



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Gestión de la calidad del cuidado de enfermería en Instituciones Prestadoras de Salud de III y IV nivel de atención en salud. Barranquilla

Marquesa Emilia Garcia Sampayo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Maestría En Enfermería

Bogotá, Colombia

2013

Gestión de la calidad del cuidado de enfermería en instituciones prestadoras de salud de III y IV nivel de atención en salud. Barranquilla

Marquesa Emilia Garcia Sampayo

**Tesis para optar al título de:
Magister en Enfermería con énfasis en gerencia servicios de salud y Enfermería**

**Directora
Ana Helena Puerto Guerrero
Magíster en Salud Pública
Magister en Educación**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Maestría En Enfermería

Bogotá, Colombia

2013

Dedicatoria

A Dios Todopoderoso y Eterno por las bendiciones que me ha otorgado y la fortaleza que me ha dado para seguir adelante en momentos difíciles.

A mi madre, hoy en el cielo, que me regaló la vida, su amor y bondad, guiándome en la senda de la rectitud, la prudencia y la disciplina.

A mi padre, quien constantemente me anima a seguir mis sueños y alienta a seguir adelante.

A mi amado esposo, compañero incondicional en el compromiso inquebrantable de servicio a la sociedad mediante el ejercicio cotidiano e incansable de la actividad docente asistencial, quien me ha brindado apoyo permanente e incondicional cuando más lo necesito.

Agradecimientos

Al cuerpo de docentes de la Maestría de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, y en especial a las profesoras Ana Helena Puerto, Directora de Tesis, Magister en Educación y Magister en Salud Pública, quien con su dedicación, paciencia, esmero y profesionalismo me dirigió durante todo este trayecto, para enfocar el proceso de investigación del tema, y a la profesora Yolanda Vega Vega, Profesora Asociada Facultad enfermería, Enfermera Magíster en Salud Pública y Especialista en Gerencia Social, por sus valiosas reflexiones y recomendaciones en torno a los aspectos metodológicos del trabajo, y en particular sobre la descripción del área problema, justificación, y orientaciones sobre la delimitación del marco teórico y marco de diseño que contribuyeron a conceder claridad y concisión en el mismo.

Resumen

Objetivos: Determinar la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería realizada por la directora del departamento o coordinación de Enfermería

Metodología: Estudio *descriptivo exploratorio* transversal Se determinó la gestión de calidad del cuidado de Enfermería en Barranquilla. Se incluyeron 8 IPS tercer nivel (A – H). Se aplicó guía de verificación, considerando el modelo de gestión hospitalaria de Varo. Cada etapa de gestión se estudió como variable y sus elementos como sub variables; medición dicotómica: SI (1), NO (0). Se cuantificó porcentualmente cada variable.

Resultados: Existen modelos heterogéneos, el promedio de elementos estructurales del sistema de gestión por IPS; A: 64%, B 52%, C 43%, D 90%, E 81%, F 45%, G 40%; H 68%. El promedio de actividades verificados en el proceso de gestión del cuidado orientado a garantizar la calidad : H con 93.75%, A 69%, D 60%, E 51%, F 17%, G 14%, La comunicación es la máxima fortaleza, la investigación la máxima debilidad,

Conclusiones. Se encontró una idea de garantía de la Gestión de la calidad del cuidado en EL37.5%.de IPS. Se requiere promover reflexiones en torno al quehacer del profesional de enfermería, entronizar la cultura de la auto-evaluación del cuidado, abrir el debate en los escenarios de formación y motivar la investigación sobre el tema

Palabras clave: Cuidado de enfermería, calidad del cuidado, Gestión del cuidado, Gestión de calidad del cuidado

Abstract

Objectives: To determine the Quality Management of Nursing Care by department head or nursing coordination

Methodology: A descriptive exploratory cross was determined management of nursing care quality in Barranquilla. We included eight IPS third level (A- H). Verification guide was applied , considering the hospital management model Varo. Each stage management was studied as a variable and its sub elements such as variables, dichotomous measure : IF (1), NO (0) . Percentage each variable was quantified.

Results: There heterogeneous models , average structural elements IPS management system : A: 64%, B 52%, C 43%, D 90% , E 81 % F45 % G 40 % 68% H : the average verified activities in the management process d care to ensure quality oriented : H with 93.75 % , a 69 % , d 60 % , E 51 % , F 17 % , G 14 % , is the highest communication strength , maximum weakness research ,

Conclusions. There was a sense of quality assurance of care in 37.5 %. IPS. It requires promote reflections on nursing task , enthrone the culture of self- evaluation of care , open debate on the stages of training and encourage research on the subject

Keywords: nursing care, quality of care, care management , quality of care management

Contenido

1. Marco referencial.....	19
1.1 Planteamiento del área problemática.....	19
1.2 Descripción del área temática.....	24
1.3 Justificación.....	26
1.4 Formulación del problema.....	30
1.5 Propósito.....	30
1.6 Objetivos.....	31
1.6.1 Objetivo general.....	31
1.6.2 Objetivos específicos.....	31
2. Marco teórico.....	33
2.1 Definición de conceptos.....	33
2.1.1 Gestión.....	33
2.1.2 Calidad.....	33
2.1.3 Cuidado de enfermería.....	34
2.1.4 Gestión de calidad.....	35
2.1.5 Gestión del cuidado de enfermería.....	36
2.1.6 Gestión de la calidad de cuidado de enfermería.....	36
2.1.7 Instituciones de tercer y cuarto nivel de atención en salud.....	37
2.1.8 Evolución histórica del concepto de calidad.....	38
2.1.9 Gestión de calidad.....	40
2.1.10 Gestión de la calidad en el área asistencial hospitalaria.....	42
3. Marco del diseño.....	49
3.1 Selección. Justificación de la selección del diseño y tipo de diseño.....	49
3.2 Población.....	49
3.3 Criterios de inclusión:.....	49
3.4 Criterios de exclusión:.....	49
3.5 Variables.....	50
3.6 Métodos técnicas e instrumentos.....	50
3.6.1 Guía de verificación y recolección:.....	50
3.6.2 Guía de Verificación.....	51
3.6.3 Técnica de medición de las variables:.....	52
3.6.4 Técnicas de recolección.....	53
3.7 Proceso.....	54
3.8 Plan de recolección de la información.....	55
3.9 Guía de verificación.....	55
3.10 Unidad de análisis.....	55
3.11 Plan de tabulación y análisis.....	56
3.12 Fuentes de información.....	57
3.13 Riesgos del diseño.....	58
3.13.1 Sesgo de no respuesta o efecto del voluntario:.....	58
3.14 Aspectos éticos.....	58
3.14.1 Riesgo-Beneficio.....	59
3.14.2 Principios éticos.....	59
4. Resultados.....	61
4.1 Estructura organizativa de la dependencia de enfermería en la IPS.....	61
4.1.1 Estructura organizativa de la dependencia de enfermería.....	63

4.1.2	Estructura del sistema de gestión del cuidado en la IPS	64
4.1.3	Planeación de la calidad del cuidado.....	64
4.1.4	Organización para la calidad del cuidado de enfermería	67
4.1.5	Control y mejora de la calidad del cuidado de enfermería	69
4.2	Gestión de calidad del cuidado de enfermería.....	71
4.2.1	Relación docencia servicio	71
4.2.2	Modelo de cuidado	72
4.2.3	Proceso cuidador	74
4.2.4	Modelo de gestión de calidad del cuidado	75
4.3	Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS.....	77
4.3.1	Satisfacción del cliente interno	77
4.3.2	Satisfacción del cliente externo	78
4.3.3	Control de eventos adversos.....	79
4.3.4	Impacto de la gestión de calidad del cuidado en la costo efectividad de la asistencia sanitaria en la IPS	81
4.4	Resultados consolidados de la aplicación de la guía de verificación	82
5.	Discusión y análisis.....	87
5.1	Plataforma estratégica institucional y estructura organizativa de la dependencia de enfermería.	87
5.1.1	Estructura organizativa de la dependencia de enfermería. (Tabla 2).....	89
5.1.2	Estructura del sistema de gestión de la calidad del cuidado de enfermería en la IPS.....	90
5.1.3	Elementos estructurales para la planeación de la calidad del cuidado	90
5.1.4	Elementos de la organización para la gestión de calidad del cuidado	94
5.1.5	Elementos estructurales para el control y la mejora de la calidad del cuidado.....	98
5.2	La gestión de calidad del cuidado – (como proceso-).....	99
5.2.1	Gestión de calidad del cuidado en la relación docencia servicio.....	99
5.2.2	Gestión de la calidad del cuidado y el modelo de cuidado.....	99
5.2.3	Gestión de calidad del cuidado . El proceso cuidador en la IPS	100
5.2.4	El sistema de gestión y aseguramiento de la calidad del cuidado en la institución.....	102
5.2.5	Resultados de la auto-evaluación de la gestión de calidad del cuidado en la IPS	103
5.2.6	Satisfacción del cliente interno	104
5.2.7	Control de eventos adversos:.....	105
5.2.8	Impacto de la gestión de calidad del cuidado en la costo efectividad de la asistencia sanitaria en la IPS	105
6.	Conclusiones y Recomendaciones	107
6.1	Conclusiones	107
6.2.	Recomendaciones	110

Lista de figuras

	Pag.
Figura 1. Elementos de la plataforma estratégica institucional	59
Figura 2. Elementos de la plataforma estratégica de enfermería	61
Figura 3. Elementos de la estructura de la variable planeación de la calidad del cuidado	62
Figura 4. Elementos de la estructura de la variable organización para la calidad del cuidado	65
Figura 5. Elementos de la estructura de la variable control y mejora calidad del cuidado	67
Figura 6. Gestión de calidad del cuidado en la relación docencia - servicio	69
Figura 7. Gestión de calidad del cuidado en la relación docencia - servicio	71
Figura 8. Gestión de calidad del cuidado en el proceso cuidador en la IPS	72
Figura 9. Gestión de calidad del cuidado en el modelo de gestión de la calidad del cuidado en la IPS	73
Figura 10. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado satisfacción del cliente interno	75
Figura 11. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado satisfacción del cliente interno	76
Figura 12. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado control de eventos adversos	78
Figura 13. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado: impacto el costo-efectividad de la atención sanitaria	79

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Elementos de la plataforma estratégica institucional de las IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011	59
Tabla 2. Elementos de la plataforma de Enfermería de las IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	60
Tabla 3. Elementos del sistema de gestión del cuidado de enfermería, variable planeación de calidad del cuidado, en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	62
Tabla 4. Elementos que conforman la estructura del sistema de gestión del cuidado en la variable organización a nivel táctico para la calidad del cuidado de en IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	64
Tabla 5. Elementos que conforman la estructura del sistema de gestión de calidad del cuidado, en su variable Control y Mejora Continua del cuidado de enfermería, en IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	67
Tabla 6. Gestión de calidad del cuidado, en el sub-tema: Relación docencia-servicio, en IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	69
Tabla 7. Gestión de calidad del cuidado, en el sub-tema: Modelo de cuidado de la IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	70
Tabla 8. Gestión de calidad del cuidado, sub-tema: proceso cuidador en las IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	71
Tabla 9. Gestión de calidad del cuidado, sub-tema: Modelo de gestión de la calidad del cuidado en las IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	73
Tabla 10 Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS en el nivel táctico, mediante auto evaluación de la coordinación. Sub tema: satisfacción del cliente interno en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	75

Tabla 11 Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS en el nivel táctico, mediante auto evaluación del coordinación, Sub tema: satisfacción del cliente externo en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	76
Tabla 12. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS en el nivel táctico, mediante auto evaluación de la coordinación de enfermería. Sub tema: control de eventos adversos, en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	77
Tabla 13. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS en el nivel táctico, mediante auto evaluación de la coordinación de enfermería. Sub tema: impacto de la gestión de calidad del cuidado en el costo-efectividad de la atención sanitaria en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.	79
Tabla 14. Resultados consolidados (promedio de todas las IPS) por variables y sub-variables en gestión de la calidad del cuidado de enfermería en IPS de tercer y cuarto nivel.	80
Tabla 15. resultados (mediciones promedios) de las variables y sub variables por IPS en la gestión de la calidad del cuidado de enfermería en IPS de tercer y cuarto nivel.	82

Introducción

La presente investigación Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería en las Instituciones de Salud (IPS) de III y IV nivel de atención en Salud corresponde a la Línea de Investigación Gerencia en Salud y Enfermería y da respuesta a una necesidad de abordar la temática que ésta ha sido poco indagada en Enfermería; se llevó a cabo en la ciudad de Barranquilla, en el último trimestre del 2010 y primer semestre del 2011

La calidad es una temática que se ha venido trabajando a través del tiempo con diferentes enfoques y ha evolucionado desde el control de la Calidad donde se interpretó como inspección de la calidad, luego como control de calidad, posteriormente se asume como aseguramiento de la calidad, posteriormente como calidad total, luego se asume como gestión de la calidad, en éste se hace énfasis en: el cliente, gestión por procesos, mejoramiento continuo y el bienestar organizacional¹.

En salud el Sistema de Seguridad social² plantea el principio de la Calidad como *“Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”* y se reglamenta mediante el decreto 1011 de 2006, este decreto también define la calidad de la atención en Salud *“ Se entiende como la previsión 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 logra adhesión y satisfacción de dichos usuario”*

Además, se aborda esta temática teniendo en cuenta que enfermería como profesión liberal y disciplina social³, tal como se encuentra definido en la ley 266 de 1996, el artículo 3, del Capítulo II; de igual manera se contempla el capítulo I, en el artículo 2, en este se define los principios para el ejercicio de la profesión, y en el numeral 2 dice:

¹ ALARCON NÚÑEZ, Viviana Marcela. Documentación, implementación y evaluación de la calidad en Ecogas, basado en los lineamientos de la Norma NTC ISO 9000: 2000. [trabajo de grado]. Programa de ingeniería industrial. Escuela de estudios Industriales y Empresariales Ingeniería Industrial, Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. 2005, p. 24 -29.

² COLOMBIA. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011 (Enero 19) "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 3, numeral 3.8. Bogotá: Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

³ COLOMBIA. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, capítulo II, artículo 3. Bogotá: Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996.

“La Calidad orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico científicos, sociales, humanos y éticos...” Así mismo en el capítulo VI en el artículo 19 el Cuidado de Enfermería se debe asumir con Calidad científica, técnica social, humana y ética”

Otro aspecto que se tiene en cuenta para el desarrollo de este trabajo es el modelo de Gestión Hospitalaria definido por Jaime Varo quien aborda La Gestión de calidad como una función directiva que desarrolla y aplica la política de calidad a través de cuatro procesos: planificación de la calidad, organización de la calidad, control y mejora de la calidad, enmarcados en la dirección estratégica de la empresa⁴.

Dentro del contexto planteado anteriormente se desarrolla esta investigación, plantea en el Capítulo I, el marco referencial en donde se hace el planteamiento del problema, la descripción del área temática, la formulación del problema, el propósito de la investigación, sus objetivos.

En el capítulo II se desarrollan los conceptos relacionados con la investigación como son: Gestión, Gestión de la Calidad, Calidad; Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería, Instituciones Prestadoras de salud de tercer nivel de atención en Salud., y se desarrolla el Marco Teórico conceptual, en donde se abordan las temáticas: planificación de la Gestión de la Calidad, organización de la Gestión de la Calidad, control y mejora de la Gestión de la Calidad. Siguiendo el modelo de Jaime Varo como se planteó anteriormente.

En el Capítulo III se define el marco de diseño: tipo de estudio, población, criterios de inclusión, criterios de exclusión, variables, métodos, técnicas e instrumentos, proceso, plan de recolección de la información, guía de verificación, unidad de análisis, plan de tabulación, fuentes de información, riesgo de diseño y aspectos éticos.

En el Capítulo IV se plantean los resultados, la discusión, del estudio

Y Finalmente, en el capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones que con ellos se pretende aportar a la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería a las IPS de Tercer Nivel de atención en Salud.

⁴ VARO, Jaime. La gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos. 1994, p. 189.

1.Marco referencial

1.1 Planteamiento del área problemática

La calidad es un concepto que ha evolucionado a través del tiempo, con el quehacer humano, e históricamente ha variado desde la que se espera de una labor artesanal individual hasta la que se obtiene de un proceso complejo de trabajo industrializado, como producto de una planeación y gestión.

En lo atinente a la gestión de calidad, según Miranda, Chamorro y Rubio, se observan cuatro grandes enfoques que suelen considerarse en la gestión de calidad: inspección interpretada como inspección, control de la calidad aseguramiento de la calidad y Gestión de la Calidad total. Cada enfoque se amplía con los planteamientos del anterior, sin que se produzcan rupturas e incluso siendo posible la aplicación de dos enfoques⁵.

Según estos autores, “si tuviesen que caracterizar la orientación cada enfoque en una sola palabra, se asociaría la inspección a los productos, el control a los procesos, el aseguramiento a los sistemas, y la gestión de calidad a todas las personas. sin embargo estos autores consideran que los dos primeros enfoques (inspección y control de calidad) no deberían considerarse enfoques de gestión propiamente dichos, ya que se limitan a “solventar los problemas una vez aparecen”, por lo que consideran que los dos grandes enfoques de gestión serían el aseguramiento de la calidad y la gestión de la calidad total.⁶

La Calidad fue asumida en Salud como se planteo anteriormente por el Sistema de Seguridad Social en Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) aplican Sistema Obligatorio de la Calidad hecho que los lleva a generar procesos para habilitarse con miras a la Acreditación.

Así mismo las IPS para prestar sus servicios se han organizado siguiendo el enfoque de Planeación Estratégica y al definir la plataforma estratégica definen la política de Calidad que rige a la institución, así mismo han abordado la gestión con el enfoque de procesos, y definen un Plan Operativo Anual (POA), igualmente definen un Sistema de Gestión de la Calidad para la Institución.

Enfermería debe garantizar el Cuidado de la Vida y la Salud de las personas que corresponde a la oferta del Cuidado de enfermería al cliente externo, y para lograrlo,

⁵ MIRANDA, Francisco; CHAMORRO, Antonio y RUBIO, Sergio. Introducción a la Gestión de Calidad. Madrid: Delta Publicaciones. 2007, p. 19.

⁶ Ibid.

cada profesional de enfermería debe internalizar este marco de referencia en sus intervenciones a partir de la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería definida por un Departamento o Coordinación de Enfermería, y debe haber una coherencia entre el nivel estratégico y el nivel operativo.

Desde la perspectiva de enfermería para Gestionar la Calidad del Cuidado debe asumir los principios del Cuidado planteados en la ley 266 de 1996 en su artículo 3, ellos son: la dialogicidad, principio que exige del profesional una comunicación permanente con el usuario; la individualidad, implica un reconocimiento del usuario como persona única e irrepetible; continuidad: principio que exige una oferta del Cuidado permanentemente, es decir veinticuatro horas continuas; integralidad principio que lleva al profesional de enfermería a comprender al usuario en sus diferentes dimensiones, así como reconocer que pertenece a un grupo familiar y a otros grupos; oportunidad representa ofrecer un Cuidado en el momento que el usuario lo necesita y de acuerdo a la complejidad de la situación del mismo. Esto significa que el profesional de enfermería hace una práctica social de enfermería con calidez y calidad humana, técnica y científica.

Otro de los artículos de la ley 266 de 1996 que deben tener en cuenta los profesionales de enfermería que están en un Departamento o en una Coordinación de Enfermería es el artículo, 17 y el artículo 19, estos orientan, la Gestión de la Calidad del Cuidado estos se refieren a la organización, dirección, control y evaluación de los servicios de enfermería en las instituciones de salud, a través de una estructura orgánica y funcional. También los profesionales de enfermería deben vigilar la conformación cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos de enfermería que requieran las instituciones de salud. Con relación al artículo 17 se debe tener presente las competencias profesionales enunciadas: Numeral 4 que dice Dirigir servicios de enfermería y el numeral 6 que hace referencia a Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración entre otras.

Igualmente, para garantizar la Calidad del Cuidado de Enfermería se debe tener en cuenta la ley 911 del 2004 que reglamenta las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, en su artículo 5 dice:

“Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, registros para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoría de servicios y medidas de seguridad que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del Acto de Cuidado de Enfermería.”

El profesional de Enfermería reconoce que la calidad del Cuidado de Enfermería se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio recibido, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta este servicio de Cuidado de Enfermería Significa que el profesional de enfermería debe tener cualidades humanas como la calidez y principios como la integralidad, la individualidad, la dialogicidad, la oportunidad principios que confluyen hacia la Calidad del Cuidado de Enfermería, de tal manera que el usuario recupere la salud y vuelva prontamente a su medio familiar y a su colectivo de acuerdo a la etapa del ciclo vital que este viviendo.

