de Enfermería contribuye con sus acciones a dar respuesta a las necesidades de salud y educación en salud de la población del área de influencia del Hospital Universitario de Santander.

Calidad. La Subgerencia mantiene en su desempeño a eficacia y efectividad que le permite el cumplimiento de sus objetivos y responsabilidades para con sus colaboradores y las personas usuarias del HUS

Oportunidad. La Subgerencia se compromete con la satisfacción de las necesidades de las personas que reciben el cuidado de enfermería en forma asertiva y cálida.

Transparencia. Todas las actuaciones de la Subgerencia Servicios de Enfermería y de sus colaboradores estarán regidas por el código de ética y los lineamientos legales del estado y la institución.

Desarrollo personal. La Subgerencia Servicios de Enfermería contribuye al bienestar y desarrollo humano de sus colaboradores. Reconoce su participación, estimula su creatividad, propicia el trabajo en equipo.

Comunicación. La Subgerencia establece mecanismos de comunicación eficaces entre los niveles jerárquicos y a nivel horizontal, permitiendo que la información sea oportuna,

precisa y confiable, de manera que posibilite la coordinación entre los distintos grupos de trabajo y la toma de decisiones.

VALORES

Respeto. El cuidado de Enfermería en el HUS se caracteriza por el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos, sus creencias y sus derechos por encima de cualquier consideración social, política o económica.

Pertenencia. Todos y cada uno de los colaboradores se siente parte activa de la Subgerencia y por lo tanto de la Institución, la respetan, preservan su patrimonio moral y físico y contribuyen a su crecimiento y consolidación.

Honradez. Todos y cada uno de los colaboradores de la Subgerencia se caracterizan por ser escrupulosos en el cumplimiento de sus deberes, sus compromisos, sus responsabilidades y tareas.

Calidez. Los colaboradores de la Subgerencia se comprometen por igual a brindar un trato humanizado en la gestión del cuidado de enfermería, en la relación con los colaboradores y con todas las personas que reciben los servicios de la Subgerencia.

Confidencialidad. Los colaboradores de la Subgerencia guardan el secreto profesional en todos los mementos del cuidado de enfermería y aún después de la muerte de la persona.

VISIÓN

La subgerencia Servicios de Enfermería del Hospital Universitario de Santander, será líder a nivel local, regional y nacional, en la creación de un modelo de Enfermería docente-asistencial que genere nuevos estilos de servicios de enfermería, dirigidos a la población vulnerable del nororiente Colombiano, armonizando la ciencia, la tecnología, la investigación y la productividad, con los más altos valores éticos y de asistencia humanizada.

MISIÓN

La subgerencia de Servicios de Enfermería del Hospital Universitario de Santander, es una unidad conformada por un equipo cualificado, científico, técnico y humano, que brinda un cuidado de excelente calidad a las personas, familia y comunidad del nororiente Colombiano, para satisfacer oportuna e integralmente sus necesidades y expectativas, y contribuir así al mejoramiento de su calidad de vida.

Su compromiso con el cuidado de las personas, la formación del talento humano, la investigación y la gestión transparente, se fundamenta en los principios éticos de la profesión, las políticas del sistema de seguridad social y de la institución, en el trabajo armónico e interdisciplinario y en el respeto por la dignidad de la persona.

OBJETIVOS

Proporcionar un servicio de enfermería integral, cualificado a nivel intra y extrahospitalario que sea oportuno, responsable, personalizado y humanizado para lograr la satisfacción de la persona que requiere el cuidado.

Armonizar el cuidado de enfermería con la ciencia, la tecnología, la investigación y la productividad, con el propósito de brindar un cuidado actualizado, basado en evidencia científica y que contribuya a alcanzar los objetivos del HUS frente a la rentabilidad social.

Generar ingresos con rentabilidad financiera, a través de la innovación de servicios de enfermería, que contribuyan a ampliar la cobertura del HUS.

Integrar, estructurar y actualizar de manera dinámica y permanente los procesos administrativos, asistenciales, académicos e investigativos que permita crear nuevos estilos de servicios de enfermería.