Ahora, en esta investigación, se asume la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería y lo anteriormente enunciado, se convierte en un marco de referencia que facilita y orienta al profesional de enfermería desarrollar su práctica social de enfermería con idoneidad, calidad. Así mismo proporciona los elementos para hacer un análisis confrontando la realidad del ejercicio profesional con el deber ser.

A partir de los elementos normativos, teóricos y conceptuales ha permitido en la cotidianidad haber tenido la oportunidad de observar, vivenciar y reflexionar, sobre la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería. Gestión que realizan las directoras de departamento o coordinadoras de enfermería responsables de orientar y dar los lineamientos sobre el Acto de Cuidado de Enfermería a las/los profesionales de enfermería y den respuesta a los propósitos del Cuido y a las necesidades de los clientes externos o usuarios.

La experiencia laboral, enriquecida por los conocimientos de la especialización en Gerencia de los Servicios de Salud, ha permitido en ese escenario, la oportunidad de Dirigir el Servicio de Enfermería⁷, liderar la Gestión de la Calidad del Cuidado y socializarlo con los profesionales del área operativa asignados a cada unidad de atención.

De la práctica, surge el interés de indagar, sobre el fenómeno de la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería en las IPS de III y IV Nivel de Atención en Salud, en Barranquilla, en la Coordinación de enfermería⁸ la dependencia responsable de realizar esta gestión, en el contexto de la Política de Calidad, definida por el nivel estratégico de las organizaciones, en esta investigación corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS).

Desde esa perspectiva, es importante para la Directora de Departamento de Enfermería o coordinación de enfermería, mantenga la articulación entre los diferentes niveles de la organización: estratégico, táctico y operativo, lo cual se logra mediante el conocimiento de la misión, visión, valores corporativos, objetivos estratégicos, la política de calidad y el mapa de procesos. También se debe conocer y comprender el Plan estratégico, aunque la construcción de este debe ser participativo, de tal manera que facilita proyectar el Plan de Acción de la dependencia, a partir del Plan Operativo Anual (POA), de la Institución, en donde se visualiza la Gestión: de talento humano, de los recursos materiales, de la información y de la atención de enfermería, con la lógica de direccionar el equipo de profesionales de enfermería, técnicos de enfermería y personal de apoyo, con el que cuenta; con el fin de delegar y asignar responsabilidades teniendo presente el perfil del cargo del personal mencionado anteriormente, para ofrecer el Cuidado de Enfermería de acuerdo a las necesidades de las personas.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad es para tener en cuenta en la Gestión de la Calidad del Cuidado de enfermería, en su generalidades y en particular en lo que

⁷ CONGRESO DE LA REPUBLICA, LEY 266, el Capítulo VI, Competencia profesional definida en el artículo 17, numeral 4.

⁸ Para esta investigación entiéndase como Coordinación de enfermería: la dependencia ubicada a nivel táctico de la organización que dirige los servicios de enfermería, o el profesional de enfermería ubicado en la coordinación de las unidades funcionales de negocio.

concierna a las acciones preventivas y de seguimiento⁹, se debe trabajar para generar una cultura de la calidad empezando por que haya autocontrol¹⁰, lo cual significa, que cada enfermera (o) en el nivel que este ubicada (o) tenga adherencia a estándares guías, protocolos y listas de chequeo, ya que estos previenen la variabilidad en desarrollo de las acciones dirigidas a los pacientes y garantizan la calidad de las mismas. Crosby dice: "La calidad no sólo no cuesta, sino que es una auténtica generadora de utilidades"¹¹, y las utilidades en salud se pueden expresar en impactos sobre el paciente, sobre la familia, en su espacio social, en lo económico y en lo Institucional.

En el proceso de Gestión de la Calidad del Cuidado de enfermería se debe tener en cuenta que los profesionales de enfermería para ofrecer un Cuidado de enfermería, utilizan para organizar sus intervenciones los métodos: el Administrativo, Proceso de Atención de Enfermería, el epidemiológico y el investigativo, que le facilitan a la enfermera (o) tomar decisiones, con base en fundamentos científicos con fines humanísticos sobre el acto de cuidado y desempeñar con claridad los roles administrativo, asistencial, educativo e investigativo y ejercer su práctica social con autonomía, en una relación interdisciplinaria.

Esto exige definir en la Gestión de la Calidad del Cuidado de enfermería un actuar con y para el sujeto de Cuidado. Significa igualmente volver a enfermería, a su Ser, al Cuidado.

Por lo tanto el profesional de enfermería debe tornar a ejercer sus funciones asistenciales, educativas, administrativas e investigativas, y no asumir otras actividades, tales como realizar llamadas telefónicas, tramitar citas, autorizaciones, trasladarse a farmacia a requerir medicamentos, o a la oficina de suministros a buscar materiales e insumos, o a servicios de apoyo diagnóstico a solicitar resultados o informes de pruebas diagnósticas, debe evitar el reducir su quehacer profesional a un activismo sin reflexión, a realizar tareas correspondientes al personal auxiliar o al patinador¹², este actuar trae como consecuencias la distorsión del sentido y significado de la profesión y por ende distorsiona la imagen social del profesional de enfermería.

A partir de lo anterior, la directora del departamento o la coordinadora de enfermería tiene la oportunidad de definir la misión, visión y objetivos de la dependencia de enfermería, coherentes con los de la IPS, así mismo construir el Plan de Acción (PA), motivando la participación del personal de enfermería y haciendo visible la política de calidad en la definición de programas, proyectos, procesos, guías, protocolos, que definen el actuar del profesional de enfermería y del auxiliar de enfermería; en segundo

⁹ COLOMBIA. Ministerio de protección social. Decreto 1011 del 2006, Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad en salud. 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. Artículo 33, numeral 1, p. 5.

¹⁰ Ibid.

¹¹ CROSBY, Philip. La comprensión. En: La calidad no cuesta, el arte de cerciorarse de la Calidad. Décima primera reimpresión. México: Compañía Editorial Continental, 1991. 238 p.

¹²Entiéndase por patinador aquella persona que realiza tareas de mensajería.

lugar, en este marco, la enfermera (o) apoyada en el modelo de gestión de la Institución, a la coordinación de enfermería aborda la Gestión de la Calidad del Cuidado de enfermería.

Otro elemento para reflexionar y desde la perspectiva empírica de la autora, es el liderazgo, al que se le debe prestar atención en el ejercicio del profesional de enfermería y que afecta la Calidad (sabiendo que ésta es un imperativo ético y legal), este no se hace visible, el trabajo del profesional de enfermería se hace rutinario y con el riesgo de incidir en la seguridad del paciente, la falta de liderazgo impide hacer visible iniciativas, innovaciones, propuestas, las orientaciones de su equipo no se evidencian, la participación en los espacios de decisión es escasa, esto trae como consecuencia el desconocimiento de enfermería y de su quehacer profesional por parte de otras profesiones, así como el desconocimiento de la capacidad de proyección social en otras áreas y campos del profesional de enfermería en los diferentes espacios y niveles de atención en salud.

De ahí la importancia de contextualizar a enfermería como servicio que oferta la atención hospitalaria por medio del Cuidado de Enfermería, que tiene un marco de referencia las leyes: 266 de 1996¹³ que como se planteo anteriormente, define a enfermería como profesión liberal y disciplina social y la ley 911 de 2004¹⁴, que precisa la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia y se establece el régimen disciplinario, estas leyes se convierten en imperativos para el ejercicio profesional; de allí se induce que la calidad del cuidado de enfermería como servicio de atención hospitalaria será atribuible a la gestión de calidad del cuidado responsabilidad correspondiente a la directora del departamento –si lo hay- o coordinación de enfermería.

Necesariamente, los objetivos de la política de calidad institucional y los procesos prioritarios que corresponden al nivel estratégico deben consolidarse en objetivos y planes del servicio de enfermería y proyectarse al nivel operativo, por lo tanto deben estar diseñados a partir de los lineamientos definidos en la Gestión de la Calidad del Cuidado, que garantice el uso racional del talento humano, los recursos materiales y el tiempo disponible, actuando con pertinencia, oportunidad y calidez.

Las/os enfermeras/os en los servicios ofertaran el Cuidado de Enfermería y deben utilizar las guías de evidencia científica, protocolos, los planes de atención que se ejecuten mediante un accionar fundamentado en evidencias científicas, sin abandonar el pensamiento crítico, creativo y brindando trato cálido y humanizado, con el

¹³ COLOMBIA. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 266 de 1996. Op. cit., p. 4.

¹⁴ COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones, De los principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería [en línea]. Bogotá: Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Disponible en Internet: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley_0911_2004.html

convencimiento de ser eficiente, eficaz y efectivo y se refleje en la satisfacción del usuario.

De esta forma, si se cumple lo mencionado anteriormente, enfermería como servicio estaría cumpliendo con un sólido aporte a la calidad que debe garantizar la IPS; contribuyendo finalmente a la acreditación institucional.

1.2 Descripción del área temática

En Colombia, la vida es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política¹⁵ de 1991; la atención a la salud es un servicio público a cargo del estado¹⁶; la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.¹⁷

Es importante tener presente el momento histórico y el contexto sociopolítico y económico en el que surge la norma, y el impacto que esto tiene al transformarse las instituciones prestadoras de servicios de salud en empresas que deben prestar servicios de calidad. Al respecto, vale la pena citar fragmentos de la publicación “Empresarización de hospitales públicos la experiencia internacional”, en el cual, su autor, Giacometti Rojas¹⁸, afirma: “Los sistemas de salud y por ende, los modelos de prestación de servicios asistenciales, han venido sufriendo profundas transformaciones en las últimas dos décadas, fenómeno resultante en buena medida, del reordenamiento económico y político del mundo con la caída del bloque socialista y las políticas de internacionalización e interdependencia de los mercados financieros y la de la información, que desde mediados de la década de los 80, se han intensificado, dentro del tan conocido proceso denominado globalización”.¹⁹

Significa el cambio de racionalidad para Colombia, como en otros países los servicios de salud, y se ve claramente determinado en el artículo 48 de la Constitución política que dice:

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a

¹⁵ COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Constitución política de Colombia 1991. Artículo 11. Bogotá: Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.

¹⁶Ibíd., Artículo 49

¹⁷Ibíd., Artículo 48

¹⁸ GIACOMETTI ROJAS, Luis F. Empresarización de Hospitales Públicos la Experiencia Internacional Delegado y Representante legal para Colombia. CHC Consultoría i Gestión SA (Barcelona – España) [en línea]. [consultado Abril 2010]. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud43/colabora.htm>.

¹⁹ Ibid.

los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”

Y expresa en el **Artículo 49:**

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción de la salud, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”²⁰

Para desarrollar el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia, el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993 y creó el Sistema de Seguridad Social Integral a cargo del Estado. La calidad en la atención en los servicios de salud, es un tema esencial y de carácter obligatorio, y por tanto se encuentra definido en el artículo 153 de la

²⁰ COLOMBIA. Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Acto legislativo 2 de 2009. Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Artículo primero. Bogotá: Diario oficial 47.570.

presente ley, Este artículo da origen al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), se establece mediante el Decreto 1011 de Abril 3 de 2006; este artículo, fue reformado, posteriormente por la ley 1438 de 2011, en cuyo artículo 3º, numeral 3.8, dice: "**Calidad**; Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada." .

Por otra parte, el SOGC obliga a las IPS públicas y privadas de todos los niveles de atención, a proporcionar las condiciones técnico-científicas (estructura, proceso) adecuadas con el nivel de atención en el que se encuentren clasificadas, de tal manera que se garantice como resultado una atención de calidad a los usuarios, en este decreto se han sustentado planteamientos en la definición del área problemática.

Las instituciones llamadas a prestar atención en salud son las IPS: en los servicios hospitalarios y ambulatorios, más para efectos de esta investigación se toman las IPS en sus servicios hospitalarios, éstas tienen una función social: recuperar la salud de personas enfermas que han demandado los servicios de salud y que la IPS tiene el deber de atender a la persona garantizándole su seguridad. Enfermería inmersa en la IPS tiene el compromiso de Cuidar a través del personal de Enfermería, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona²¹.

Se hace énfasis para los lectores de esta investigación que el "Cuidado" es Ser y Esencia de enfermería; por tanto, para garantizar la oferta de Cuidados se debe tener en cuenta los principios del ejercicio profesional²², principios y valores éticos²³, desarrollar las competencias profesionales como es el de Dirigir los servicios de enfermería y para ello debe Planear, organizar, dirigir, evaluar el Cuidado de enfermería y para garantizar la Calidad de de Gestionar la Calidad del Cuidado Enfermería. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería, como en los oferentes del Cuidado. (Satisfacción del Cliente interno y cliente externo)

1.3 Justificación

El interés investigativo se afianza, debido a que, el profesional de enfermería Coordinador o director del departamento de enfermería debe tener y desplegar habilidades²⁴: Intelectuales, conceptuales, humanas y técnicas, dado que en su quehacer cotidiano, se encuentra inmerso en una compleja interacción social con otros profesionales de la salud, personal auxiliar, de apoyo y con los Sujetos de Cuidado,

²¹ COLOMBIA. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 266 de 1996. Op. cit., p. 4.

²² Ibid.

²³ COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004. Capítulo 1, artículo 1 y 2. Op. cit., p. 5.

²⁴ KATZ, Robert. Habilidades de un Administrador. En: ROBBINS S., DECENZO D., Fundamentos de Administración. Conceptos esenciales y aplicaciones. 3a. ed. México: Editorial Person educación. 2002, p. 13.

poseedores de características singulares, comunes y complejas, apreciadas en las necesidades, expectativas y motivaciones subjetivas, distintas y cambiantes. Cada uno de ellos posee un determinado nivel de conocimientos, experiencias, actitudes, habilidades, cualidades y debilidades, que condicionan una dinámica compleja de interacción en ese entorno.

El interés por el desarrollo de la temática de la Gestión de la Calidad en Enfermería es hacer un aporte técnico- científico a la práctica social de enfermería y reconocer que Enfermería necesita de las ciencias administrativas para que los conocimientos administrativos le faciliten Gestionar la Calidad del Cuidado de Enfermería y asuma la dirección de un equipo de enfermería, donde además guíe, oriente, asesore a los integrantes de su equipo, como le compete a una o un Director/a o Coordinador de Enfermería y lo hace para que la práctica social de enfermería que realizan las enfermeras de servicio sea de Calidad, es decir esa práctica de enfermería debe ser eficiente, efectiva, eficaz y las acciones que se generen para cuidar, sean argumentadas científicamente para que impacte en la persona que recibe el Cuidado y en la IPS.

Se parte del hecho de que hay escasa investigación sobre la gestión de calidad del cuidado en las instituciones de atención en salud de tercer y cuarto nivel en la ciudad de Barranquilla; y teniendo en cuenta las razones expuestas en párrafos precedentes, y considerando que:

La gestión de calidad del cuidado de enfermería, corresponde a generación, desarrollo y evaluación de procesos que debe cumplir enfermería en las instituciones de atención en salud, orientada a garantizar la calidad del cuidado que oferta, y como tal, es más compleja en instituciones de nivel III y IV; que la dirección y/o coordinación de enfermería debe llevar a cabo la Gestión de la calidad Cuidado, que implica: planificar la calidad, organizar la calidad, control y mejora de la calidad²⁵, socializarlo y liderarlo; que debe existir como un proceso dinámico, reflexivo, complejo e integral, establecido de tal manera que además de incluir el quehacer profesional -la practica-, también este inmersa la docencia, extensión e investigación en enfermería, atendiendo el llamado a liderar el avance disciplinar en ese campo del saber. Además tener presente que la Gestión de la Calidad del Cuidado en un imperativo ético y legal para enfermería. que varias de estas instituciones además de ofertar el Cuidado de Enfermería a personas que demandan servicios de salud en situaciones críticas y que esperan recuperar su salud y vincularse prontamente a la cotidianidad, son IPS que tienen convenios docencia – Servicio, porque se constituyen en sitios de práctica para la formación profesional en pregrado, y otras lo son para pre y post grados; que el tema “gestión de calidad del cuidado” pertenece al presente y futuro en el quehacer profesional de enfermería, que es un tema que exige ser desarrollado en los programas de formación de las nuevas profesionales²⁶ y ser incluido en procesos de educación continua, dirigido a las profesionales para que estén actualizadas, lo cual demanda su inclusión en las actividades de docencia y extensión, más aún que, recientemente, la Gestión de la Calidad del Cuidado ha sido redimensionado en el campo profesional, disciplinar e

²⁵ VARO, Jaime. Op. cit., p. 17.

²⁶ ORTIZ, Ana. Gestión del cuidado en enfermería. En: Invest. educ. Enferm. 2000, vol. 18 no. 1, p. 93-102. [Consultado Octubre, 2008]. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294007>

involucrada en el campo investigativo a partir de la práctica²⁷; que las instituciones de tercer y cuarto nivel son escenarios igualmente para la Investigación como una de las funciones de la universidad, que permite producir nuevo conocimiento y profundizar el existente.

El tema de la Gestión de la Calidad del Cuidado tiene pertinencia disciplinar, laboral y social, las/os coordinadores de enfermería o directoras/es de Departamento deben asumir el liderazgo, que repercute en la calidad total de la atención institucional, lo cual implica: procesos relacionados con la Gestión del Talento Humano, Gestión del Conocimiento para el desarrollo de guías de evidencia científica, protocolos, listas de chequeo entre otros.

Así mismo, este estudio ha de abrir las puertas a nuevos trabajos tendientes al fortalecimiento de la línea de investigación en el tema de gestión de calidad del cuidado sirviendo como marco de referencia, teniendo en cuenta que no se han encontrado estudios similares en el Departamento del Atlántico, y que son pocos los que existen a nivel nacional e internacional.

Además del interés por el tema, es necesario contemplar la norma que reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, en los que ofrece los elementos básicos e indispensables para generar procesos en la Gestión de la calidad del Cuidado de enfermería, estos elementos a los que se hace referencia son los principios de la práctica profesional, ellos son: integralidad, dialogicidad, individualidad, continuidad, oportunidad y la Calidad como se había mencionado anteriormente y en cuanto a la Calidad dice “Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos²⁸; también dice la norma, que con el fin de asegurar un Cuidado de Enfermería con calidad científica, técnica, social, humana y ética, el profesional de enfermería debe organizar, dirigir, controlar y evaluar, los servicios de enfermería en las Instituciones de salud²⁹; además plantea los deberes del profesional, entre ellos se encuentran: Velar porque se brinde una atención profesional de enfermería de calidad a todas las personas sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica o condición; Velar porque la institución garantice la conformación de la planta de personal de enfermería³⁰ de acuerdo al nivel de complejidad de la institución y situaciones de los Sujetos de Cuidado.

El producto de este trabajo y teniendo en cuenta el cumplimiento del marco normativo vigente todas las instituciones prestadoras de servicios de atención en salud cuentan con la Coordinación de Enfermería y Gestionan la calidad del Cuidado de enfermería de la IPS, se considera entonces pertinente y necesario efectuar una investigación sobre estos fenómenos para determinar cómo es la Gestión de la calidad del Cuidado de

²⁷ ROJAS, Annia et al. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de auto cuidado. *En: Rev Cubana Enfermer.* 2009, vol. 25 no. 3-4.

²⁸ COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996. Op. cit., p. 6.

²⁹ *Ibid.*, artículo 19, numeral 3, p. 3.

³⁰ COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996. artículo 20, numeral 2 y 5. Op. cit., p. 17.

Enfermería para la atención de usuarios en instituciones de tercer y cuarto nivel de atención en salud en Barranquilla, Colombia.