ANEXO B

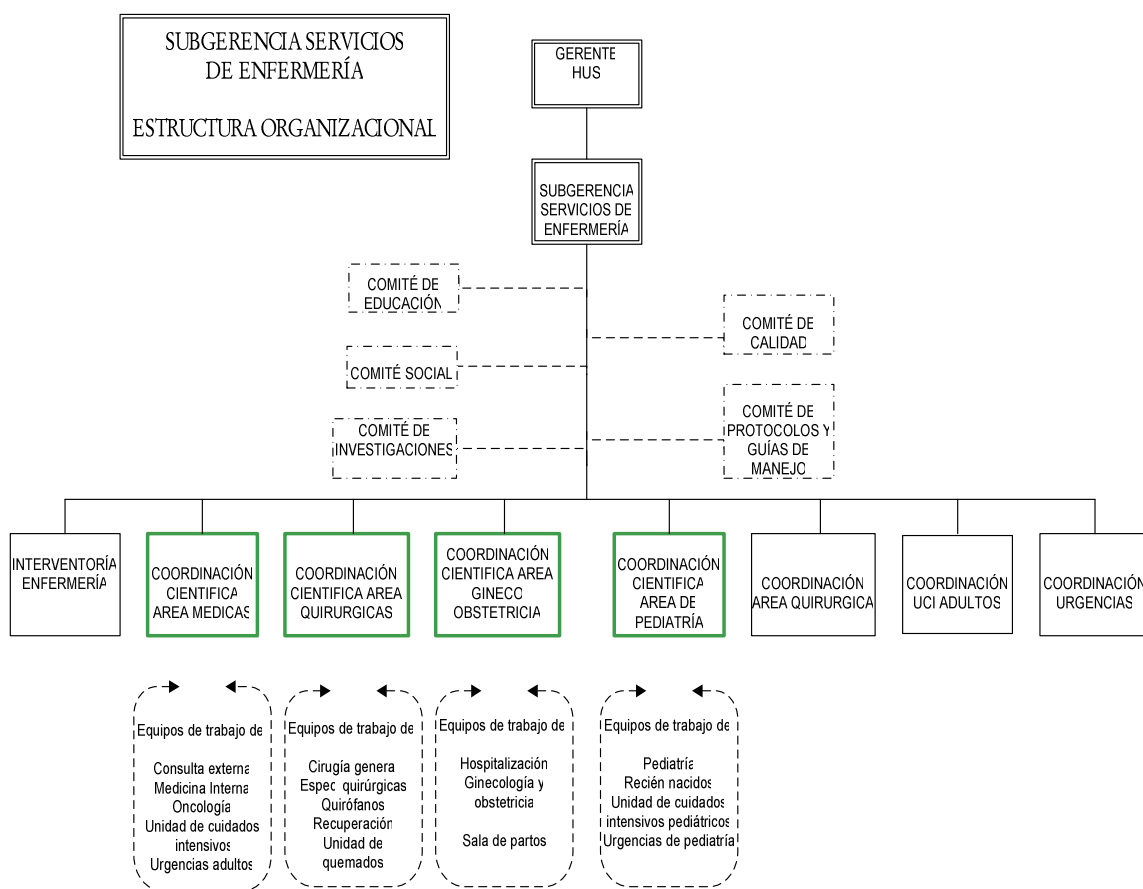
CUADRO DE MANDO INTEGRAL SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA 2006