Desde el punto de vista ético, científico, profesional, jurídico, económico y social, este estudio es importante y pertinente, pues pretende contribuir con los siguientes aportes:

- Es valioso desde el punto de vista **ético**, porque se ampara, acata y respeta los principios de la bioética: no maleficencia, beneficencia, y justicia, dentro del respeto a la autonomía del enfermo, y el estudio se realiza con la intención de contribuir a mejorar el quehacer profesional que redunde en beneficio de la atención de los seres humanos enfermos.
- Es útil desde el punto de pertinencia **social** porque está orientado a mejorar la protección de la salud del sujeto como derecho y contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud, desde la perspectiva de la gestión de calidad del cuidado, como deber del Estado, para contribuir a la máxima recuperación posible de salud del usuario, de tal modo que retorne a su entorno familiar y comunitario en el menor tiempo posible.
- Es útil desde el punto de pertinencia **científica** porque permite determinar que validez y actualización científica tienen las fuentes con las cuales se elaboraron las guías de manejo y protocolos, a la luz de los más recientes avances de la disciplina, y el nivel científicos-tecnológicos de esta en la institución; por tanto, motivará la realización de consultas bibliográficas e intentará promover la investigación intra disciplinaria, partiendo de la observación de fenómenos y situaciones, motivando la reflexión e indagación sobre las mismas, y estimulando el espíritu investigador, necesario para enriquecer la disciplina.
- Es útil desde el punto de su pertinencia **práctica** para el **sistema de atención** en salud, para enfermería como profesión, y para las instituciones prestadoras de la atención en salud, porque busca contribuir a reflexionar sobre la Gestión de la Calidad para el Cuidado de Enfermería en interacción con otros profesionales, a partir de allí, abrir las puertas al debate, para que en otro trabajo se proceda a proponer la construcción de un modelo que responda técnicamente a lo que gestión de calidad del cuidado, como un requisito previo al diseño e implementación de la auditoría del cuidado.
- Es útil desde el punto de su pertinencia práctica, para la enfermera como profesional, porque promueve la reflexión sobre su quehacer profesional, le concientiza en la necesidad de capacitarse continuamente en aspectos científicos, para esta investigación lo gerencial es importante porque es a través de ella se establecen políticas y lineamientos generales de trabajo para los servicios; la argumentación científica en la gestión del cuidado y por último la práctica profesional se sostiene en los conocimientos científicos.
- Es útil desde el punto de su pertinencia práctica, para el sujeto de cuidado, pues él es la razón de ser de la enfermería, y es el gran beneficiado con la mejoría de la calidad del cuidado, que se pretende con esta investigación.

- Es útil en el aspecto normativo, porque el trabajo pretende contribuir a abrir las puertas a la búsqueda de información, reflexiones y debates tendientes a fomentar estudios que permitan elaborar, implementar y socializar un sub sistema de garantía de calidad del cuidado y su respectivo sistema de auditoría, tendiente a obtener los máximos estándares de calidad, de acuerdo a la normatividad vigente
- Es útil, en el aspecto económico, porque disponer de los lineamientos de la gestión de calidad del cuidado, se está en permanente seguimiento en busca del mejoramiento continuo, esto contribuye a reducir los costos inherentes a las complicaciones que se derivan de eventos adversos, y a las pérdidas que se originan por glosas debido a la no observancia de los protocolos y guías en lo atinente a la pertinencia de las decisiones tomadas y sobre estancias.

Dado que no se han publicado estudios en Barranquilla, estudios en los que se haya determinado como es la gestión de calidad en el cuidado de enfermería, liderado por coordinadoras de enfermería para la atención de usuarios en instituciones de tercer y cuarto nivel de atención en salud en Barranquilla, se hace necesario realizar esta investigación

1.4 Formulación del problema

¿Cómo es la gestión de la calidad del cuidado de enfermería en instituciones (IPS) de tercer y cuarto nivel de atención en salud en Barranquilla, primer semestre de 2011?

1.5 Propósito

La presente investigación pretende describir cómo es la gestión de calidad del cuidado de enfermería, con el fin de brindar elementos para la reflexión y el debate sobre el quehacer gerencial de enfermería y su impacto en la calidad del cuidado de enfermería como servicio; promover entre las profesionales de enfermería la cultura de la auto control como lo enuncia el decreto 1011 del 2006, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en el artículo 33. Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, que orienta su quehacer y se convierte en un referente que sirva de base para que en otros trabajos se proponga un modelo de gestión del cuidado de enfermería, previo a la implementación de un sistema de auditoría del cuidado.

Por otra parte, la investigación debe contribuir a promover en las instituciones objeto de estudio, una reflexión, tendiente a crear una cultura de auto evaluación del cuidado que se oferta, es decir cumplir con uno de los niveles de la auditoría como es el del “autocontrol”, abrir el debate y presentar las propuestas tendientes a implementar un modelo de gestión o establecer los ajustes necesarios al existente, que conduzcan a la solución a las necesidades de cada una de ellas; y en general, a fomentar investigaciones y debates interdisciplinarios y propuestas gremiales para construir en un futuro –ojalá no muy lejano- , un modelo de gestión de calidad del cuidado, como pre-requisito para la implementación de la auditoría del cuidado el cual es un requerimiento actual y prioritario a nivel profesional.

Finalmente, el resultado del estudio pretende proporcionar bases o referencias para nuevas investigaciones tendientes a establecer un proceso de auditoría del cuidado, como subproceso dentro del sistema de garantía de la calidad de la atención en lo atinente a enfermería, de modo que permita identificar otros factores que influyen en la calidad de la atención y consolidar la estructura y funcional de enfermería desde su dirección o coordinación³¹.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería realizada por la directora del departamento o coordinación de Enfermería.

1.6.2 Objetivos específicos

- Determinar las actividades de la planeación de la calidad del cuidado de enfermería.
- Determinar las actividades de la organización de la calidad del cuidado de enfermería.
- Determinar las actividades del control y mejora de la Calidad del Cuidado de Enfermería.

³¹ FARNÓS G., BARBERA M., RICH, Manuel. Gestión de los servicios Enfermeros. Citado por: TEMES, Jose. Gestión hospitalaria. 4a. ed. España: Mc Graw Hill-Interamericana, p. 98.

2.Marco teórico

2.1 Definición de conceptos

Gestión.

La Gestión es el conjunto de actividades que se realizan para lograr los objetivos y las metas propuestas en un campo específico de actuación. Por su parte, la medición es la acción que le permite a la persona valorar los logros de esa gestión. Este vínculo entre gestión y medición es fundamental, a tal punto que se considera que “lo que no se mide no se puede gestionar”³².

Según Varo, J. “Gestión es el conjunto de operaciones técnicas, financieras, comerciales, etc, desarrolladas para el funcionamiento de una organización”³³

Calidad

La calidad como la belleza o la bondad son conceptos primitivos, es decir, no pueden definirse a partir de otros. La calidad es también un término polisémico que supone acepciones diferentes, tanto en el tiempo como en función de quien lo utilice y además en modo alguno es absoluto, ya que implica el necesario juicio de valor individual y colectivo y, por tanto, es algo relativo³⁴.

El tema de la calidad ha sido considerado por múltiples autores durante la historia. En la actualidad, una de las autoridades, reconocidas internacionalmente, en este tema, es la Organización Internacional de Estándares, ISO (por su sigla en inglés).

Según Varo,³⁵, el termino **calidad** tiene varias acepciones en el mundo empresarial:

³² MEJÍA, Braulio. Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. 40 ed. Bogotá: Ecoe Ediciones. 2003, p. 73-77.

³³ VARO, Jaime. Op. cit., p. 187.

³⁴ ARANAZ, Jesus. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos [en línea]. [Consultado Sep., 2010]. Disponible en Internet: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>

³⁵ Ibid., p. 6.

- “Son las características del producto que satisfacen las necesidades del consumidor.
- Es una función de la empresa, al igual que el marketing, la producción o las finanzas. La gestión de la calidad es una función directiva que se desarrolla a través de cuatro procesos: planificación, organización, control y mejora.
- Es una filosofía empresarial estrechamente relacionada con el marketing y los recursos humanos. Da lugar a un estilo de dirección y gestión, orientador de la empresa hacia el cliente externo y la satisfacción de sus necesidades y hacia el cliente interno y el fomento de su motivación, formación y participación. La calidad de los productos y procesos es el nexo de unión entre ambas clases de clientes. Este enfoque es la calidad total, el total quality management (TQM), la calidad integral o el control total de la calidad.”

La norma ISO 8402 define los términos básicos y fundamentales relacionados con los conceptos de la calidad, aplicables a todos los campos. Textualmente, la define así::

Calidad: “El conjunto de características de una entidad que le otorgan la capacidad de satisfacer necesidades expresas e implícitas.”

Por su parte, **la norma ISO 9000:2000** la define como: “La capacidad de un conjunto de características intrínsecas para satisfacer requisitos”.

2.1.1 Cuidado de enfermería

El Cuidado es definido como “una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual, y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial del auto-cuidado”.³⁶

El *cuidado de enfermería*, se entiende como el conjunto de funciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve, interviene en una forma importante en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.³⁷

³⁶ GRUPO DE CUIDADO. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Facultad de Enfermería Universidad Nacional De Colombia. Bogotá: Unibiblos. 2002, p. 102.

³⁷ ARIZA, Claudia y DAZA, Rosita. Calidad del cuidado e enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá [en línea]. En: Revista de enfermería. Agosto 2005. [Consultado Mayo 9, 2013]. Disponible en Internet: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8305-Calidad.htm>

2.1.2 Gestión de calidad

La Gestión de calidad es la función directiva que desarrolla y aplica política de calidad a través de cuatro procesos –planificación, organización, control y mejora- enmarcados en la dirección estratégica de la empresa³⁸.

La norma ISO 8402, define gestión de la calidad como: “Actividades de la función empresaria que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades, y que se implementan a través de la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad, en el marco del sistema de la calidad”. Esta norma fue superada y derogada por la norma ISO 9000-2000.

La norma ISO 9000-2000, establece principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000.

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño:

- a) **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- b) **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- c) **Participación del personal:** El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- d) **Enfoque basado en procesos:** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e) **Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

³⁸ Ibid., p. 187.

f) **Mejora continua:** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

g) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

2.1.3 Gestión del cuidado de enfermería

Según Morfi, la «*Gestión del Cuidado de Enfermería*» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud³⁹.

2.1.4 Gestión de la calidad de cuidado de enfermería

La calidad es un atributo actualmente exigible en todas las organizaciones y empresas, y la calidad de un producto o de un servicio no es resultado del azar; la calidad requiere ser planificada en todo servicio o en cualquier producto.

Es así que, en las instituciones hospitalarias, enfermería tiene la función de ofertar y brindar cuidados a los cuales se les exige sean de calidad; por ese motivo, la dependencia de enfermería (dirección o coordinación de enfermería) debe planear la calidad de los cuidados que oferta; sin embargo, en lo atinente a la entrega de cuidados de enfermería al usuario (sujeto de cuidado), no basta la sola planificación de la calidad del cuidado para garantizar la entrega de cuidados de calidad.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos de calidad del cuidado que han sido planificados, es necesario proveer recursos, talento humano idóneo y ejecutar procesos en forma lógica mediante la planificación, organización, dirección, ejecución y control de tal forma que el resultado supere las expectativas del usuario⁴⁰. Este proceso de gestión de calidad es necesario para garantizar la calidad de los cuidados entregados.

³⁹ MORFI, Rosa. Gestión del cuidado en Enfermería. En: Rev Cubana enfermer. ene.-mar. 2010, vol. 26 no. 1.

⁴⁰ VARO, Jaime. Op. cit., p. 190.

2.1.5 Instituciones de tercer y cuarto nivel de atención en salud⁴¹

En Colombia, éste término se aplica a cualquier institución de atención en salud (pública o privada) que ofrezca y cuente con la infraestructura y capacidad técnico científica y de talento humano adecuada para prestar atención de alta complejidad.

Para que las instituciones que prestan servicios de atención en salud en Colombia sean clasificadas como de tercer nivel de complejidad se requiere que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios⁴²:

- a) Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes;*
- b) Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir;*
- c) Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención;*
- d) Tecnología requerida de la más alta complejidad;*
- e) Atención por personal especializado y sub especializado en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país.*

Para los fines de este trabajo de investigación, “Gestión de la calidad del cuidado de enfermería e instituciones prestadoras de servicios de salud de tercer y cuarto nivel de atención en Barranquilla”, se hace necesario un referente teórico que contextualice un marco de referencia teórico, permita en primer lugar hacer una aproximación al surgimiento y a la entronización del concepto de gestión de calidad en las instituciones de asistencia sanitaria y aporte elementos conceptuales y asumir un modelo sobre la Gestión de la Calidad, de tal modo que a partir de éstos, asumir un marco teórico que sustente esta investigación, pues el interés en el tema nace de la práctica cotidiana, habida cuenta que en el contexto actual, el ejercicio profesional del cuidado se encuentra inmerso en el sistema obligatorio de granatita de la calidad.

El interés investigativo se afianza en particular sobre en las instituciones asistenciales de alta complejidad, las cuales reciben a diario un gran número de enfermos con patologías graves, cuya atención demanda manejos médicos interdisciplinarios y la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos sofisticados, muchas en muchas ocasiones sumamente invasivos y riesgosos que demandan una costosa dotación técnico científica; y, en este complejo escenario, enfermería tiene el deber de ofertar y entregar cuidados de calidad e intervenir en el tratamiento y rehabilitación de sujetos de cuidado que presentan grados muy variables y crecientes de deficiencia de auto-cuidado; además, en estos mismos escenarios, por su infraestructura y dotación, y por la interdisciplinariedad, suelen constituir escenarios de prácticas formativas para profesionales y técnicos de atención en salud. Entonces,

⁴¹ COLOMBIA. Presidencia de la República. Decreto 1760 de 1990. Por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad. Artículo 9º. Bogotá: Diario Oficial de fecha 3 de agosto de 1990.

en este complejo escenario de atención sanitaria, se requiere por parte de la dependencia de enfermería -coordinación o dirección- liderar la planificación y gestionar de calidad de los cuidados entregados, sin soslayar las prácticas y actividades formativas, que implica articular convenientemente la gestión de calidad del cuidado con la docencia, asistencia y administración.

Se eligió a Jaime Varo, porque este autor, apoyado en los conceptos de reconocidas autoridades en el tema de Gestión de Calidad en las empresas industriales, como Juran y Deming, logra extrapolar conceptos y lineamientos de estos reconocidos autores al campo de las empresas destinadas a la asistencia sanitaria. En su obra publicada en 1994, propone un riguroso modelo de gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios y construye una propuesta o modelo de gestión hospitalaria.

En su modelo propone la gestión de calidad fundamentada en la planeación, control y mejora, haciendo énfasis en la existencia de una estructura organizacional previa que permita efectuar estas actividades y sus procesos.

Con apoyo en los lineamientos conceptuales de Jaime Varo, este trabajo se orienta a determinar la estructura organizativa de la dependencia de enfermería dentro de la institución prestadora de servicios de salud de tercer y cuarto nivel de atención en salud, y a partir de la misma, determinar la estructura y elementos que conforman la gestión de calidad del cuidado de enfermería, abordando sus etapas de planeación de la calidad del cuidado, organización de la calidad de cuidado y control y mejora de la calidad del cuidado como variables; de este modo, se soportan los fundamentos que más adelante, en el marco de diseño permitan describir las actividades en las que en el contexto de la práctica cotidiana, se encuentra involucrada la dependencia de enfermería en esas instituciones, abordadas como un gran proceso, la gestión de calidad del cuidado, que articula la planeación, organización, control y mejora de la calidad del cuidado en relación con cuatro aspectos (subtemas): la relación docencia-servicio en la IPS, el modelo de enfermería en la IPS, el proceso cuidador en la IPS y el modelo de gestión de calidad del cuidado en la IPS; y, finalmente y, como valor agregado, se ofrece el resultado de auto evaluación que sobre el mismo, se realizó la dependencia de enfermería con la ayuda de la guía de verificación diseñado por la autora para tal fin.

2.1.6 Evolución histórica del concepto de calidad

Al revisar la literatura sobre el tema calidad, se encuentra ampliamente divulgado en diferentes fuentes que existe una evolución histórica del concepto calidad. Aún la lectura más desprevenida permite deducir que éste concepto ha evolucionado simultáneamente con el trabajo, Se puede aseverar que todas las fuentes bibliográficas coinciden que el trabajo humano evolucionó desde la producción artesanal hasta la producción industrial.

De acuerdo con Varo, “cuando la producción era artesanal la comunicación entre el productor y el cliente eran directa, el producto se adaptaba exactamente a las

necesidades de este y, por tanto, la calidad era máxima y el coste muy elevado”⁴³. Se puede inferir, que el cliente determinaba las especificaciones de calidad, la producción era lenta y sus costos elevados, de modo que la satisfacción del cliente constituía el concepto de calidad..

Según Varo, “con la llegada de la producción industrial se aumenta la producción, se redujeron los costes pero también la calidad de los productos. Esto condujo a buscar procedimientos de fabricación que permitieran al mismo tiempo mejorar la calidad de aquellos y abaratar los costos de la producción. Por eso al final de siglo XIX se normalizaron las piezas (estandarización manual de piezas). Más tarde, con la formulación de la organización científica del trabajo mente, se implantó como sistema productivo la cadena de producción, donde ya no se pueden realizar ajustes manuales”.

De acuerdo con Varo, “la cadena de producción impuso la necesidad de producir las piezas conforme a sus especificaciones con el fin de disminuir los costes mediante la reducción del tiempo medio de producción, la eliminación de los reprocesados, y la disminución del número de piezas defectuosas. Surge entonces la definición clásica de la calidad de un producto como su conformidad a sus especificaciones. A partir de ese momento comenzaron a desarrollar métodos estadísticos de control de calidad que permitían inferir, con el análisis de muestras, si los lotes estaban dentro de los límites de tolerancia especificados”.

En ese orden de ideas, e encuentra la historia registra que, el control de calidad fue un planteamiento clásico hasta 1957. Fue precisamente ese año que, “tras el informe AGREE; realizado por Advisor Group on Reliability of Electronic Equipment, Office of Assistant Secretary of Defense (R&D)-, se comprobó que, a pesar de haber superado los controles de calidad, determinados productos fallaban al poco tiempo de entrar en servicio. Esta constatación condujo al desarrollo de la teoría de la fiabilidad, identificándose esta como un componente temporal de la calidad: la probabilidad de que un equipo cumpla sin fallo las funciones específicas durante un tiempo concreto. Simultáneamente se comprobó que el concepto de calidad elaborado por los técnicos no coincidía siempre con el de los consumidores. Ambas circunstancias, el componente temporal de la calidad y la necesidad de que esa calidad coincidiese con la exigida por el mercado, permitieron deducir que el diseño del producto tenía gran incidencia sobre su calidad. De este modo, Juran propuso como definición de calidad de un producto su idoneidad, aptitud o adecuación al uso”⁴⁴.

En la actualidad, la extensión del concepto de calidad a todas las áreas de la empresa, conduce al concepto de calidad total. La empresa se considera como una cadena de proveedores/clientes, donde cada trabajador es cliente del que le suministra bienes, servicios o información y, a su vez, es suministrador de la persona a quien entrega su trabajo. Así nace el concepto del trabajador como cliente interno de la empresa.

Es así que, en la actualidad se habla de control de calidad en toda la empresa. Las bases de la calidad total son el compromiso de todos y cada uno de los integrantes de la organización y la comunicación, colaboración y coordinación eficaces en toda la

⁴³ VARO, Jaime. Op. cit., p. 10.

⁴⁴ VARO, Jaime. Op. cit., p. 10.

empresa. Como consecuencia de esa conceptualización, hoy día se considera que la calidad es responsabilidad de todos los miembros de la empresa.⁴⁵

Por otra parte, del mismo modo que la evolución del concepto de la función calidad ha determinado el ámbito y modo de aplicación del control, a lo largo de los años también ha variado el objeto de control de calidad y la dedicación del personal del Departamento de Calidad⁴⁶.

En esta forma, hasta la década de los años sesenta, el cien por ciento del trabajo de los expertos en calidad se dedicaba a la inspección en recepción y al control del producto final. En los años setenta, al descubrirse que un buen producto final no aseguraba una producción de calidad, se dedicó mayor atención al control del proceso; se fue consciente de que un proceso de calidad si garantizaba productos de calidad y el control comenzó a ser preventivo. A partir de 1980, una vez alcanzado el proceso de calidad, se planteó la posibilidad de controlar la calidad en sus orígenes: empezó a aplicarse el control de calidad en el diseño y a dedicar especial atención tanto a la calidad en el diseño del producto como a la calidad en el diseño del proceso.

Es en los años noventa cuando el personal del Departamento de Calidad –reducido a muy pocas personas porque se piensa que los bienes y servicios fabricados es responsabilidad de todos- comienza a preocuparse por lo verdaderamente importante: la calidad de las relaciones humanas. Se presta la atención necesaria al área de administración y de servicios y se propagan los círculos de calidad y la filosofía de la calidad total.⁴⁷

De esta manera, en los años noventa, el modelo de gestión de la calidad total que se ha introducido al mundo de las organizaciones, industriales y comerciales, se extiende también a las empresas de servicios, como en el caso de los servicios de salud al imponerse el modelo económico neoliberal y como parte de los procesos de Globalización. Por esta razón, a partir de los años noventa los hospitales se conciben como empresas y la atención de la salud como un servicio que requiere ser gerenciado y por tanto quedan inmersos en un sistema obligatorio de garantía de la calidad. En consecuencia debe diseñar, implementar y ejecutar una política de calidad y establecer una planeación de la calidad y un sistema de gestión para garantizarla en cada uno de los procesos.

2.1.7 Gestión de calidad

Según Varo, La gestión de la calidad es el aspecto de la gestión general que determina y aplica la política de calidad expresada formalmente por la dirección de la empresa, -en este caso de un hospital-. Una de sus facetas más importantes es asegurar internamente

⁴⁵ Ibid., p. 11.