MARCO INSTITUCIONAL	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES
PRODUCCIÓN	GENERAR VALOR AGREGADO CON EL PROGRAMA HUS EN SU HOGAR	Número de Visitas a pacientes en su HOGAR
		Número de pacientes Ingresados al programa HUS en su HOGAR
		DIAS DE HOSPITALIZACIÓN GANADOS POR PROGRAMA HUS EN SU HOGAR
PRODUCTIVIDAD	ADMINISTRAR LA PRODUCTIVIDAD DE LA SUBGERENCIA	Programa 'Rendimiento de Servicios de Enfermería en MEDICINA INTERNA
		Programa 'Rendimiento de Servicios de Enfermería en ESPECIALIDADES QUIRURGICAS (OCTAVO PISO)
		Programa 'Rendimiento de Servicios de Enfermería en ESCANOGRFÍA
		Programa 'Rendimiento de Servicios de Enfermería en RECIEN NACIDOS
CRECIMIENTO	Adelantar proyectos para Mejorar Imagen, Cobertura e Ingresos	PROYECTO HUS EN SU HOGAR (AMPLIACIÓN A MEDICINA INTERNA, PEDIATRIA Y GINECOLOGIA)
		PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA
		PROYECTO CONSULTA DE ENFERMERÍA
	GESTIONAR INSUMOS DE ENFERMERIA	PROYECTO DE CONTROL DE COSTOS
COSTOS	Evaluar y comparar costos por eventos claves	Total Facturado por PACIENTES VISITADOS EN SU HOGAR
		Costos Totales de PACIENTES VISITADOS EN SU HOGAR
		Margen Asistencial PROGRAMA HUS EN SU HOGAR
		EXCEDENTES PROGRAMA HUS EN SU HOGAR
ACADEMIA	Mejorar oferta de servicios asistenciales a la academia	Número de estudiantes en práctica de ENFERMERÍA
		Número de estudiantes en práctica de AUXILIARES DE ENFERMERÍA
		Número de estudiantes en práctica de ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO
	Incrementar la CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA del HUS con el Apoyo Docente	Programa para medir el Número DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS LEVANTADAS
		Programa para medir el Número DE ACTIVIDADES CORRECTIVAS DESARROLLADAS
		Número DE EVALUACIONES AL PERSONAL DE ENFERMERIA REALIZADAS POR DOCENTES

		Número DE PRODUCTOS ENTREGADOS Y APLICADOS
PROCESOS	Cumplimiento de procesos claves de éxito para IMPACTAR EN LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	PROGRAMA DE AUDITORÍA EN ENFERMERÍA
		NUMERO DE PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA ENTREGADOS
		IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS
		PROGRAMA DE INTERVENTORIA DE CONTROL Y APOYO PARA MEJORAR CALIDAD DE LOS COMPROMISOS DE LOS PROVEEDORES DE PERSONAL
	INVESTIGACIÓN DE Y EN ENFERMERIA	NÚMERO DE INVESTIGACIONES REALIZADAS EN ÁREAS ADMINISTRATIVA, ASISTENCIAL Y AMBULATORIA
	GESTIÓN HUMANA	NUMERO DE COLABORADORES DE LA SUBGERENCIA DE ENFERMERÍA CERTIFICADOS EN DIFERENTES ÁREAS
		TOTAL DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE DESARROLLO HUMANO
		EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE LA SUBGERENCIA
		NUMERO DE ACTIVIDADES DE RECONOCIMIENTO PARA MOTIVAR E INCENTIVAR AL PERSONAL DE LA SUBGERENCIA

ANEXO C

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA



Escuela de enfermería de la UIS

ANEXO D

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	LISTA DE CHEQUEO REGISTROS DE ENFERMERÍA	SUGERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA PROGRAMA GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
Nombre del Servicio: _____		Fecha: D ___ M ___ A ___
Persona Auditada: _____		Cargo _____
Persona Auditor(a) _____		Cargo _____
CARACTERÍSTICA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	SI	NO
1. Anota en forma completa y clara los datos de identificación de la persona enferma verificando los mismos en la hoja frontal		
2. Numera en forma secuencial cada una de las hojas de los registros de enfermería		
3. Escribe la fecha completa, como mínimo una vez al inicio del turno y al comienzo de cada página		
4. Registra el número de la historia clínica asignado, el número completo (alfanumérico) de la cama en donde se encuentra la persona		
5. Registra en los formatos correspondientes		
6. No deja espacios en blanco en las hojas de registros		
7. Registra las anotaciones en los registros de enfermería inmediatamente termina la actividad.		
8. Registra en la historia clínica el ingreso de la persona enferma a la institución documentando la valoración inicial en forma completa, anota los objetos personales que trae la persona, así como el nombre de la persona que lo recibe.		
9. Registra en forma clara, el estado de la persona enferma al ingreso y cada vez que inicia turno. No omite datos relevantes para definir el plan de cuidados del turno. Incluye (estado general de conciencia, hemodinámica, respiratorio, sistemas de asistencia: Oxígeno terapia, sondas, catéteres, tubos, drenajes, heridas).		
10. Redacta sin faltas de ortografía y con una gramática correcta.		
11. No utiliza abreviaturas en las anotaciones.		
12. Escribe con tinta negra no borrrable		
13. Registra las anotaciones en forma legible.		
14. Registra los cuidados de enfermería o medicamentos después de administrarlos		
15. Documenta en forma cronológica y coherente, los resultados de las intervenciones de Enfermería.		
16. Registra en forma clara al terminar el turno, el estado general de conciencia, hemodinámica, respiratorio, procedimientos que deben ser realizados en forma continua durante los turnos y los que quedaron pendientes a realizar.		
17. La persona que realiza las anotaciones registra los nombres y apellidos completos.		
18. Registra en forma completa todas las constantes vitales (TA, FR, FC, T°) controladas en cada uno de los turnos.		
19. Registran cantidades y clases de líquidos administrados y eliminados y se realizan balances en cada turno.		
20. Realiza el balance a las 24 horas, teniendo en cuenta cuadro clínico, diagnóstico, evolución y órdenes médicas.		
21. Se registra en la hoja de medicamentos la totalidad de los datos (tipo, presentación, dosis, vía, frecuencia) nombre completo de la persona que lo administró y la enfermera que revisó		

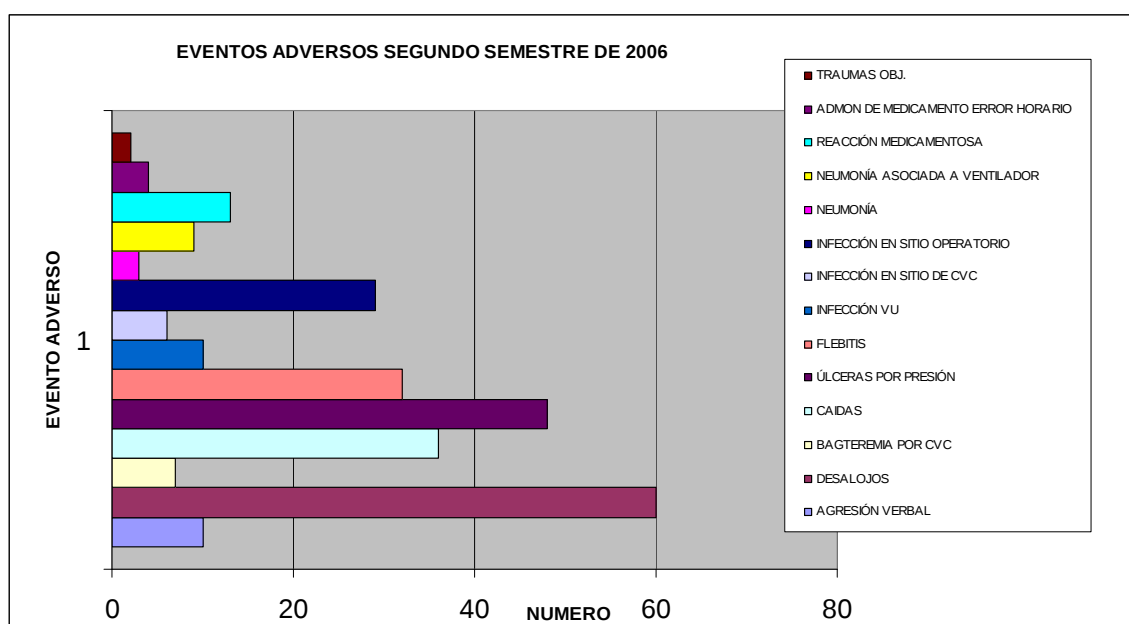
22. Registra en forma completa los procedimientos de enfermería realizados a la persona (curaciones, cateterismos, paso de sondas, otros).		
23. Registra en forma completa y en todos los turnos las monitorías especiales realizadas al enfermo y en las hojas correspondientes (Hoja neurológica, monitoría hemodinámica, ventilatoria, glucometrías, curva térmica, curva frecuencia cardiaca y respiratoria)		