⁴⁶ Ibid., p. 11.

⁴⁷ VARO, Jaime. Op. cit., p. 10.

esta política, es decir, generar la confianza que los procesos cumplen los requisitos de calidad⁴⁸.

Si bien los términos dirección, administración y gestión han sido utilizados como sinónimos, Varo J (1994) hace las siguientes precisiones:

La dirección es el proceso de guía y constante adaptación de las organizaciones, a través de un preciso esquema lógico de acción, para conseguir la máxima eficiencia: el mayor número posible de objetivos.

La administración es el conjunto de medidas, decisiones, procedimientos, sistemas, relaciones y controles mediante el cual se lleva a cabo la actividad de la dirección a fin de alcanzar los objetivos de la empresa.

La gestión es el conjunto de operaciones técnicas, financieras, comerciales, etc., desarrolladas para el funcionamiento de una organización.

Según Varo, la gestión de la calidad se desarrolla en el marco de tres componentes fundamentales: planificación, organización y control.

Actividades de la gestión de la calidad⁴⁹.

Según Varo, las actividades principales que se llevan a cabo en la gestión de la calidad, pueden resumirse en las siguientes acciones:

- Determinar las necesidades de los clientes.
- Fijar los objetivos de calidad, basados en las necesidades.
- Desarrollar el proceso que alcance esos objetivos.
- Asignar los recursos necesarios para llevar a cabo estos procesos.
- Evaluar el avance logrado en la consecución de los objetivos.
- Identificar los problemas o puntos problemáticos del proceso.
- Diagnosticar los problemas y aislar las causas.
- Tomar las decisiones destinadas a resolver los problemas.
- Realizar un seguimiento para comprobar que las medidas son efectivas.
- Planificar la mejora continua de la calidad

⁴⁸ VARO, Jaime. Op. cit., p. 187.

⁴⁹ Ibid., p. 188.

2.1.8 Gestión de la calidad en el área asistencial hospitalaria.

Según Varo, la aplicación de este proceso, -gestión de la calidad en el área asistencial hospitalaria⁵⁰- debe darse en todos los niveles de la jerarquía organizativa:

- La dirección desarrolla la gestión estratégica de la calidad.
- Los servicios médicos y de enfermería aplican la gestión operativa de la calidad.
- Los trabajadores, cada uno en su nivel, en forma individual y también en grupo hacen sus aportaciones a la gestión de la calidad.
- En un plano multifuncional, la gestión de la calidad se aplica a los procesos amplios que afectan a más de un servicio o unidad

Niveles de gestión de la calidad -en la asistencia sanitaria.

Según Varo J.,⁵¹ en la asistencia sanitaria existen dos niveles de gestión de la calidad:

- Nivel estratégico o gestión estratégica de la calidad
- Nivel operativo o gestión operativa de la calidad.

Este autor es uno de los primeros en abordar éste tema en su aplicación a los hospitales como organizaciones empresariales, y sus conceptos han sido validados, se consideran pertinentes con relación al presente trabajo de investigación, y por tanto, se revisan a continuación.

Gestión estratégica de la calidad.

Según Varo⁵², la gestión estratégica de la calidad, se incorpora al plan estratégico del hospital y se extiende a los servicios médicos y unidades de enfermería a través de los objetivos fijados anualmente. La gestión estratégica de la calidad:

- Formula política de calidad del hospital.
- Define los objetivos estratégicos de calidad. Son sus fuentes el comité director, el equipo de mejora, la comisión central de garantía de calidad, el servicio de atención al cliente y las auditorías internas de calidad.
- Planifica los proyectos complejos, comenzando por conocer los clientes y sus necesidades.
- Asigna los recursos necesarios para cumplir los objetivos
- Establece el control de la calidad de la alta dirección: el comportamiento del producto (la asistencia prestada), el comportamiento competitivo (los resultados propios comparados con los de otros hospitales), la mejora y el coste de la calidad, el funcionamiento de los procesos multifuncionales y el cumplimiento de la calidad de las unidades organizativas directivas y de los directores.

Gestión operativa de la calidad.

⁵⁰ VARO, Jaime. Op. cit., p. 188-189.

⁵¹. Ibíd., p. 188.

⁵²Ibíd., p. 189

Según Varo J.,⁵³ la gestión operativa de la calidad, es la gestión de los procesos que van a afectar a un solo servicio médico o unidad de enfermería. La gestión operativa de la calidad:

- Define los objetivos operativos de la calidad, particulares del servicio. Por ejemplo: reducción de estudios diagnósticos innecesarios, establecimiento de protocolos médicos y de enfermería, creación de un nuevo producto: asistencia domiciliaria, rehabilitación respiratoria
- Determina los recursos necesarios para el establecimiento de la gestión operativa de la calidad: formación, recompensa, recursos humanos, recursos tecnológicos.
- Establece el control de calidad operativo mediante:
 1. Los indicadores indirectos de calidad: estancia media, estancia media preoperatoria, índice de consultas sucesivas/primera, tasa de mortalidad, etc.
 2. El índice estadístico de calidad: integra la estancia media y la estancia media preoperatoria, la tasa de necropsias, la tasa de mortalidad, y el índice de consultas sucesivas/primera,
 3. El control del proceso: basado en el uso y adecuación de protocolos diagnósticos y terapéuticos, y de las técnicas y cuidados de enfermería.

De acuerdo con Varo⁵⁴, enfermería es responsable de la planeación operativa del cuidado en la cotidianidad de acuerdo a la necesidad del cliente interno.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que la planificación estratégica de la calidad institucional, requiere que cada servicio misional planifique la calidad de su atención y debe quedar enmarcada en los lineamientos establecidos por la empresa, articulada con la planeación de calidad institucional.

Desde la práctica y del ejercicio profesional de enfermería en IPS en las instituciones prestadoras de tercer y cuarto nivel donde existe Departamento de Enfermería, se ha podido evidenciar que ésta dependencia es responsable de articular la planeación estratégica de la calidad institucional con la operativa del cuidado; y en las que no existe departamento de enfermería, la responsabilidad recae en la Coordinación de enfermería.

En ese sentido, es necesario tener en cuenta que las IPS trabajan con el enfoque de planeación estratégica y con enfoque de gestión de procesos en la cual la calidad es una característica que permea los diferentes niveles de gestión. También se cuenta con el Plan Operativo Anual (POA) en consecuencia, se requiere de una proyección de este plan en la dependencia de Enfermería de tal manera que se tenga el plan de acción ajustado a las necesidades de las personas que demandan los servicios de salud en donde el Cuidado de enfermería se ofrece las 24 horas del día. El Plan de Acción debe estar permeado por la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería. De ahí que la directora del departamento de Enfermería o Coordinadora de Enfermería asuma esta

⁵³Ibíd.

⁵⁴ Ibíd., p. 189.

Gestión de la Calidad para que se cualifique la práctica de los profesionales de Enfermería y haya satisfacción además del cliente interno en el cliente externo.

Se debe reconocer que cada profesional de enfermería debería asumir el autocontrol de su propio quehacer en la cotidianidad, así como lo plantea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en la cual se plantean los niveles de auditoría y el primero es el autocontrol. suponiendo que así ocurriese, de todas maneras se requieren mediciones semanales o quincenales, las cuales deben ser realizadas por la coordinación, de tal modo que permita articular desde el nivel táctico, la planeación estratégica de la calidad institucional con la operativa que realiza cada profesional en su unidad, implementando la mejora.

Los profesionales y la calidad en la asistencia sanitaria

Según Varo, en lo referente a la gestión, la alta cualificación profesional de los operarios profesionales (en este caso específico, enfermería), hace especialmente relevante su participación en la trilogía de la calidad la planificación, organización y control -si se ésta se apoya en el modelo de Juran-, o Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA) - ciclo de la mejora continua de Deming.

Con base en lo anterior, los profesionales de enfermería deben participar en los procesos del servicio de enfermería, que correspondería: la planificación, organización, control y mejora del cuidado, de los procesos que liderados desde el nivel táctico por la coordinación, se orienten a optimizar los cuidados que brindan en su respectiva unidad de atención, pues de hecho, la gestión operativa de la calidad no puede llevarse a cabo sin su concurso.

La formación de nuevos profesionales del cuidado y el acceso directo a los usuarios permiten y hacen necesaria la participación de los mismos, en el diseño del producto (servicio: brindar cuidados); en el PAE (proceso de atención de enfermería) y en el control de los cuidados, ya que su actividad se encuentra normalmente en estado de autocontrol, y los procesos de monitorización realizados por auditoría.

De acuerdo a Varo, los profesionales -de enfermería- intervienen en el proceso de mejora de la calidad mediante la participación del cliente interno en las comisiones clínicas, ampliamente extendidas en los hospitales, y en los grupos de trabajo para la calidad de escasa implantación hospitalaria

Interpretando lo planteado por Varo, en su obra, y reflexionando sobre el contexto nacional, esto en Colombia se refiere a los siguientes comités: de historias clínicas, de infecciones, de farmacia, de insumos, de educación, de ética, auditoría del cuidado; sin embargo, éste último no suele existir en la mayoría o casi todas las instituciones hospitalarias de nuestro entorno local.

Etapas del proceso de gestión de la calidad.

Según Varo, "Gestionar es coordinar todos los recursos disponibles a fin de conseguir unos objetivos. El objetivo de la calidad es la satisfacción del cliente y del proveedor a mínimo coste combinado. La gestión de calidad comprende tres procesos: planificación,

organización y control, que Juran prefiere desarrollar a través de sus tres fases de la trilogía: planeación, control y mejora de la calidad”⁵⁵.

De acuerdo con Varo, “obtener la calidad deseada requiere del compromiso y participación de todos los miembros de la empresa, en tanto que la responsabilidad de la gestión corresponde a la dirección”.⁵⁶.

Planificación de la calidad

Es la actividad de desarrollo de productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes. Esencialmente consta de las siguientes fases:

1. Identificar los clientes
2. Descubrir las necesidades de los clientes
3. Desarrollar las características del producto que respondan a las necesidades de los clientes
4. Diseñar los procesos capaces de producir las características de los productos
5. Transferir los planes a las fuerzas operativas.

Control de calidad

Según Varo⁵⁷, el control es el proceso mediante el cual se cumplen unos estándares. Tiene una secuencia universal de etapas que, aplicadas a problemas de calidad es:

1. Determinar el sujeto de control
2. Especificar las características de calidad
3. Elegir una unidad de medida
4. Establecer el valor normal o estándar
5. Crear el sensor
6. Realizar la medición real
7. Interpretar la diferencia entre la medida real y la norma o estándar
8. Tomar una decisión y actuar sobre la diferencia.

El *control de calidad* es el proceso de regulación a través del cual se mide la calidad real, se compara con los estándares y se actúa sobre las desviaciones. Sus objetivos son detectar las desviaciones o fallos esporádicos, conocer la causa del cambio e implementar la acción correctora que restablezca la situación en los niveles indicados por el estándar.

El *autocontrol* es un estado en el que cualquier persona puede seguir y dominar el proceso de su trabajo al tiempo que lo ejecuta. Las condiciones requeridas para que el trabajador se halle en ese estado son que quiera, sepa y pueda intervenir. Esta es la

⁵⁵ VARO, Jaime. Op. cit., p. 17.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid., p. 17.

mejor y mas barata forma de realizar control. Una misma persona produce y mide la calidad, detecta las deficiencias y las corrige.

La *autoevaluación* es el proceso de valoración de la atención medica realizada por profesionales sanitarios, constituidos en comisión, siguiendo el principio de “revisión por iguales o colegas”. Es la evaluación de la calidad científico-técnica de la practica profesional por los propios profesionales. Se efectúa una vez la asistencia se ha producido y constituye la base de la auditoria medica y de enfermería.

Mejora de la calidad

El objetivo de la mejora de la calidad es descubrir y eliminar las perturbaciones o fallos crónicos y así pasar del nivel ordinario de ejecución a un nivel superior, pues ese proceso considera siempre mejorable el desempeño habitual.

Juran denomina descubrimiento o mejora de la calidad que cumple los siguientes supuestos:

- El nuevo nivel de realización no ha sido alcanzado antes
- El cambio no es resultado de la casualidad, sino de una decisión.

Del análisis de los descubrimientos se desprende que, para lograrlos, se requiere una serie universal de etapas:

1. Establecer la infraestructura necesaria para alcanzar la mejoría de la calidad anual
2. Descubrir las necesidades concretas o proyectos de mejora
3. Formar un equipo de personas para cada proyecto
4. Proporcionar los recursos, la formación y la motivación que propicien el diagnostico de las causas de perturbación crónica y el establecimiento de una acción correctora y de nuevos controles.

Las vías para obtener mejora de la calidad son:

- La corrección: acabar los fallos esporádicos
- Los descubrimientos: elevar el nivel de ejecución, eliminando las causas crónicas de los fallos.
- La planificación: lanzar nuevos productos, procesos, procedimientos, etc., que corrijan los errores crónicos y disminuyan la probabilidad de que produzcan otros ocasionales.

Gestión de calidad del cuidado de enfermería:

En paginas precedentes se señala que, Varo, afirma: “La Gestión de calidad es la función directiva que desarrolla y aplica política de calidad a través de cuatro procesos – planificación, organización, control y mejora- enmarcados en la dirección estratégica de la empresa”; así mismo, en paginas anteriores, se señala que, según Morfi, la «*Gestión del Cuidado de Enfermería*» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud”.

Es así que, al articular estos dos conceptos, se encuentra que la dependencia de enfermería de las instituciones prestadoras de servicios de atención en salud—dirección o coordinación- tienen la responsabilidad de articular la política de calidad institucional trazada por el nivel directivo y diseñar la planeación de calidad del cuidado e implementar un modelo de gestión del cuidado tendiente a garantizar la calidad del cuidado entregado

3. Marco del diseño

3.1 Selección. Justificación de la selección del diseño y tipo de diseño

Estudio descriptivo exploratorio y transversal.

Estudio *descriptivo exploratorio* porque se determinó la gestión de calidad del cuidado de Enfermería, sin intervención por parte de la investigadora, quien solo actuó como observadora; y *transversal* porque la descripción de la gestión de calidad del cuidado en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de tercer y cuarto nivel de la ciudad de Barranquilla, se llevó a cabo en un periodo de tiempo definido.

3.2 Población

La población de este estudio, estuvo constituida por 8 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de Tercer y Cuarto Nivel de Atención, cuyas directivas aceptaron participar en el estudio.

Se tomó la Dependencia de Enfermería (Departamento de Enfermería o Coordinación de enfermería) para el desarrollo de la investigación.

3.3 Criterios de inclusión:

- Para investigar la Gestión de Calidad del Cuidado de Enfermería, se incluyeron los coordinadores (as) o directores (as) de Departamento, en las instituciones cuyas directivas aceptaron participar en la investigación.
- Que las coordinadoras o directoras de departamento lleven mínimo 6 meses de ser nombradas en el cargo y acepte participar en el estudio.

3.4 Criterios de exclusión:

- Instituciones que no cuenten con Coordinación o departamento de Enfermería
- Enfermeras(os) coordinadoras(es) que llevaban menos de seis meses en el desempeño del cargo.
- Enfermeras(os) que estaban cubriendo el cargo por vacaciones, licencias, o incapacidades.

3.5 Variables

Se definieron las siguientes variables:

- Planificación de la gestión de la calidad del cuidado de enfermería
- Organización la gestión de la calidad del cuidado de enfermería
- Control de la gestión
- Mejora de la calidad del cuidado de enfermería.

Indicador de medición

- Existencia de documentos Institucionales oficiales que guíen , orienten y evidencien la gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería en cada una de las variables y en cada IPS

Operacionalización

- Existencia de Documentos oficiales Institucionales que guíen, orienten la acción como procesos, guías de evidencia científica, protocolos.

Nivel de medición

- Dicotómica: SI - NO

Fuente

- Documentos institucionales oficiales.

3.6 Métodos técnicas e instrumentos⁵⁸

Medios a través del cual la investigadora se relacionó con la Coordinadora de enfermería para la obtención de la información, indagación, revisión y análisis de documentos técnicos de soporte, en las que se utilizó una **Guía de Verificación**.

3.6.1 Guía de verificación y recolección:

Se utilizó una Guía de Verificación que se realizó para tal fin y se denominó: Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería en IPS de Tercer y cuarto nivel de Atención en Salud. En la Guía de Verificación se contempló:

- La Variable de Planificación de la gestión de la calidad del cuidado de enfermería.
- La variable Organización de la gestión de la calidad del cuidado de enfermería
- La variable Control
- La Variable Mejora de la calidad del cuidado de enfermería.

⁵⁸ PINEDA, Elia B. y De Alvarado Eva Luz. Metodología de la investigación. OPS, Tercera Edición, 2008, p. 189.

3.6.2 Guía de Verificación

Se diseñó una guía de verificación que permitió obtener la información para describir la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería realizado por coordinadoras de enfermería para orientar, guiar la oferta de Cuidados de Enfermería a los usuarios en IPS de tercer y cuarto nivel de atención en salud en Barranquilla, como proceso, en cada una de sus variables planeación, organización, control y mejora de la Gestión de la Calidad del Cuidado de enfermería. Si bien el proceso de gestión de calidad del cuidado planificado es el tema central, para lograrlo, la Guía se diseñó para abordar la información en cuatro componentes que permitieron evidenciar la estructura del servicio de enfermería en la IPS y los componentes estructurales de la gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería en las IPS(S) investigadas; la gestión de la calidad del cuidado como proceso en la IPS (que es el eje central de esta investigación), y finalmente, como valor agregado aportar una información aproximada de los resultados de la aplicación del proceso de gestión de la calidad cuidado en la IPS, desde la perspectiva de la coordinación para la cual se procedió a solicitarle a la a que realice una auto evaluación con el apoyo de los aspectos previstos en el instrumento.

El primer componente se orientó a identificar la estructura del servicio de enfermería en la IPS investigada, y la estructura del sistema de gestión de calidad del cuidado y, para lograrlo, se abordó en dos temas:

- **Primer tema:** se identificaron los elementos que conforman la plataforma estratégica institucional, que facilitó describir como es la estructura del servicio de enfermería en la institución investigada y como se refleja la plataforma estratégica institucional con el servicio de enfermería y sus elementos estructurales del sistema de gestión de la Calidad del Cuidado. Y, para lograrlo, la información se recopiló en dos subtemas específicos: en el primer sub tema se describe la plataforma estratégica institucional, la cual consta de siete sub-variables, y; en el segundo sub-tema se describió la misión y visión de enfermería como una sola sub-variable, cuyos elementos constitutivos (estructura) se describen en cinco sub variables, con la finalidad de explicitar cómo se articula la planeación estratégica de la calidad de atención institucional con la planeación de la calidad del cuidado de enfermería.
- **El segundo tema** se orientó a describir los elementos (planeación, organización, control y mejora continua) con los que cuenta el sistema de gestión de la calidad del cuidado en la institución investigada, o en otras palabras, describe como es la estructura del sistema de gestión del cuidado en esa institución, fue un requisito esencial que facilitó la descripción de la gestión de calidad del cuidado de enfermería (como proceso), el cual se constituyó en el tema central de este trabajo de investigación, y al cual se estimó el siguiente componente del instrumento.

El segundo componente de la Guía de Verificación, se ocupó de un solo tema: gestión de calidad del cuidado de enfermería, y se orienta a describir como es la gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería que se lleva a cabo por la coordinación de enfermería en la institución investigada. Este propósito se logró abordando cuatro subtemas sucesivamente: la gestión de calidad del cuidado en la relación docencia servicio; el modelo de enfermería en la institución; el proceso cuidador en la institución, y el modelo de gestión de la calidad del cuidado en la institución. En cada uno de estos subtemas se

describieron y verificaron los elementos constitutivos del proceso de gestión de la calidad del cuidado existentes en la IPS investigada.

El tercer componente, se orientó a evaluar los resultados obtenidos en la gestión de calidad del cuidado en la institución, la cual es una aproximación a los mismos, obtenido mediante una auto-evaluación realizada por la coordinación de enfermería así misma en la institución. La Guía de Verificación enfocó la información distribuida en cuatro sub temas sucesivos: satisfacción del cliente interno; satisfacción del cliente externo; control de eventos adversos, y; el impacto de la gestión de calidad del cuidado en el costo-efectividad de la atención sanitaria en la IPS investigada.

Para recopilar la totalidad de la información obtenida en las diferentes IPS participantes en el estudio, se diseñó para consolidar la información una Tabla Excel que contempló las variables y sub-variables contempladas en la Guía de Verificación.

Justificación del diseño de los instrumentos:

Se diseñó una Guía de Verificación para establecer el deber ser de la gestión de la calidad del cuidado de enfermería. Esta gestión de calidad del Cuidado debía responder al contexto de la política de calidad y del Sistema de Gestión de la Calidad definido por la Institución.