ANEXO E



SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA

PROGRAMA GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL
CUIDADO DE ENFERMERÍA



ANEXO F

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	LISTA DE CHEQUEO ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE LA ENFERMERA	SUGERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA		
		PROGRAMA GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA		
Nombre del Servicio: _____		Fecha: D ____ M ____ A ____.		
Persona Auditada: _____		Cargo _____		
Persona Auditor(a) _____		Cargo _____		
INDICADOR		SI	NO	NA
ENFERMERA QUE ENTREGA TURNO				
1. Reorganiza el personal si es necesario.				
2. Coordina y lidera el cambio de turno.				
3. Saluda a la persona enferma llamándola por su nombre				
4. Utiliza la historia clínica y el plan de cuidados para el proceso				
5. Informa sobre los signos vitales, estado de ánimo, estado neurológico, estado hemodinámico, estado de los accesos vasculares, infusiones endovenosas, balance hídrico, estado de heridas y soporte nutricional según corresponda.				
6. Informa sobre los procedimientos realizados durante el turno, resultados de los mismos y procedimientos pendientes				
7. Comenta aspectos relacionados con la familia de la persona, si estos son relevantes para el cuidado de la persona				
8. Informa sobre las necesidades administrativas requeridas en el proceso de atención a la persona.				
9. Realiza reporte de accidentes de trabajo o incidentes laborales.				
10. Realiza reporte de las personas fallecidas durante el turno.				
11. Realiza reporte de enfermedades de notificación obligatoria.				
12. Clarifica inquietudes que puedan surgir durante la valoración de la enfermera que recibe.				
13. Se despide de la persona enferma llamándola por su nombre				
14. La información suministrada en el proceso debe ser clara, concreta y concisa, evitando comentarios inapropiados.				
ENFERMERA QUE RECIBE TURNO				
1. Verifica la presencia y puntualidad del personal programado para el turno.				
2. Saluda a la persona enferma llamándola por su nombre				
3. Revisa el plan de cuidados para ir corroborando los informes respecto a la atención de cada persona				
4. Verifica los registros diligenciados por la auxiliar de enfermería en la historia clínica				
5. Interroga a la persona sobre su estado general				
6. Revisa en la persona: sitios de venopunción, catéteres, soluciones endovenosas, heridas, drenajes y estado de la piel.				
7. Al finalizar la entrega de las personas, verifica la dotación del carro de paro, implementos del servicio y recibe un informe sobre novedades administrativas.				
8. Revisa los medicamentos (cantidad, nombre y presentación) los corrobora con la tarjeta de medicamentos y la hoja de administración de medicamentos de cada persona. Una vez terminada la revisión, firma en la hoja de administración de medicamentos				