La Guía de Verificación se necesitó para tener una orientación en la acción de recolección de la información y evito desviaciones en el registro de la información de todas las actividades que contempla: Planeación, coordinación, control y mejoramiento, así mismo facilitó la interpretación de la información y garantizó la rigurosidad del estudio.

La información obtenida en esta guía fue registrada y tabulada, y a partir de la tabulación se organizó la información por temas que se presentan en Tablas y gráficos específicos, en las cuales se realizan las mediciones y facilitó la interpretación de los resultados.

3.6.3 Técnica de medición de las variables:

En un primer momento, en cada dependencia de enfermería de la institución se aplicó la Guía de Verificación – abordó los contenidos del trabajo de investigación distribuidos en tres componentes; cada uno de estos contempló a su vez los temas del trabajo de investigación, que para efectos de la misma, se dividieron en sub-variables, y cada una de ellas estuvo conformada por uno o más rasgos que fueron objeto de estudio y requirieron ser medidas o evaluadas.

Cuando un rasgo existió y se verificó en la guía se registró como **SI** y ante la no existencia del rasgo se registró **NO**.

En un segundo momento, se realizó una Tabla (tabulación Excel) que recopiló la información obtenida con la aplicación de las guías de verificación a la coordinación de enfermería en cada una de las instituciones participantes. Como tal la información se registro en filas y columnas.

En la primera columna del libro Excel (A) se registraron las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud participantes en esta investigación de arriba hacia abajo, representadas con una letra por razones de confidencialidad. Toda la información que figuro en su respectiva fila correspondió a la institución.

A partir de la columna B y hasta la columna FO del libro Excel, se registraron en cada columna uno por uno los rasgos descritos que fueron verificados con la Guía en cada IPS, llevando un estricto orden de izquierda a derecha en el registro, y así sucesivamente hasta registrar la información que se planteo en la Guía de Verificación.

Se trata de una Tabla que facilitó cuantificar detalladamente los elementos estudiados y determinar cuáles y cuantos rasgos se registraron en cada institución con relación a la guía de verificación aplicada.

Medición de las variables:

Al aplicar la Guía de Verificación, se evaluaron: la planeación, la organización el control y la mejora continua, si se corrobora su existencia en la IPS investigada se le asignó un puntaje de uno (1) a la respuesta calificada como **SI**; si el elemento no existe en esa institución, se le asigno un puntaje de cero (0) a la respuesta calificada como **NO**, a ese respectivo rasgo. En caso de que una sub variable estuvo conformada por dos o más elementos, la medición de la misma correspondió a la sumatoria de estos. A su vez, la sumatoria los resultados obtenidos en las sub-variables que la conforman, condujo a la medición de la variable.

Así mismo, al efectuar la sumatoria de las mediciones obtenidas en cada una de las variables que conformaron un tema, determinaron el resultado de la evaluación del respectivo tema. La sumatoria de los resultados obtenidos en los temas permitió la evaluación de los componentes, y la sumatoria de los resultados de los tres componentes permitió la evaluación de la gestión de calidad del cuidado de la institución.

Para calificar el resultado de una variable, al diligenciar el instrumento aplicado al coordinador de Enfermería en la IPS, se procedió a la cuantificación de la misma estableciendo una relación porcentual, se construyo para ello un numero fraccionario, registrando en el numerador el valor obtenido en la medición de esa respectiva variable en la IPS objeto de estudio, y en el denominador, el valor máximo que en esa variable se pudo obtener. El fraccionario obtenido se multiplica por cien y se registro su valor como una calificación expresada en porcentaje de cumplimiento verificado.

El análisis de los resultados permitió conseguir los objetivos del presente trabajo de investigación. La consecución de cada uno de los objetivos específicos, condujo al logro pleno del objetivo general de ésta investigación, nominada por el constructo que define el fenómeno objeto de éste estudio: **Determinar la gestión de la calidad del cuidado planificada por los coordinadores de enfermería (como proceso).**

3.6.4 Técnicas de recolección

Se elaboró una matriz de datos GUIA DE VERIFICACION en donde se contemplo:

- Unidad de análisis.

- Variables.
- Valor o respuesta

3.7 Proceso

- Se presentó la propuesta de investigación al Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia, y obtuvo su aprobación.
- Se realizó la presentación del estudio a la directiva de la IPS, para su aprobación, una vez se obtuvo el concepto de Ética de la Universidad nacional, Facultad de Enfermería.
- Se llevó a cabo un acercamiento de los posibles participantes -coordinadoras de Enfermería- de las 8 IPS de nivel III, IV de atención en salud en Barranquilla.
- Condiciones del abordaje realizado a las coordinadoras de nivel táctico
 - Acercamiento: Se solicitó cita previa, y explicó el motivo de esta.
 - Se procedió a la sensibilización para motivar la participación en el proceso, se socializó el proyecto de investigación
 - Se mostró el oficio de aprobación del desarrollo de la investigación en la Institución al comité científico de la misma.
 - Se les informó que el proyecto tenía el aval ético del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia
 - Se les explicó el beneficio de la investigación para enfermería como profesión liberal y disciplina social.
 - Se procedió a sensibilizar a los participantes:
 - Se socializó el proyecto de investigación, y mostró la importancia del estudio (Riesgo de beneficio) y el aporte al desarrollo de la profesión de enfermería, y a los sujetos de cuidado que reciben los servicios de Enfermería.
 - Se aclararon dudas e inquietudes sobre el proyecto.
 - Se informó y mostró el oficio de aprobación del Comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia.
 - Se informó y mostró el oficio de aprobación Institucional para el desarrollo de la investigación.
 - Se explicó a las enfermeras que tenían libertad para decidir si participaban o no en la investigación.
 - Se les informó y explicó el Consentimiento informado: se les dio a conocer el estudio y el consentimiento informado; se les informó los objetivos de la investigación y el procedimiento a seguir. Así mismo se les solicitó autorización para utilizar la información de la dependencia.
 - Consentimiento informado.
 - Se hizo lectura del mismo, ante el profesional de enfermería participante.
 - Se hicieron aclaraciones de algunas inquietudes y dudas surgidas al participante.
 - Se invitó a firmar el consentimiento informado una vez manifestaron tener pleno conocimiento del mismo y de que el estudio se iniciaba una vez firmara el consentimiento informado.

- Se les aclaró a los participantes que no recibirán ningún estipendio por la participación en la investigación.

Se explicó a las Directivas de la Institución y a las participantes que aceptaron participar en la investigación que la información obtenida es tratada de manera confidencial de tal manera que para la identificación se les asignó un código (letra) por Institución, y un código para las participantes, a quienes la investigadora les garantizó un manejo estrictamente confidencial.

3.8 Plan de recolección de la información

Los procedimientos realizados en este trabajo de investigación en estricto orden fueron:

1. Se buscaron documentos técnicos de soporte Institucionales
 - Plataforma estratégica: misión, visión, valores corporativos, objetivos de la Institución, política de calidad.
 - Se busco el mapa de procesos
 - Se busco el Plan Estratégico
2. Se buscaron los documentos técnicos en el departamento o coordinación de enfermería:
 - Estructura de la dependencia de enfermería, en esta se identifico la misión, visión
 - Objetivos de la dependencia de enfermería
 - Plan de acción de enfermería
 - Proceso de la Gestión de la Calidad del Cuidado de enfermería
3. Se dispuso de las Guías de Verificación.
4. Se aplicó la Guía de Verificación
5. Se elaboró una Tabla Excel para la sistematización de la información.
6. Se sistematizó la información en las Tablas Excel
7. Se analizó la información
8. Conclusiones y recomendaciones

3.9 Guía de verificación

Se elaboró una guía de verificación que permitió recoger la información conforme está descrita en esta Guía, en paginas anteriores (véase 3.6.1). Se diseño además un instructivo para facilitar su diligenciamiento.

3.10 Unidad de análisis

- Proceso de Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería realizado por las directoras o coordinadoras de enfermería.

3.11 Plan de tabulación y análisis

Se inicio este proceso definiendo:

- **Técnicas de recolección**

Se elaboró una matriz de datos en que contempla:

- Unidad de análisis.
- Variables.
- Valor o respuesta
- La determinaron los resultados a partir de cada variable definida
- Para cada variable se definieron etapas y acciones
- Se presenta la información en cuadros y gráficos simples.

- **Técnica de medición:**

La Guía de Verificación – abordó los contenidos del trabajo de investigación distribuidos en tres componentes; cada uno de los componentes abordo, a su vez los temas del trabajo de investigación, que para efectos de la misma, se dividieron en variables, y cada una de ellas está conformada por uno o más rasgos que son objeto de estudio y requieren ser medidas o evaluadas, por lo que se describen como sub-variables.

Cuando un rasgo se halló y se verifico en la guía se le asigno un valor de uno (1); cuando no se encontró se asigno un valor de cero (0).

Se realizó una Tabla (tabulación Excel) que recopilo la información obtenida con la aplicación de las guías de verificación aplicadas a la coordinación de enfermería en las instituciones participantes. Como tal la información se registro en filas y columnas.

En la primera columna del libro Excel (A) se registraron n las Instituciones Prestadoras de servicios de salud participantes en esta investigación de arriba hacia abajo, representadas con una letra por razones de confidencialidad. Toda la información que figure en su respectiva fila corresponderá a la institución.

A partir de la columna B y hasta la columna FO del libro Excel, se registraron en cada columna uno por uno los elementos o rasgos descritos que fueron verificados con la guía en cada IPS, se llevo un estricto orden de izquierda a derecha en el registro.

En la fila ubicada inmediatamente sobre la correspondiente a la primera institución, según el caso, una o más columnas quedaron agrupadas como sub variables, y para explicitarlo, en la celda correspondiente se anoto el número y nombre respectivo.

Por otra parte, para delimitar las variables en el instrumento, a su vez, sobre la fila de las sub variables, se agruparon una o más de ellas convenientemente de acuerdo a sus elementos constitutivos; y en la fila ubicada inmediatamente sobre las mismas, estas se agruparon en subtemas y temas, cuyo nombre se anota en las celdas respectivas. Y, finalmente, sobre la fila que tiene registrados los

nombre de los temas, se demarcaron los nombres Planeación, organización, control y mejora continua, fueron revisados de izquierda a derecha registrando la misma información que fue consignada en cada guía de verificación de arriba hacia abajo.

Se trata de una Tabla que permitió cuantificar detalladamente los elementos estudiados y rasgos registrados en cada institución con relación a la guía de verificación aplicada.

Medición de las variables:

Al aplicar la Guía de verificación, se evaluaron Planeación de la Gestión de la Calidad, organización de la Gestión de la Calidad, Control y mejora de la Gestión de la Calidad y corroborada su existencia en la IPS investigada se le asignó un puntaje de uno (1); si no existía en esa institución, se le asignó un puntaje de cero (0). En caso de que una sub variable estuviera conformada por dos o más elementos, la medición de la misma correspondió a la sumatoria de estos. A su vez, la sumatoria los resultados obtenidos en las sub-variables que la conforman, condujo a la medición de la variable.

Así mismo, al efectuar la sumatoria de las mediciones obtenidas en cada una de las variables que conformaron un tema, se determinó el resultado de la evaluación del respectivo tema. La sumatoria de los resultados obtenidos en los temas permitió la evaluación de los componentes, y la sumatoria de los resultados de los tres componentes permitió la evaluación de la gestión de calidad del cuidado de Enfermería de la institución.

Para calificar el resultado de una variable, al diligenciar el instrumento aplicado al coordinador de Enfermería en la IPS, se procedió a la cuantificación de la misma y se estableció una relación porcentual, se construyó para ello un número fraccionario, se registró en el numerador el valor obtenido en la medición de esa respectiva variable en la IPS objeto de estudio, y en el denominador, el valor máximo que en esa variable podría obtener. El fraccionario obtenido se multiplicó por cien y se registró su valor como una calificación expresada en porcentaje de cumplimiento verificado.

El análisis de los resultados permitió conseguir los objetivos del presente trabajo de investigación. La consecución de cada uno de los objetivos específicos, llevó al logro pleno del objetivo general de ésta investigación, nominada por el constructo que define el fenómeno objeto de éste estudio: **Describir la gestión de la calidad del cuidado de Enfermería realizado por los directores de departamento o coordinadores de enfermería.**

3.12 Fuentes de información

- Registros de la dependencia de gestión de la Calidad en la IPS.
- Archivos de los registros de la coordinación de enfermería o departamento de enfermería.

- Enfermera coordinadora o directora del departamento de Enfermería.

3.13 Riesgos del diseño

3.13.1 Sesgo de no respuesta o efecto del voluntario:

Las Instituciones Prestadoras de Salud Participantes facilitaron la información requerida para el diligenciamiento de la Guía de Verificación.

Se realizó la sensibilización y se logró persuadir al profesional de enfermería para evitar el sesgo de la No Respuesta en el que se mostraron los beneficios a nivel de enfermería como profesión y disciplina, del cambio de imaginario social ante la organización y ante la sociedad, y el cambio que se puede tener en el ambiente laboral y condiciones de trabajo, esto correspondió al alcance de la misma investigación.

Además se informó de la confidencialidad, reserva, se mostró el oficio de la aceptación o aprobación de realización de la investigación por parte de las directivas de la Institución.

3.14 Aspectos éticos

La presente investigación se acogió los aspectos y lineamientos éticos, establecidos en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993⁵⁹, y en particular, a sus Artículos 2º, y 6º.

El Artículo 2º establece que, “las Instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados en el tema”; y, el Artículo 6º de la misma resolución, establece que, “la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: que se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen y que se llevará a cabo cuando se obtenga la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución”.

Las IPS participantes en el proceso investigativo no tenían Comité de Ética, el aval fue concedido por la gerencia.

El Aval Ético del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, fue entregado al Gerente de Cada una de las IPS de las Instituciones participantes.

⁵⁹ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución no. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [en línea]. Bogotá: El Ministerio. 4 de octubre de 1993, p. 1-12. Disponible en Internet: http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

3.14.1 Riesgo-Beneficio.

La presente investigación aporta beneficios a Enfermería como disciplina y profesión, dado que los resultados contribuyen al desarrollo Institucional y específicamente a un departamento o coordinación Enfermería. Además se propuso generar un plan de mejora en la dirección o coordinación de enfermería que impactara la Gestión de la Calidad y por ende beneficiara a las Instituciones; a las y los profesionales de Enfermería que participaron, se espera que transformen su práctica a partir de los resultados de la investigación, igualmente beneficiara a aquellos profesionales que puedan acceder a esta información.

No presento riesgos, pues no se realizó ningún tipo de intervención que hubiera puesto en peligro la vida ni la salud de los participantes del estudio.

3.14.2 Principios éticos.

En ésta investigación se tienen en cuenta los siguientes principios éticos:

- **Autonomía.** Las enfermeras coordinadoras de las IPS participantes actuaron con libertad durante el desarrollo de la Investigación a partir de la explicación de los propósitos del estudio. .
- **Confidencialidad.** Se mantuvo este principio a través del desarrollo de la investigación y los datos fueron reserva y utilidad solamente por parte de la investigadora. Además a cada Institución participante se le asigno un código para su identificación que fueron de conocimiento solamente por parte del investigador.
- **Veracidad.** Se trabajo la información con objetividad; así mismo la información obtenida fue transcrita tal como se obtuvo y se presentan en los resultados expuestos. Luego sustentar académicamente el estudio, se dará a conocer a los participantes los resultados de la investigación.
- **Beneficencia.** La investigación se espera que aporte al desarrollo profesional tanto de la directora o coordinadora de enfermería así como las enfermeras que ofertan directamente el Cuidado a los usuarios porque tendrán un direccionamiento a partir de la Gestión de la Calidad del Cuidado
- **Consentimiento informado:** La investigadora dio a conocer previamente a los participantes, el consentimiento informado y se aseguro que comprendieran la información suministrada, de manera verbal y escrita sobre su participación en el estudio. Así mismo después de la firma del consentimiento informado, como aceptación de participación voluntaria, se les entrego una copia a los participantes.

De igual manera, se les hizo saber a las participantes que tienen el derecho de retirarse del estudio cuando lo estimaran conveniente o que podían negarse a participar en la investigación. Se les aclaró que por su participación no recibirán ninguna retribución o contraprestación.

El Consentimiento Informado se diligenció previamente al inicio de la aplicación de la Guía de verificación: gestión de la calidad del cuidado de enfermería de los datos.

La investigadora realizó la verificación, El estudio se inició cuando todas las personas objeto del estudio firmaron el consentimiento informado. (ANEXO).

Asentimiento Institucional: Se logró tramitando la comunicación y explicando la intencionalidad del estudio a fin de que se diera aval por parte del Comité de Ética de las IPS , pero a falta del mismo, el estudio fue autorizado por la gerencia.de la IPS.

4. Resultados

4.1 Estructura organizativa de la dependencia de enfermería en la IPS

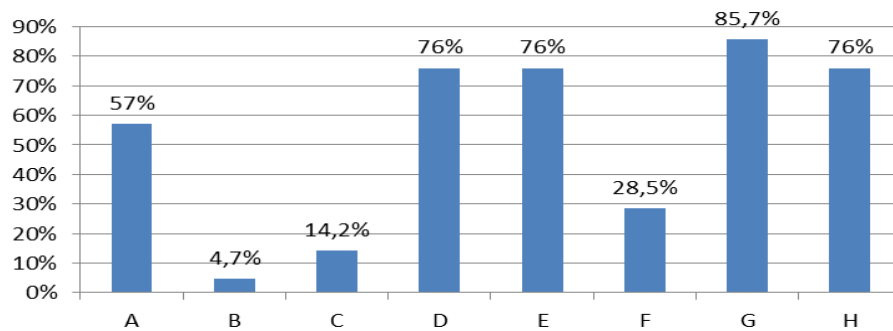
En este estudio se observó que en todas las IPS se evidencia la existencia de dependencia de enfermería; en todas las IPS investigadas se identifican plataforma estratégica institucional y plataforma de enfermería como se resume a continuación:

Tabla 1. Elementos de la plataforma estratégica institucional de las IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011

ELEMENTOS DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. Misión	3	3	0	0	3	3	3	3	3	6/8 (75%)
2. Visión	3	3	0	0	3	3	3	3	3	6/8 (75%)
3. Valores Corporativos	3	1	0	0	3	3	0	3	0	4/8 (50%)
4. Política de Calidad Institucional	3	0	0	0	3	3	0	3	3	4/8 (50%)
5. Mapa de Procesos Misionales	3	1	0	0	0	1	0	2	3	4/8 (50%)
6. Plan Estratégico Institucional	3	2	0	1	3	3	0	1	2	6/8 (75%)
7. Estructura Organizacional	3	2	1	2	1	0	0	3	2	8/8 (100%)
CALIFICACION MAXIMA	<u>21</u> 21	<u>12</u> 21	<u>1</u> 21	<u>3</u> 21	<u>16</u> 21	<u>16</u> 21	<u>6</u> 21	<u>18</u> 21	<u>16</u> 21	-----
CALIFICACION. PORCENTUAL	100	57 %	4.7 %	14.2%	76%	76%	28.5%	85.7%	76%	52.26%

Fuente: Oficina de Gerencia de la IPS.

Figura 1. Elementos de la plataforma estratégica institucional



Plataforma Estratégica Institucional (PEI), (Tabla 1).

Examinando los resultados por sus elementos estructurales de la PEI, encontramos:

En el 100% (las ocho IPS estudiadas) se identifica una plataforma estratégica institucional con los siguientes resultados detallados:

- Misión Institucional: existe y esta socializada en el 75% de las IPS; en dos de ellas (25%) no está publicada (B, C) y no es conocida por la coordinadora de enfermería.
- Visión Institucional: existe y esta socializada en el 75% de las IPS; en dos de ellas (25%) no está publicada (B, C) y no es conocida por la coordinadora de enfermería.
- Valores corporativos: en cuatro de las IPS investigadas (50%) no se encuentran formulados (A; B; C; F)
- Política de calidad institucional: en cuatro de las IPS investigadas (50%) no se encuentran formulados y explicitada la política de calidad institucional (A; B; C; F), y en la mitad de las que sí la tienen, la coordinación de enfermería no las conoce.
- Mapas de procesos misionales; en cuatro de las ocho (50%) IPS investigadas no se evidencian mapas de procesos misionales (B, C, D, F).
- Estructura organizacional: Al revisar los organigramas institucionales, se encontró que en ninguna de ellas existe departamento de enfermería.

Resultados de elementos por institución:

La institución A cuenta con el 57% de los elementos; la institución B con el 4.7%; la institución C con el 14.2%; la institución D con el 76%; la institución E con el 76%; la institución F con el 28.5%; la institución G con el 85%; la institución H con el 76%.

Resultados ponderados:

El promedio ponderado de elementos estructurales de la plataforma estratégica institucional encontrados entre todas las IPS investigadas es de 52.26%.

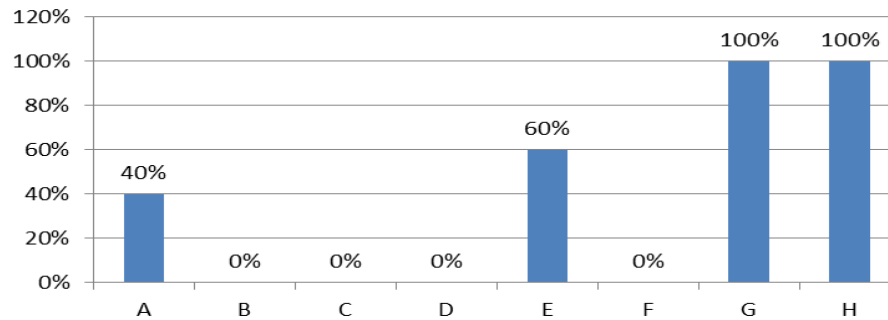
4.1.1 Estructura organizativa de la dependencia de enfermería

Tabla 2. Elementos de la plataforma de Enfermería de las IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

ELEMENTOS DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE ENFERMERÍA	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS Con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. Misión del Servicio de Enfermería	1	1	0	0	0	1	0	1	1	4/8 (50%)
2. Visión del Servicio de Enfermería	1	1	0	0	0	1	0	1	1	4/8 (50%)
3. Valores Corporativos de Enfermería	1	0	0	0	0	1	0	1	1	3/8 (37.5%)
4. Objetivos Estratégicos del Cuidado	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2/8 (25%)
5. Política de Calidad del Cuidado	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2/8 (25%)
CALIFICACION MAXIMA	5/5	2/5	0/5	0/5	0/5	3/5	0/5	5/5	5/5	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	40	0	0	0	60	0	100	100	35%

Fuente: Oficina de Coordinación de Enfermería

Figura 2. Elementos de la plataforma estratégica de enfermería



Plataforma Estratégica de Enfermería (PEE),

En cuanto a la PEE, en cuatro de las ocho (50%) IPS investigadas se identifica la existencia de plataforma estratégica de enfermería, (A, E, G, H);

- Misión de enfermería: se encontró bien definida identificó en el 50% de la IPS (A; E; G; H)
- Visión para enfermería: se encontró bien definida en el 50% de la IPS (A; E; G; H)
- Valores corporativos para el servicio de enfermería: se encontraron bien establecidos en tres de las ocho (37.5%) de las IPS tienen definidos (E, G, H)
- Objetivos estratégicos del cuidado: se identificaron solo en dos de las ocho IPS (25%) (G, H);
- Política de calidad del cuidado: se identificaron solo en dos de las ocho IPS (25%) (G, H).

En todas las IPS estudiadas existe al menos un profesional de enfermería que asume funciones de coordinador de enfermería.

En cuatro de ellas (50%) hay un profesional exclusivamente asignado para a la coordinación de enfermería, y en las cuatro restantes existe un profesional de enfermería con funciones de Coordinador de enfermería y se desempeña a nivel asistencial al mismo tiempo.

En cuanto a los elementos estructurales de la plataforma de enfermería, se encontró que: La institución A cuenta con el 40% de los elementos; la institución B con 0%; la institución C con el 0%; la institución D con el 0; la institución E con el 60%; la institución F con el 0%; la institución G con el 100%; la institución H con el 100-

El promedio ponderado de elementos de su estructura organizativa de Coordinación de Enfermería con las cuales se formulan los objetivos y políticas de calidad del cuidado con las que cuentan las IPS investigadas de 35%.

4.1.2 Estructura del sistema de gestión del cuidado en la IPS

En este estudio se observó que en todas las IPS investigadas, existen elementos estructurales que conforman el sistema de gestión del cuidado, el cual se debe orientar a garantizar la calidad del cuidado.

Estos elementos son necesarios para diseñar, orientar, ejecutar y evaluar cada una de las actividades que corresponden a las etapas del la gestión de calidad del cuidado; *planeación, organización, control y mejora de la calidad de cuidado*, las cuales constituyen los objetivos específicos de este trabajo de investigación y fueron investigadas como variables.

A continuación se presentan sucesivamente los resultados en forma sucesiva, en las Tablas tres, cuatro y cinco, respectivamente:

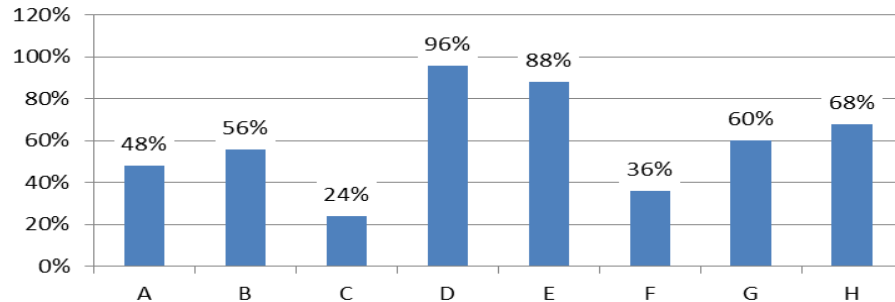
4.1.3 Planeación de la calidad del cuidado

Tabla 3. Elementos del sistema de gestión del cuidado de enfermería, variable planeación de calidad del cuidado, en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

ELEMENTOS DE LA ESTRUCTURA DE LA VARIABLE PLANEACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS Con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. Marco Normativo para asegurar Calidad del Cuidado	2	2	2	0	2	2	2	2	0	6/8 (75%)
2. Plan de Acción de Enfermería	2	1	2	0	2	1	0	2	0	5/8 (62.5%)
3. Recursos Financieros Enfermería	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0/8 (0%)
4. Modelo de Cuidado	1	1	0	0	1	0	0	0	1	3/8 (37.5%)
5. Procesos de Enfermería (para cliente interno)	3	3	1	2	3	3	2	2	3	8/8 (100%)
6. Procesos de Enfermería para el Cuidado (cliente externo)	1	0	0	0	0	1	0	1	1	3/8 (37.5%)
7. Gestión del Talento Humano en Enfermería	2	2	1	0	2	2	2	1	2	7/8 (87.5%)
8. Herramientas Técnicas y Administrativas del servicio de Enfermería	4	3	4	3	4	4	2	3	4	8/8 (100%)
9. Manual de Procesos para Personal de Enfermería	6	0	2	0	6	5	0	3	5	6/8 (75%)
10. Sistemas de Información en Enfermería	3	0	1	1	3	3	0	0	1	5/8 (62.5%)
CALIFICACION	25/25	12/25	14/25	6/25	24/25	22/25	9/25	15/25	17/25	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	48	56	24	96	88	36	60	68	63.75

Fuente: Documentos y registros de la dependencia de enfermería

Figura 3. Elementos de la estructura de la variable planeación de la calidad del cuidado



Marco normativo que orienta la prestación de los cuidados: es conocido por la coordinación en el 75% de las IPS; en el (25%) de las IPS, lo desconocen (C, H).

El Plan de acción para orientar la prestación de los cuidados: solo se evidencia objetivamente en el (50%) de las IPS (A, B, D, G); en el otro 50% no existe.

Presupuesto: en ninguna IPS de las investigadas enfermería cuenta con autonomía presupuestal como servicio.

Modelo de Cuidado: en solo el (37.5%) de las IPS investigadas enfermería tiene establecido objetivamente un modelo de cuidado (A, D, H); en (62.5% no lo tienen)

Procesos:

En (87,5%) de IPS investigadas tienen establecidos *procesos de enfermería* (B no tiene)

En (87,5%) de IPS investigadas enfermería tiene establecidos *procesos administrativos*;

(C no tiene); en (62.5%) de IPS enfermería tiene establecidos *procesos epidemiológicos*.

(B, F, H) no lo tienen.

El promedio ponderado de la existencia de procesos entre todas las IPS es de **79.1%**.

Procesos de Enfermería: solo se evidenciaron objetivamente en (37.5%), de las IPS (E, G y H); no se evidencian en (62.5%) restantes.

Gestión del Talento Humano de Enfermería: en el (75%) de IPS, enfermería afirma que *participa en los requerimientos de talento humano* del servicio: (profesionales y técnicos) para atender usuarios; (B y C no participan); en (75%) de las IPS, enfermería afirma que *participa en el proceso de reclutamiento, selección y vinculación* del personal de su servicio; (C y G no participan).

Herramientas Técnicas del Servicio de Enfermería: en (75%) de IPS investigadas se verificó la existencia de *manual de funciones para el personal de enfermería* (en C y G no); en (87.5%) de IPS se corroboró la existencia de *guías de atención de enfermería*;

en la (en H no); en el (100%) de IPS existen *protocolos de atención en enfermería* y en el (75%) de ellas utilizan *listas de chequeo*, excepto (A y F) que no las utilizan.

El promedio ponderado de existencia de herramientas técnicas evidenciadas del servicio de enfermería **es de 87.5%**.

Manuales de Procesos para Enfermería:

1. Manual de reclutamiento: solo en (37,5%) de las IPS se comprobó la existencia de manuales de reclutamiento para el personal de enfermería (D, E, H);
2. Manual de selección: solo en (37,5%) de las IPS cuentan con manuales de selección del personal de enfermería; (D, E, H);
3. Manual de vinculación e inducción: en el (62.5%) de IPS existe un manual de vinculación e inducción del personal de enfermería; (en A, C y F no existen);
4. Manual de ausentismo: en el (12,5%) se lleva un manual de ausentismo del personal de enfermería (D);
5. Manual de evaluación y seguimiento: en el (50%) de IPS se lleva un manual de evaluación y seguimiento al personal de enfermería (D, E, G, H);
6. Manual de registro de capacitación: en el (62.5%) de IPS existe un manual de registro de la capacitación (en A, C y F no existen).

El promedio ponderado de existencia de *manuales de procesos* mencionados entre todas las IPS investigadas es de **43.75%**.

Sistemas de información de Enfermería:

El (62.25%) de las IPS cuentan con *sistemas de información* que registra la actividad de enfermería, pero *no es un software del servicio de enfermería* (software de atención de la IPS); las IPS A, F, G no cuentan con sistemas.

Ninguna de las IPS cuenta con un *software de auditoría del cuidado* (0%); en el 25% de las IPS estudiadas se lleva a cabo una *alimentación periódica del sistema de información* (mensual) (D, E), y esas mismas manifiestan que tienen *personal capacitado para alimentar el sistema*.

El cumplimiento de requisitos para sistema de información de enfermería arroja un promedio ponderado entre todas las IPS de **29.08%**.

La institución A cuenta con el 87% de los elementos;

la institución B con el 56%;

la institución C con el 24%;

la institución D con el 96%;

la institución E con el 88%;

la institución F con el 36%;

la institución G con el 60%;

la institución H con el 68%.

El promedio ponderado de elementos estructurales con los cuentan cada IPS investigadas para llevar a cabo la Planeación de la calidad del cuidado es de 63.75%.

El promedio general de todos los elementos y herramientas necesarias para efectuar la planeación de la calidad del cuidado entre todas las IPS investigadas es de 51.44%.

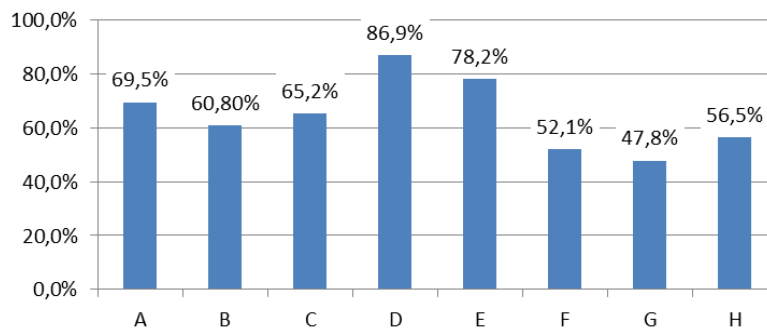
4.1.4 Organización para la calidad del cuidado de enfermería

Tabla 4. Elementos que conforman la estructura del sistema de gestión del cuidado en la variable organización a nivel táctico para la calidad del cuidado de en IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

ELEMENTOS DE LA ESTRUCTURA DE LA VARIABLE ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. Organización del Talento Humano	2	2	0	1	2	2	3	2	1	7/8 (87.5%)
2. Estilo de Dirección	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7/8 (87.5%)
3. Toma de decisiones	2	0	3	3	3	3	1	2	1	7/8 (87.5%)
4. Determinación del Perfil laboral	1	1	1	0	1	1	1	0	1	6/8 (75%)
5. Control Financiero	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1/8 (12.5%)
6. Gestión por Competencias	4	3	3	3	1	3	3	2	3	8/8 (100%)
7. Liderazgo y motivación del personal	4	4	2	4	4	3	1	3	1	8/8 (100%)
8. Procesos Comunicativos	8	5	5	3	8	5	2	1	4	8/8 (100%)
CALIFICACION TOTAL	23/23	16 23	14 23	15 23	20 23	18 23	12 23	11 23	13 23	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	69,5	60,8	65,2	86,9	78,2	52,1	47,8	56,5	59.25%

Fuente: Documentos y registros de la dependencia de enfermería

Figura 4. Elementos de la estructura de la variable organización para la calidad del cuidado



Organización del Talento Humano: Existe un equipo de enfermería para la proyección del cuidado en el nivel operativo solo en el (62.5%) de las IPS investigadas (A, D, E, F, G); en las IPS (B, C, H) no lo tienen; y, en solo en el (12,5%) tiene bien definido el nivel que ocupa en la dependencia de enfermería (F).

Estilo de Dirección: en el 87.5% de las IPS (A, C, D, E, F, G H) en el nivel táctico se evidencia claramente la delegación de funciones al nivel de trabajo operativo para proyectar el plan de acción. Solo en (12.5%) no se evidencia (B).

Toma de decisiones de enfermería:

Se toman *decisiones participativas* en el 75% de las IPS (B, C, D, E, F, G) con relación a la asignación del personal. En las IPS A y H no se toman participativamente, lo asigna la coordinación el nivel táctico. Enfermería manifiesta que se toman *decisiones individuales* en el (50%) de las IPS, enfermería manifiesta que suele a veces tomar las decisiones individualmente, desde el nivel táctico sin participación del nivel operativo, son las IPS (B, C, D, E). En el (25%) de las IPS enfermería no toma decisiones sobre su personal (A, H) y las toma solo la oficina de talento humano.

La participación ponderada de enfermería en la *toma de decisiones es de 75%*.

Determinación del Perfil laboral: en el (75%) de las IPS, enfermería tiene definido los puestos de trabajo que necesita. En las IPS C y G no se evidencian.

Control Financiero: en el (12.5%) de las IPS enfermería se encuentra involucrada organizacionalmente en el seguimiento a la ejecución del presupuesto, (la H); el (87.5%) no participan del control financiero.

Gestión por competencias:

En el (100%) de las IPS investigadas enfermería es responsable de la *asignación del talento humano para procesos de enfermería*; en el (87.5%) de las IPS la coordinación de enfermería es responsable de la *asignación de talento humano de enfermería para procesos administrativos* relacionados con el servicio: en (87,5%), en la IPS D no lo asigna; en el (75%) de las IPS enfermería *asigna talento humano para procesos epidemiológicos*; en el (25%) no lo hace: (D y G).

La participación ponderada organizacional de enfermería evidenciada en la estructura del sistema de *gestión por competencias es de 87,5%*.

Liderazgo y motivación del personal:

La dependencia de enfermería lidera, motiva y exige al personal *adherencia al manual de funciones de enfermería* solo en el (37.5%) IPS (A, C, D); motiva y exige al personal *adherencias a las guías de manejo* en el (75%) de las IPS, pero en las IPS F y H no lo hace; y *motiva al uso de los protocolos de atención* en el (87.5%) de IPS, en la H no lo hace.

Procesos comunicativos:

La dependencia de enfermería aplica los *procesos comunicativos* con el nivel operativo, mediante: *dialogo directo* en todas las instituciones investigadas (100%); *comunicados escritos* en el (75%) de IPS investigadas (en la G y H no); *memorandos*: en el (75%) de IPS investigadas, en la IPS (E y G) no los usan. *Intranet*: en el (37,5%) de las IPS (A, B, D); y *otros mecanismos* (llamadas internas, aviso por parlantes) en el (37.5%) de las IPS (A, B, D).

Enfermería hace *evaluación del personal a cargo* solo en el (25%) de las IPS (D y E); en el (75%) de las IPS no lo evalúa.

Enfermería dispone de los resultados del sistema de información del cuidado para *retroalimentación* en solo el (25%) de las IPS, (D y E); solo en el (25%) de las IPS enfermería *verifica la actualización de la información*, cerciorándose que el sistema de información del cuidado se está alimentando conforme a lo planeado (D, E). El promedio de cumplimiento de los *procesos comunicativos* es de 50%.

El promedio ponderado de existencia de herramientas y procesos organizativos para la calidad del cuidado entre todas las IPS es de **56.25%**

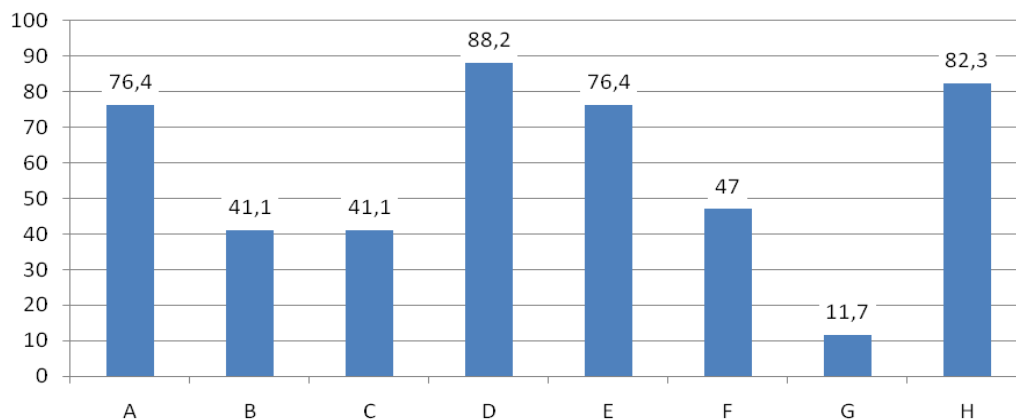
4.1.5 Control y mejora de la calidad del cuidado de enfermería

Tabla 5. Elementos que conforman la estructura del sistema de gestión de calidad del cuidado, en su variable Control y Mejora Continua del cuidado de enfermería, en IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

ELEMENTOS DE LA ESTRUCTURA DE LA VARIABLE CONTROL Y MEJORA DE CALIDAD DEL CUIDADO	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. Fomento del auto-control en el quehacer cotidiano de Enfermería	2	2	0	0	2	2	1	0	0	4/8 (50%)
2. Control y seguimiento del quehacer Enfermero	5	2	2	2	5	4	2	0	5	7/8 (87.5%)
3. Diagnostico de Problemas del servicio de Enfermería	2	2	1	2	2	2	2	0	2	7/8 (87.5%)
4. Formulación e implementación de Planes de mejoramiento	2	2	2	2	1	2	2	2	2	8/8 (100%)
5. Evaluación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento	1	1	0	0	0	1	0	0	1	3/8 (37.5%)
6. Rediseño de Planes de mejoramiento de la calidad del cuidado	1	1	0	0	1	0	0	0	1	3/8 (37.5%)
7. Mejora continua de la calidad del cuidado	2	2	1	0	2	1	0	0	2	5/8 (62.5%)
8. Aseguramiento de la calidad del cuidado	2	1	1	1	2	1	1	0	1	7/8 (87.5%)
CALIFICACION TOTAL	17/17	<u>13</u> 17	<u>7</u> 17	<u>7</u> 17	<u>15</u> 17	<u>13</u> 17	<u>8</u> 17	<u>2</u> 17	<u>14</u> 17	-----
CALIF PORCENTUAL	100	76,4	41,1	41,1	88,2	76,4	47	11,7	82,3	58.02%

Fuente: Documentos y registros de la dependencia de enfermería

Figura 5. Elementos de la estructura de la variable control y mejora calidad del cuidado



Fomento del auto-control en el quehacer de Enfermería: en el (50%) de las IPS investigadas, la coordinación afirma que fomenta el autocontrol (A, D, E, F), en el quehacer cotidiano enfermero, pero solo en tres de ellas (37,5%) se evidenció objetivamente.