ANEXO G.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	LISTA DE CHEQUEO LAVADO DE MANOS	SUGERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA		
		PROGRAMA GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA		
Nombre del Servicio: _____		Fecha: D ____ M ____ A ____.		
Persona Auditada: _____		Cargo _____		
Persona Auditor(a) _____		Cargo _____		
INDICADOR		SI	NO	NA
LAVADO CLÍNICO-				
15. Retira todos los objetos que tenga en las manos y antebrazo.				
16. Adopta una posición cómoda frente al lavamanos sin entrar en contacto con él y abre la llave regulando la presión.				
17. Enjuaga sus manos permitiendo que el agua caiga desde el tercio distal del antebrazo hacia los dedos				
18. Aplica una cantidad suficiente (3c.c.) de Clorhexidina o Isodine Espuma sobre manos.				
19. Fricciona enérgicamente palma con palma (10 veces)				
20. Fricciona enérgicamente los dorso de las manos (10 veces)				
21. Fricciona en forma circular cada dedo (10 veces cada dedo)				
22. Continúa frotando el antebrazo en forma circular desde las manos hasta el 1/3 medio inferior del antebrazo, ó 4 cm. por encima de la muñeca.				
23. Se seca con toallas de papel desechables.				
24. Cierra la llave con la toalla de papel si el dispositivo es manual.				
LAVADO QUIRÚRGICO				
9. Retira todos los objetos que tenga en las manos y antebrazos, se coloca el tapabocas.				
10. Adopta una posición cómoda frente al lavamanos sin entrar en contacto con él.				
11. Abre el paso del agua regulando la presión y el volumen.				
12. Enjuaga sus manos permitiendo que el agua caiga desde los dedos hacia el codo.				
13. Aplica una cantidad suficiente (3c.c.) de Isodine Espuma o Clorhexidina sobre manos y antebrazos				
14. Friccione enérgicamente palma con palma (10 veces)				
15. Friccione enérgicamente los dorso de las manos (10 veces)				
16. Friccione en forma circular cada dedo (10 veces cada dedo)				
17. Frota los espacios interdigitales (10 veces)				
18. Limpia las uñas.				
19. Continúa frotando el antebrazo en forma circular desde las manos hasta el 1/3 medio superior del antebrazo				
20. Finalmente enjuagua de tal manera que el agua caiga desde la yema de los dedos y se deslice por el antebrazo				
21. Aplica nuevamente una cantidad suficiente (3c.c.) de Isodine Espuma o Clorhexidina sobre manos y antebrazos.				
22. Fricciona enérgicamente palma con palma (10 veces)				

23. Fricciona enérgicamente los dorso de las manos (10 veces)			
24. Fricciona en forma circular cada dedo (10 veces cada dedo)			
25. Frota los espacios interdigitales (10 veces)			
26. Mantiene las manos en posición más alta que los codos, se dirige a la sala correspondiente sin rozar la zona lavada con objetos extraños			
27. Se seca con una compresa estéril o toalla de papel.			
28. Evita el contacto con superficies potencialmente contaminadas.			

ANEXO H

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	LISTA DE CHEQUEO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO	SUGERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA PROGRAMA GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
Nombre del Servicio: _____		Fecha: D__M__A__.
Persona Auditada: _____		Cargo _____
Persona Auditor(a) _____		Cargo _____
INDICADOR	Si	No
ENFERMERA(O) O AUXILIAR DE ENFERMERÍA	NA	
1. Prepara todo los insumos necesarios para la inserción del catéter.		
2. Elabora los rótulos del equipo de venoclisis, el buretrol y de la solución, con la fecha y hora del procedimiento.		
3. Realiza lavado de manos aplicando el protocolo de la institución.		
4. Explica el procedimiento, solicita el consentimiento informado verbal a la persona y/o familia, informa las posibles molestias, solicitándole se mantenga tranquila.		
5. Selecciona el catéter adecuado según la edad, contextura de la persona, calibre de la vena y el objetivo de la venopunción.		
6. Valora los posibles sitios de venopunción con el fin de detectar signos de infección, accesibilidad, seleccionando la vena teniendo en cuenta, ir de la parte distal a la proximal de la extremidad.		
7. Realiza las siguientes actividades para lograr la dilatación de una vena: Coloca la extremidad del paciente a un nivel más bajo del corazón. Solicita a la persona que abra y cierre la mano. Frota el área para calentar la piel. Da golpes suaves sobre la vena; (No en persona oncológica).		
8. Palpa suavemente la vena haciendo presión para reconocer su elasticidad.		
9. Realiza limpieza exhaustiva con Clorhexidina, y corte el vello si es necesario.		
10. Coloca el torniquete 10 a 12 cm. por encima del sitio de punción en los adultos, y en los niños a una distancia prudencial de acuerdo a la longitud de la extremidad.		
11. Se coloca los guantes limpios		
12. Realiza asepsia de la piel con una torunda estéril impregnada en alcohol etílico al 70%; repite 3 o más veces éste procedimiento y deja secar		
13. Realiza la punción de la piel colocando la guía del catéter en ángulo de 45 grados, con el bisel hacia arriba y lo introduce hasta perforar la vena.		
14. Cuando obtiene retorno de sangre retira parcialmente la guía y al mismo tiempo avanza el catéter hasta introducirlo completamente en la vena, en ángulo de 15 grados.		
15. Suelta el torniquete. Aplica presión digital suave por encima de la piel, a nivel de la punta del catéter, mientras retira totalmente la guía, evitando la salida de sangre.		
16. Conecta el equipo de venoclisis previamente purgado o el catéter salinizado y verifica permeabilidad de la vena.		
17. Limpia y seca por completo los residuos de solución o sangre que		