Seguimiento del quehacer Enfermero: en el (75%) de las IPS investigadas la coordinación realiza seguimiento mediante análisis de información; en el (50%) existen listas de chequeo; en (50%) se realiza control mediante evaluación del personal; en el (50%) se evidencian registros de actividades de seguimiento, y en el (50%) se evidencian registros de evaluaciones de objetivos del cuidado. Solo en el 50% de IPS se evidencia seguimiento al quehacer enfermero.

Diagnostico de Problemas del servicio de Enfermería: en el (87,5%) de las IPS investigadas, la coordinación enfermería demuestra evidencias de documentos de identificación de puntos o aspectos problemáticos, y en el (75%) de ellas demuestra haber identificado las causas de los problemas. El diagnostico de problemas se verifica en 75% de casos.

Elaboración de Planes de Mejoramiento de la calidad del cuidado: en el (100%) de las IPS se evidencia que la coordinación de enfermería cuenta algún documento toma de las decisiones tendientes a mejorar las falencias (pero son medidas coyunturales).

Seguimiento a planes de mejoramiento de la calidad del cuidado: en el (87,5%) de las IPS se evidencia al menos un soporte que esboza la implementación de planes de mejoramiento.

Rediseño de Planes de mejoramiento de la calidad del cuidado: solo en (37,5%) de las instituciones se evidencia al menos un documento de rediseño de planes de mejoramiento.

Mejora continua de la calidad del cuidado:

Liderazgo y socialización de planes rediseñados: en el (50%) de las IPS investigadas (A, D, E, H) se esbozan rediseños de algunos planes y soportes de la socialización de lo

planificado; Evaluación del impacto del rediseño: en el (50%) de las IPS (A, D, E, H) se esbozan algunas evaluaciones tendientes a evaluar el impacto de los rediseños.

Los planes rediseñados y sus evaluaciones como mejora continua se esbozan en el 50%.

Aseguramiento de la calidad del cuidado:

En el (62.5%) de IPS se evidencian registros de actividades de la coordinación de enfermería para motivar e intentar la prevención de eventos adversos, en coordinación con los profesionales del nivel operativo (A, D, E, F, H); en el (37.5%) de las IPS se evidencian registros de actividades de enfermería que desde el nivel táctico tienden a motivar la adhesión a guías y protocolos en forma continua y, a mantener una buena comunicación, tendiente a evitar las glosas inherentes al acto de cuidado y a la falta de gestión, en coordinación con el nivel operativo. El promedio de actividades lideradas desde el nivel táctico y tendiente al aseguramiento se evidencia en 50%. El promedio ponderado de la existencia de herramientas y registros de actividades de control y mejora de la calidad del cuidado en el nivel táctico entre todas las IPS es de (60.93%).

Al promediar los resultados ponderados obtenidos en cada una de las variables de la estructura del sistema de gestión de calidad del cuidado en el nivel táctico es

4.2 Gestión de calidad del cuidado de enfermería

En este estudio se observó que en todas las IPS investigadas, existen procesos y actividades que se deben integrar en torno al sistema de gestión del cuidado, en aras de mejorar la calidad del cuidado ofertado y entregado.

Para conceder un enfoque didáctico en lo atinente a los fines de esta investigación, se examinan en cuatro subtemas, de manera sucesiva: la relación docencia-servicio, el modelo de enfermería, el proceso cuidador y el modelo de gestión del cuidado de la IPS, que se presentan en las Tablas seis, siete, ocho y nueve respectivamente.

4.2.1 Relación docencia servicio

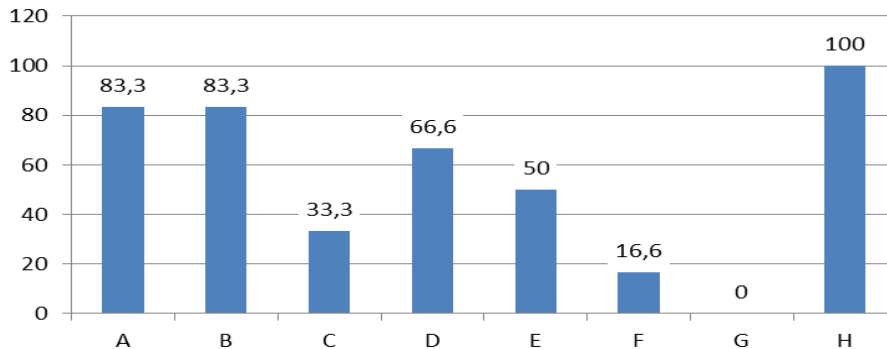
Tabla 6. Gestión de calidad del cuidado, en el sub-tema: Relación docencia-servicio, en IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO EN LA RELACION DOCENCIA-SERVICIO	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. ¿Se llevan a cabo prácticas formativas de enfermería en esta institución?	1	1	1	1	1	1	1	0	1	7/8 (87.5%)
2. ¿Existe convenio docencia servicio?	1	1	1	1	0	1	0	0	1	5/8 (62.5%)
3. ¿Se llevan a cabo actividades de extensión de enfermería en esta institución?	1	1	1	0	1	1	0	0	1	5/8 (62.5%)
4. ¿Se llevan a cabo actividades investigativas de enfermería en esta ips?	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2/8 (25%)
5. ¿Enfermería participa o ha participado en proyectos de Extensión llevados a	1	1	0	0	1	0	0	0	1	3/8 (37.5%)

cabo en esta institución?										
6. ¿Enfermería está participando en los proyectos de investigación llevados a cabo en esta institución?	1	1	1	0	1	0	0	0	1	4/8 (50%)
CALIFICACION TOTAL	6/6	5/6	5/6	2/6	4/6	3/6	1/6	0/6	6/6	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	83,3	83,3	33,3	66,6	50	16,6	0	100	54.13%

Fuente: Documentos y registros de la dependencia de enfermería

Figura 6. Gestión de calidad del cuidado en la relación docencia - servicio



El (87,5%) de las IPS estudiadas constituyen escenarios de prácticas formativas (docencia) para enfermería (A.B.C.D.E, F, H), pero solo en cinco de ellas (62,5%) al momento de la verificación (A, B, C, E, H), se evidencian documentos de convenios docencia servicio.

En el (62,5%) de las IPS investigadas se realizan actividades académicas de actualización para profesionales (extensión) (A, B, D, E, H), y; solo en el (25%) de las IPS se llevan a cabo actividades de investigación.

Enfermería solo demuestra participación en actividades de extensión en (A, B, D) el (37,5%) de las IPS, y haber participado en otro tipo de investigaciones (no de enfermería) en la ips en 50%. (A, B, D, H).

El promedio ponderado de la participación demostrada por parte de enfermería en las IPS en lo atinente a las actividades en la relación docencia servicio es de solo 54.15%.

4.2.2 Modelo de cuidado

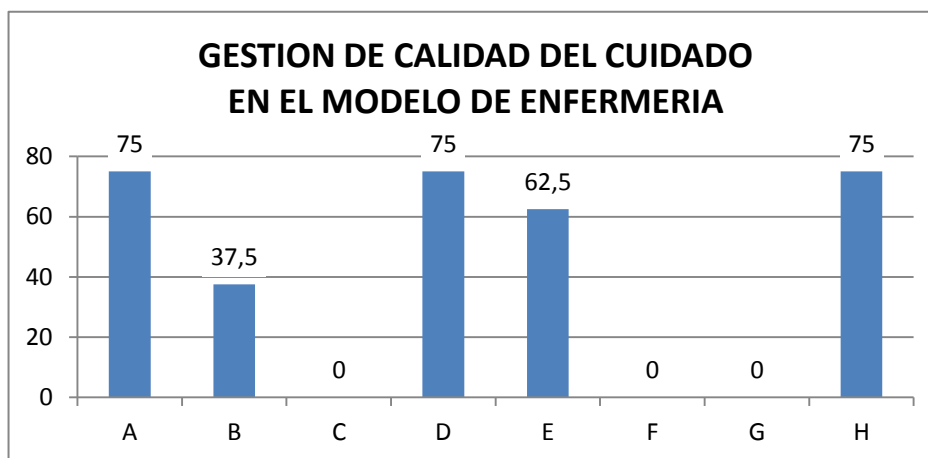
Tabla 7. Gestión de calidad del cuidado, en el sub-tema: Modelo de cuidado de la IPS de tercer y cuarto nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO EN EL MODELO DE ENFERMERIA	Puntaje máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. Se tiene definido un proceso de inducción a la Institución y a la dependencia de enfermería?	1	0	0	0	1	1	0	0	1	3/8 (37.5%)
2. ¿Si existe un Modelo de Cuidado de Enfermería, es utilizado por las Instituciones formadoras?	1	1	0	0	1	1	0	0	1	4/8 (50%)
3. ¿Si no existe un Modelo de Cuidado de Enfermería, las instituciones formadoras tienen un modelo de Cuidado de Enfermería?	1	1	0	0	0	0	0	0	1*	2/8 (25%)

4. Enseñe el modelo de cuidado	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1/8 (12,5%)
5. ¿El modelo de cuidados constituye una orientación para la práctica asistencial de enfermería?	1	1	1	0	1	1	0	0	1	5/8 (62,5%)
6. ¿El modelo de cuidado contribuye a la actualización de los profesionales de enfermería (extensión)?	1	1	1	0	1	1	0	0	1	5/8 (62,5%)
7. ¿El modelo de cuidados constituye una motivación, desarrollo de la investigación en enfermería?	1	1	1	0	1	0	0	0	0	3/8 (37,5%)
8. ¿El modelo de cuidados orienta los procesos gestión de enfermería en la institución?	1	1	0	0	1	1	0	0	0	3/8 (37,5%)
CALIFICACION TOTAL	8/8	$\frac{6}{8}$	$\frac{3}{8}$	$\frac{0}{8}$	$\frac{6}{8}$	$\frac{5}{8}$	$\frac{0}{8}$	$\frac{0}{8}$	$\frac{6}{8}$	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	75	37,5	0	75	62,5	0	0	75	40,6%

Fuente: Documentos y registros de la dependencia de enfermería

Figura 7. Gestión de calidad del cuidado en la relación docencia - servicio



En el (37.5%) de instituciones investigadas (D, E, H) existe modelo de inducción dirigido al personal que ingresa a laborar en la dependencia de enfermería.

En el (50%) de IPS afirman que existe un Modelo cuidado que es utilizado por las instituciones formadoras, (A, D, E, H) y en el (25%) de las restantes afirman que existen modelos de las entidades formadoras. Al momento de la verificación solo el (12.5%) cuenta con el modelo (institución H). En cinco de las ocho (62.5%) IPS investigadas (A, B, D, E, H) manifiestan que el modelo orienta las prácticas formativas y en esas mismas (62,5%), manifiestan que el modelo orienta las actividades de extensión.

Solo en el (37,5%) de las IPS (A, B, D) manifiestan que el modelo constituye una motivación para la investigación en enfermería y en igual número de casos (A, D, E), el modelo orienta la gestión del cuidado. Se debe señalar que resulta preocupante que las instituciones C, F, y G no demostraron la existencia de un modelo de cuidados (37.5%).

Por otra parte, la institución B demuestra utilización del modelo en un (37,5%), la institución E demuestra su utilización en el (62.5%), mientras que las instituciones A, D y

H demuestran su aplicación en el (75%). El promedio ponderado de la utilización objetiva del modelo de cuidado en las ocho IPS estudiadas es preocupante pues resulta ser (40,6%).

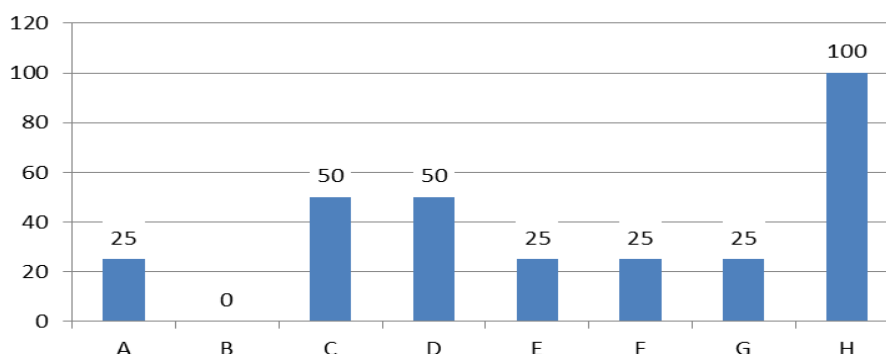
4.2.3 Proceso cuidador

Tabla 8. Gestión de calidad del cuidado, sub-tema: proceso cuidador en las IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO EN EL PROCESO CUIDADOR EN LA IPS	Puntaje máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. ¿En las experiencias de formación se utilizan las guías, protocolos de atención y de enfermería definidos por la Institución?	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7/8 (87,5%)
2. ¿Se han estandarizado las actuaciones de las enfermeras, mediante el desarrollo de planes de cuidados para las situaciones de alteración de la salud más frecuentes?	1	0	0	1	1	0	0	0	1	3/8 (37,5%)
3. ¿Existen instrumentos informatizados diseñados que faciliten la planificación de lo cuidados y ofrezcan información directa acerca de las intervenciones llevadas a cabo?	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2/8 (25%)
4. ¿Existe un sistema de información que permita evaluar la efectividad y la eficiencia de los cuidados?	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2/8 (25%)
CALIFICACION TOTAL	$\frac{4}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{2}{4}$	$\frac{4}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{4}{4}$	-----
CALIF PORCENTUAL	100	25	0	50	50	25	25	25	100	37.5%

Fuente: Documentos y registros de la dependencia de enfermería

Figura 8. Gestión de calidad del cuidado en el proceso cuidador en la IPS



En el (87,5%) de las IPS investigadas se evidencia la implementación de guías de manejo y protocolos (A,C, D, E, F, G H), excepto en B;

La estandarización de planes de cuidados para las situaciones de enfermería más frecuentes se evidencian solo en el (37,5%); (C; D; H), en el (62,5%) no lo están.

Solo el (25%) de la IPS investigadas utilizan herramientas informatizadas para el cuidado (D; H) y en esas mismas existen instrumentos informatizados que faciliten información

directa sobre las intervenciones realizadas por enfermería. Solo en esas mismas IPS se utilizan Herramientas informatizadas para evaluación del cuidado, que contribuyen a facilitar la evaluación de la efectividad y eficacia de los cuidados.

En el 12.5% las IPS (B) no se evidencia ningún elemento que permita evaluar el proceso cuidador; el 50% de las IPS (A, E, F, y G) cuentan con solo el 25% de ellos; el (12.5%) de las IPS, (C) cuenta con el 50% de los elementos, y; solo el (12.5%) IPS, (H) cuenta con el 100% de los elementos necesarios para evaluar el proceso cuidador.

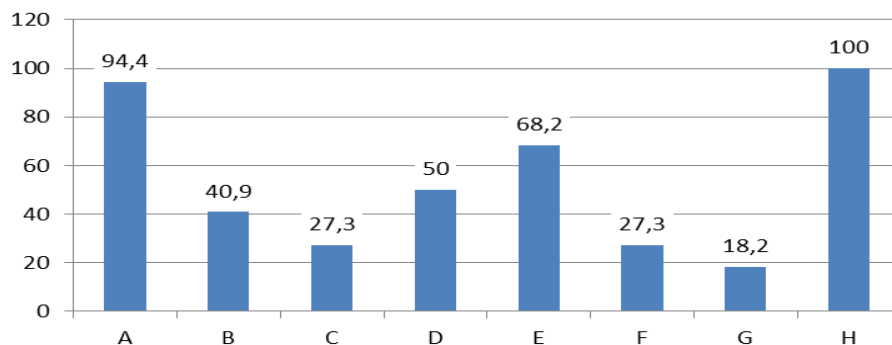
4.2.4 Modelo de gestión de calidad del cuidado

Tabla 9. Gestión de calidad del cuidado, sub-tema: Modelo de gestión de la calidad del cuidado en las IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO EN EL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN LA IPS	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. Existe una idea de Sistema de garantía de la calidad en la IPS (para orientar el cuidado)	1	0	0	0	1	1	0	0	1	3/8 (37.5%)
2. ¿Existe un estilo de dirección participativa por objetivos (DPPPO)?	1	1	1	0	0	0	0	0	1	3/8 (37.5%)
3. ¿Existe un sistema de mejora de la calidad de cuidados?	1	1	1	0	0	0	0	0	1	3/8 (37.5%)
4. ¿Se lleva a cabo procesos formativos centrados en objetivos que faciliten el desarrollo de los cuidados?	1	1	1	0	0	0	0	0	1	3/8 (37.5%)
5. ¿Se llevan a cabo actividades de extensión que faciliten la actualización constante de los profesionales del cuidado?	1	1	1	0	1	0	0	0	1	4/8 (50%)
6. ¿Se lleva a cabo algún tipo de investigación que se utilice como medio para la mejora continua de la calidad de los cuidados?	1	1	1	0	0	0	0	0	1	3/8 (37.5%)
7. ¿Se lleva a cabo la gestión del Cuidado, profundizando en las innovaciones puestas en marcha (gestión del servicio)?	1	1	1	0	1	0	0	0	1	4/8 (50%)
8. ¿Enfermería lleva a cabo la gestión por procesos como herramienta del sistema de garantía de la calidad?	1	1	1	0	1	1	0	1	1	6/8 (75%)
9. ¿Se lleva a cabo la gestión por competencias en enfermería como servicio?	1	1	1	0	1	1	0	1	1	6/8 (75%)
10. ¿Se lleva a cabo la gestión del conocimiento en el servicio?	1	1	0	0	1	1	0	1	1	5/8 (62.5%)
11. ¿Enfermería lleva a cabo la <i>gestión de su información</i> como herramienta fundamental tendiente a posibilitar la consolidación definitiva de la auditoría del cuidado?	2	2	0	1	2	1	0	0	2	5/8 (62.5%)
12. ¿Enfermería promueve y lleva a cabo una buena comunicación –eficaz, bidireccional?	3	3	1	3	3	3	3	1	3	8/8 (100%)
13. Gestión del Talento Humano	7	7	0	2	0	7	3	0	7	5/8 (62.5%)
CALIFICACION TOTAL	22	<u>21</u> 22	<u>9</u> 22	<u>6</u> 22	<u>11</u> 22	<u>15</u> 22	<u>6</u> 22	<u>4</u> 22	<u>22</u> 22	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	94,4	40,9	27,3	50	68,2	27,3	18,2	100	53.28%

Fuente: Documentos y registros de la dependencia de enfermería

Figura 9. Gestión de calidad del cuidado en el modelo de gestión de la calidad del cuidado en la IPS



Existe una idea de garantía de calidad enfocada a los cuidados: solo en el (37,5%) de las IPS se evidencia una idea de garantía del cuidado (D, E, H)

Existe Estilo de dirección participativo en el (37,5%) de las IPS, en la construcción de algunos objetivos (A, B, H)., pero no existe un equipo de enfermeros asesores expertos (staff).

En el (37,5%) de las IPS se evidencia la implementación de sistema de mejora (A,B, H)

Existen practicas formativas orientadas a consecución de objetivos de mejoras del cuidado en el (37,5%) de las ips investigadas (A, B, H).

Se llevan a cabo actividades de extensión en procura de actualización de profesionales de enfermería orientadas a mejorar la calidad de los cuidados en el (50%) de las IPS (A, B, D, H).

Se llevan a cabo algún tipo de investigación que se utilice como medio para la mejora continua de la calidad de los cuidados en el (37,5%) IPS (A, B, H).

Se lleva a cabo la gestión del Cuidado, profundizando en las innovaciones puestas en marcha (gestión del servicio) en el (50%) de las IPS, (A,B, D, H.)

Enfermería lleva a cabo la gestión por procesos como herramienta del sistema de garantía de la calidad en seis de las ocho (75%); no las llevan a cabo dos (C y F)

Se lleva a cabo la gestión por competencias en enfermería como servicio en el (75%); de las IPS, no se llevan en el 25% (C y F).

Se lleva a cabo la gestión del conocimiento en el servicio en (62,5%) ips; solo en tres no se lleva a cabo y son (B, C y F).

Enfermería lleva a cabo la *gestión de su información* como herramienta fundamental tendiente a posibilitar la consolidación definitiva de la auditoria del cuidado en el (37,5%) y parcialmente en el (25%) para un total de (62,5%) de las IPS; en el (25%) no se llevan a cabo (B y G).

Enfermería promueve y lleva a cabo una buena comunicación –eficaz, bidireccional en (75%) de las IPS, y parcialmente en (25%) que son la (B y G.)

Gestión del Talento Humano: en (37.5%) de las ips enfermería lleva a cabo una buena gestión de talento (A, E, H); en el (25%) , influye en la gestión (C y F), para una participación total de (62.5%); en dos de ocho instituciones (25%) no participa (B y D).