hayan quedado en la unión del catéter y la piel de la persona.			
18. Coloca un esparadrapo debajo de la unión del catéter con el equipo, para evitar lesionar la piel con el borde del mismo y coloca el inmovilizador según necesidad.			
19. Rotula el sitio de punción, con fecha y hora, número del catéter, inicial del nombre y apellido completo de quien realiza el procedimiento			
20. Si coloca el adaptador, saliniza con 2cc de solución salina.			
21. Desecha los elementos según el protocolo.			
22. Deja el sitio ordenado y limpio.			
23. Realiza el lavado de manos según el protocolo.			
24. Registra en las anotaciones de enfermería: fecha, hora, procedimiento realizado, tipo y cantidad de solución instalada, goteo, nombre completo y firma de la persona que realiza el procedimiento y nombre de quien la acompañó en el mismo.			

ANEXO I



ACTA N°

FECHA: ____/____/_____/ HORA _____ LUGAR _____

ASISTENTES:

ORDEN DEL DÍA

1. Verificación del quórum
2. Lectura y aprobación del orden del día
3. Lectura del acta anterior
4. Revisión de tareas
- 5.
- 6.
- 7.

PROBLEMA O TEMÁTICA	ANÁLISIS	TAREAS Y COMPROMISOS	RESPONSABLES

PROBLEMA O TEMÁTICA	ANÁLISIS	TAREAS Y COMPROMISOS	RESPONSABLES

Hora de finalización

Firman en constancia:

Coordinadora

Secretaria

ANEXO J

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA
SERVICIO

REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS
PROGRAMA GARANTÍA DE LA CALIDAD
DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

INDICADOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
Nº de camas disponibles																																
Nº personas de hospitalizadas																																
Nº de egresos																																
Nº de personas con CVP																																
Nº de personas con flebitis																																
Nº de personas con CVC																																
Nº de personas con infección en sitio de CVC																																
Nº de personas con bacteremia por CVC																																
Nº de personas con SNG																																
Nº de personas con lesiones asociadas a SNG																																
Nº de personas con SV																																
Nº de personas con infección de vías urinaria asociada a SV																																
Nº de personas con herida quirúrgica																																
Nº de personas con infección sitio operatorio																																
Nº de personas con neumonía nosocomial																																
Nº personas con ventilador mecánico																																
Nº de personas con neumonía asociadas a ventilador mecánico																																
Nº de personas con reacción medicamentosa																																
Nº de personas transfundidas																																
Nº de personas con úlcera por presión																																
Nº de caídas de personas hospitalizadas																																
Nº de desalojos accidentales SNG, SV, CVP, CVC, TaT, SNY																																
Nº de personas broncoaspiradas.																																
Otros																																

CVC: Cateter venoso central. CVP: Cateter venoso periférico. TaT: Tubo a tórax. SNG: Sonda nasogátrica. SNY: Sonda nasoyetunal. SV: Sonda vesical