4.3 Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS

En este estudio se observó el resultado del proceso de gestión de calidad del cuidado liderado desde el nivel táctico en todas las IPS investigadas, obtenidos a partir de la auto-evaluación de sus respectivos coordinadores apoyados en la directriz de la guía de verificación. Se examinan en forma sucesiva: la satisfacción del cliente interno, la satisfacción del cliente eterno, el control de eventos adversos y el impacto en la costo-efectividad. Se presentan en las Tablas diez, once, doce y trece respectivamente.

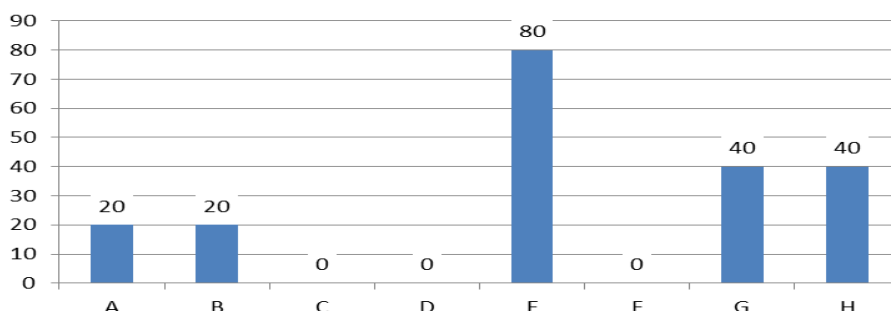
4.3.1 Satisfacción del cliente interno

Tabla 10 Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS en el nivel táctico, mediante auto evaluación de la coordinación. Sub tema: satisfacción del cliente interno en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

RESULTADOS DEL PROCESO DE GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS Con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. ¿Evalúa Enfermería, la satisfacción de sus clientes internos?	1	1	1	0	0	1	0	1	1	5/8 (62.5%)
2. ¿Como lo hace? Mensual-	1	0	0	0	1	0	0	1	1	3/8 (37,5%)
3. ¿Evalúa la coordinación de Enfermería, el desempeño de sus clientes internos?	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1/8 (12.5%)
4. En caso afirmativo: ¿Retroalimenta la información?	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1/8 (12.5%)
5. ¿Utiliza la Coordinación de Enfermería la evaluación para motivar al personal?	1	0	0	0	0	1	0	1	1	3/8 (37.5%)
CALIFICACION TOTAL	$\frac{5}{5}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{4}{5}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{2}{5}$	$\frac{2}{5}$	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	20	20	0	0	80	0	40	40	25%

Fuente: Coordinadora de enfermería

Figura 10. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado satisfacción del cliente interno



En la evaluación de la satisfacción del cliente interno de enfermería desde el nivel táctico: se encontró que en el (62.5%) IPS investigadas (A, B, E, G Y H), la coordinación asevera que se realiza; al verificar solo existen soportes de evaluaciones mensuales en el (37.5%). En (D, G, H).

La evaluación del desempeño del personal de enfermería desde el nivel táctico: solo evidencio en el (12.5%), la IPS (E) y se evidencia retroalimentación de la información. En lo referente a la utilización de la evaluación como elemento de motivador, en el (37,5%) de las IPS aseveran darle ese uso (E, G, H) pero no se corrobora; en el 62,5% de las IPS no lo hacen (A, B.C.D, F).

En cuanto a la existencia y participación de la coordinación de enfermería en actividades lideradas desde el nivel táctico y tendientes a incidir favorablemente en la motivación y satisfacción del cliente interno el (37.5%) lo asevera (E; G; H), pero solo en el 12.5% se corrobora evaluación –en la IPS (E); pero en ella no se evidencia retroalimentación.

4.3.2 Satisfacción del cliente externo

Tabla 11 Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS en el nivel táctico, mediante auto evaluación del coordinación, Sub tema: satisfacción del cliente externo en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

RESULTADOS DEL PROCESO DE GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								Total ips con Rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. La Coordinación de Enfermería evalúa la <i>satisfacción de los usuarios de su atención</i> entrevistas?	1	1	0	0	0	1	1	0	0	3/8 (37,5%)
2. Mediante encuestas al egreso	1	0	0	0	0	1	0	1	1	3/8 (37,5%)
3. La Coordinación de Enfermería, en esta IPS, ha logrado motivar, promover y mantener en coordinación con el nivel operativo, la plena <i>satisfacción del cliente externo</i> en alguna unidad de atención	1	1	1	0	0	1	0	0	0	3/8 (37,5%)
4. Si la respuesta es afirmativa, favor marcar a continuación en cual o cuantas unidades de atención:	6 a 9	$\frac{7}{7}$	$\frac{6}{7}$	$\frac{0}{7}$	$\frac{0}{7}$	$\frac{5}{7}$	$\frac{0}{6}$	$\frac{0}{6}$	$\frac{0}{6}$	3/8 (37,5%)
CALIFICACION TOTAL	9 a 12	$\frac{9}{10}$	$\frac{7}{10}$	$\frac{0}{10}$	$\frac{0}{10}$	$\frac{8}{10}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	90	70	0	0	80	11	11	11	25%

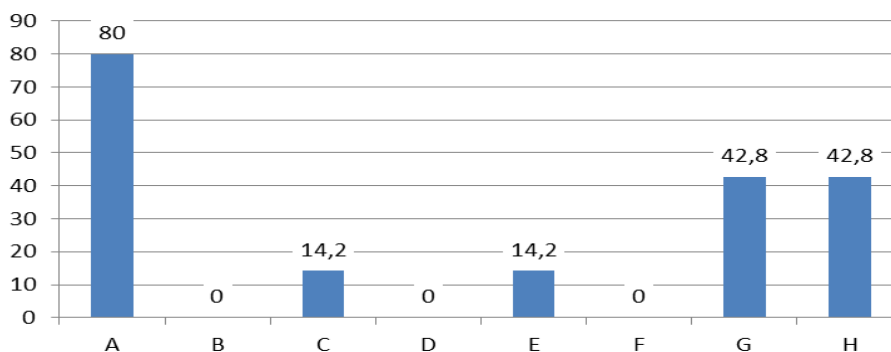
Fuente: Coordinadora de enfermería

Tabla 12. (Continuación).

RESULTADOS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CUIDADO CONTROL DE EVENTOS ADVERSOS	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS Con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
• Urgencias	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2/8 (25%)
• Sala de partos	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2/8 (25%)
• Cirugía	1	1	0	0	0	1	0	1	0	3/8 (37.5%)
• Hospitalización (sala general)	1	1	0	0	0	1	1	0	0	3/8 (37.5%)
• Cuidados intermedios	1	1	0	0	0	0	1	1	0	3/8 (37.5%)
• Cuidados intensivos	1	1	0	0	0	1	1	1	1	5/8 (62.5%)
• Hemodinamia	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Unidad renal	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Otro (especifique):	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CALIFICACION TOTAL	10	8/10	0/7	1/7	0/7	1/7	0/7	3/7	3/7	---
CALIF PORCENTUAL PORCENTUAL	100	80	0	14,2	0	14,2	0	42,8	42,8	(24.25%)

Fuente: Coordinadora de enfermería

Figura 12. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado control de eventos adversos



En cuanto a la motivación, promoción y mantenimiento del control de eventos adversos liderada desde la coordinación de enfermería con nivel operativo: EL (100%) de las coordinadoras de enfermería de las IPS reconocen esa obligación; en el (62.5%) de ellas IPS (A, B, F, G, H) afirman ese compromiso, pero solo en el (37.5%) de las IPS se evidencian documentos que corroboran la promoción y consecución de ese logro.

En el (25%) de las IPS, (A y E) se evidenció al menos en un mes ese logro en el servicio de atención de *urgencias*; y en esas mismas, se obtuvo igual logro en *sala de partos*.

En el (37.5%) de las IPS se obtuvo al menos en un mes ese mismo logro en *cirugía* (A, E, G), *hospitalización* (A, E, F), y *cuidados intermedios* (A, F, G);

En *cuidado intensivo* en el (62.5%) de las IPS se evidencian registros de esos seguimientos, exceptuadas (B, C, D.) pero no consiguen el logro-

La verificación de la existencia y participación de la coordinación de enfermería en las diferentes actividades lideradas desde el nivel táctico y tendientes a incidir favorablemente en la prevención y control de eventos adversos se refleja en un promedio ponderado de todas las IPS en un 37.5% al menos en algún mes.

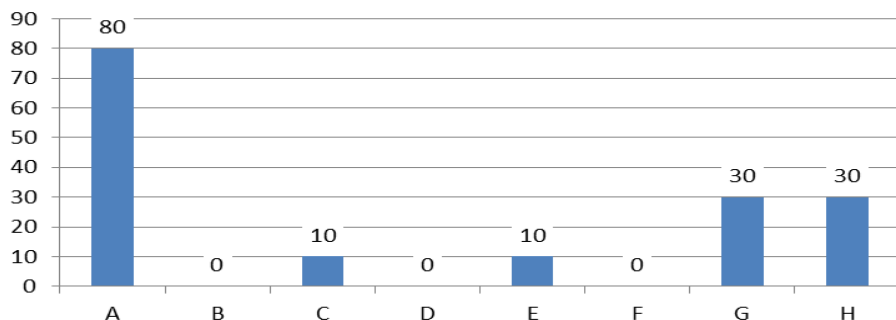
4.3.4 Impacto de la gestión de calidad del cuidado en la costo efectividad de la asistencia sanitaria en la IPS

Tabla 13. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado en el servicio de enfermería de la IPS en el nivel táctico, mediante auto evaluación de la coordinación de enfermería. Sub tema: impacto de la gestión de calidad del cuidado en el costo-efectividad de la atención sanitaria en IPS de III y IV nivel en Barranquilla, en el primer semestre de 2011.

RESULTADOS DEL PROCESO DE GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO: IMPACTO EN LA COSTO EFECTIVIDAD DE LA ATENCION SANITARIA	Puntaje Máximo	PUNTAJE DE CADA INSTITUCION								TOTAL IPS con el rasgo
		A	B	C	D	E	F	G	H	
1. ¿La Coordinación de Enfermería en esta IPS, lidera y coordina acciones orientadas al logro de los objetivos institucionales (eficacia) con el menor uso de recursos posible (eficiencia)?	1	1	0	1	0	1	0	1	1	5/8 (62.5%)
2. ¿Considera usted que la Coordinación de Enfermería, en esta IPS ha logrado en coordinación con el nivel operativo, evitar durante más de un mes, glosas relacionadas con el proceso de atención en alguna unidad de atención?	1	1	0	0	0	0	0	1	1	3/8 (37.5%)
Urgencias	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1/8 (12,5%)
Sala de Partos	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1/8 (12,5%)
Cirugía	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1/8 (12,5%)
Hospitalización	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1/8 (12,5%)
Cuidado intensivo neonatal	1	1	0	0	0	0	0	1	1	3/8 (37,5%)
Cuidado intensivo adulto	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1/8 (12,5%)
Hemodinamia	--	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Unidad renal	---	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CALIFICACION TOTAL	<u>10</u> 10	<u>8</u> 10	<u>0</u> 10	<u>1</u> 10	<u>0</u> 10	<u>1</u> 10	<u>0</u> 10	<u>3</u> 10	<u>3</u> 10	-----
CALIFICACION PORCENTUAL	100	80	0	10	0	10	0	30	30	20%

Fuente: Coordinadora de enfermería

Figura 13. Resultados del proceso de gestión de calidad del cuidado: impacto el costo-efectividad de la atención sanitaria



En lo referente a las acciones lideradas y orientadas desde el nivel táctico de enfermería en búsqueda de eficacia y eficiencia en el proceso de atención, se manifiesta en el (62.5%) por parte de la coordinación de enfermería de la IPS, que existen documentos producto de directrices administrativas que se orientan al control de costos y recursos, (A, C, G, E, H), pero solo se evidencian en el (37,5%) de ellas (A, G y H).

En lo referente a controles para prevención de glosas causadas en el proceso de atención, promovidos y liderados desde el nivel táctico de enfermería en coordinación con el operativo: se encuentra que en el (37,5%) IPS se tiene información de al menos un mes sin glosas (A, G, H) en los servicios, pero solo se constata en el (12.5%) la institución A, la cual tiene informes de cero glosas mensuales.

Llama la atención que en el (37.5%) de IPS se logran evidenciar informes de cero glosas en al menos un mes en algún servicio, y todas documentadas en unidades de cuidado intensivo neonatal (A, G, H).

La verificación de la existencia y participación de la coordinación de enfermería en las diferentes actividades lideradas desde el nivel táctico y tendientes a incidir favorablemente en la costo efectividad se refleja en un promedio ponderado de todas las IPS en un 44.83%.

4.4 Resultados consolidados de la aplicación de la guía de verificación

El primer componente se ocupa de dos temas: el primero de la estructura del servicio misional de enfermería en la IPS, abordado en relación con la plataforma estratégica institucional y la plataforma estratégica de enfermería; el segundo busca hacer visible la estructura del sistema de gestión del cuidado en cada etapa (variables en este estudio): planeación, organización, control y mejora. Este primer componente trata de describir que tan completa es la estructura del servicio de enfermería y del sistema de gestión del cuidado. El segundo componente se ocupa de un solo tema, describir el proceso de gestión en la IPS, enfocado como un macro-proceso integrador de las actividades de enfermería en la IPS, relación docencia-servicio; modelo de enfermería, proceso cuidador, y el modelo de gestión del cuidado de la IPS de Se trata de describir que tan funcional es. El tercer componente describe los resultados obtenidos con el proceso de

gestión en la IPS en el nivel táctico mediante auto evaluación de su coordinador. Se buscan relacionar ese resultado con los del primer y segundo componente de modo que permitan un análisis contextual que aproxime una explicación a manera de conclusiones. Esta información se consolida en la siguiente Tabla.

Tabla 14. Resultados consolidados (promedio de todas las IPS) por variables y sub-variables en gestión de la calidad del cuidado de enfermería en IPS de tercer y cuarto nivel.

Elemento	Nombre	Verificada	Calificación
PRIMER	COMPONENTE		
	ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA	SI	
TEMA 1ª	PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA IPS	SI	
Subtema 1	Plataforma Estratégica Institucional		52,26%
Subtema 2	Plataforma Estratégica de Enfermería		25%
TEMA 2º	ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTION DEL CUIDADO	SI	
	EN LA IPS INVESTIGADA		
Variable 1ª	Planeación a nivel de calidad del cuidado		63.75%
Variable 2ª	Organización a nivel de la calidad del cuidado		59.25%
Variable 3ª	Control y mejora de la calidad del cuidado		57.81%
	PROMEDIO TEMA 2	Promedio	60,27%
	PROMEDIO CUMPLIMIENTO COMPONENTE I = (T1 + T2)/2		49.45%
SEGUNDO	COMPONENTE		
	GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO	SI	
		promedio	¿
TEMA	GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO (COMO PROCESO)	SI	
Subtema 1	Relación docencia-servicio en la IPS		54.15%
Subtema 2	Modelo de cuidado en la IPS		40.6%
Subtema 3	Proceso cuidador en la IPS		37,5%
Subtema 4	Modelo de gestión de calidad del cuidado en la IPS		37.5%
	PROMEDIO COMPONENTE II	Promedio:	42.43%
TERCER	COMPONENTE		
	AUTO EVALUACION PROCESO DE GESTION DEL CUIDADO	SI	
		promedio	¿
TEMA	RESULTADOS PROCESO GESTION DE CALIDAD	SI	
	(Auto-evaluación de la coordinación)	:	
Subtema 1	Satisfacción cliente interno (cuidador)		25%
Subtema 2	Satisfacción cliente externo (sujeto de cuidado)		25%.
Subtema 3	Control eventos adversos		24.25%
Subtema 4	Impacto en la costo-efectividad		20%.
	PROMEDIO COMPONENTE III	Promedio:	23.56%
	PROMEDIO COMPONENTES (I + II + III)/3		38.48%

Tabla 15. resultados (mediciones promedios) de las variables y sub variables por IPS en la gestión de la calidad del cuidado de enfermería en IPS de tercer y cuarto nivel.

COMPONENTE	INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS							
	A	B	C	D	E	F	G	H
I: ESTRUCTURA								
Del servicio Enfermería	100	100	100	100	100	100	100	100
P. Estratégica Institucional	57	4.7	14.2	76	76	28.5	85'7	76
P. Estratégica Enfermería	20	0	0	0	60	0	100	100
Sistema de gestión cuidado	100	100	100	100	100	100	100	100
Elementos Planeación	48	56	24	96	88	36	60	68
Elementos Organización	69,5	60.8	65,2	86,9	78,2	52.1	47,8	56,5
Elementos Control y Mejora	76,4	41,1	41,1	88,2	76,4	47	11,7	82,3
% Promedio elementos verif:	64.63	52.63	43.43	90.36	80.86	45.03	39.83	68.93
II: PROCESO								
Gestión calidad cuidado IPS	100	100	100	100	100	100	100	100
Relación Docencia –Servicio	83,3	83.3	33.3	66.6	50	16.6	0*	100
Modelo Enfermería	75	37,5	0	75	62.5	0	0	75
Proceso Cuidador	25	0	50	50	25	25	25	100
Sistema de Gestión	94,4	40.9	27.3	50	68.2	27.3	18,2	100
Promedio cumplimiento	69.42	40.42	27.65	60.4	51.42	17.22	14.4	93,75
III. RESULTADO								
Autoevaluación coordinadora	100	100	100	100	100	100	100	100
Satisfacción cliente interno	20	20	0	0	80	0	40	40
Satisfacción cliente externo	90	70	0	0	80	11	11	11
Control eventos adversos	80	0	14,2	0	14.2	0	42.8	42.8
Impacto costo-efectividad	80	0	10	0	10	0	30	30
Resultado prom auto-eval:	67.5	22.5	6.05	0	46.05	2.75	30.95	30.95
PROMEDIO de I +II+ III	68.85	38.35	25.32	50.25	59.44	21.66	28.39	64.54

Los resultados de la **Tabla 15**, verificaron que las variables y sub variables identificadas en el sistema de gestión de la calidad del cuidado y se promediaron los valores obtenidos entre todas las IPS participantes.

En todas las IPS investigadas existe plataforma estratégica institucional y cuentan con el 52% de sus componentes; en todas existe una dependencia de enfermería, y el promedio

de elementos estructurales encontrados en esa dependencia entre todas ellas, es de solo el 25%;

En todas las IPS investigadas existe la estructura de un sistema de gestión del cuidado; al promediar los elementos verificados en la variable planeación el promedio es de 63.7%; en la variable organización es de 59.2%, en la variable control y mejora es de 57.8%; el promedio de las tres variables, arroja un 60% de elementos estructurales para el sistema de gestión de calidad del cuidado.

En todas las IPS investigadas se identifica el proceso de gestión de calidad del cuidado; y, al verificar como se integra con el modelo de cuidado de la IPS, con el proceso cuidador y con otras actividades (docencia, extensión, investigación en enfermería en la IPS), se encontró que

el modelo se promedio es de 54% en la relación docente asistencial; la utilización del modelo del cuidado promedia el 40.65%; en las actividades del proceso cuidador es de 37.5%; y en un sistema de aseguramiento de la calidad es de 37.5%. El promedio de participación en cada subtema es de 40%.

Todas las coordinaciones se auto evaluaron; el promedio de logros obtenidos para motivar al cliente interno es 25%; igual resultado para la satisfacción del cliente externo; para control de eventos adversos es de 24.2%; y para prevención de glosas 20%.

5. Discusión y análisis

5.1 Plataforma estratégica institucional y estructura organizativa de la dependencia de enfermería.

La Plataforma Estratégica Institucional⁶⁰, constituye la carta de navegación, el derrotero por donde se desplazará la empresa. Tiene tres componentes: político, estratégico de los negocios, y de planeación. Entre sus componentes políticos se encuentra la visión, los valores o la filosofía, la misión, la política, los objetivos, y su cuantificación en metas y estrategias necesarias para la búsqueda del norte de la empresa: la visión.

Los valores filosóficos, morales y éticos de la empresa.

La misión está condicionada a los propósitos de la gerencia, es un reto de la gerencia con un departamento o con la empresa. Debe estar escrita, disponer de fecha de formulación y seguimiento, control y evaluación.

La política, los lineamientos generales, y para cada área que deben guiar la institución para dar una solución efectiva a los principales problemas de la misma, de la comunidad, de los prestadores y de los usuarios.

Los objetivos a alcanzar, pueden ser generales o específicos y su fraccionamiento en metas por periodos de tiempo.

La política de calidad⁶¹ comprende el conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresados formalmente por la Dirección; son pues, los principios generales guían la actuación de una organización. Forma parte de la política general aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.

Los objetivos de calidad son formulados dentro de la política de calidad para la empresa.

La investigación comprobó (**Tabla 1**) que en el 25% de las IPS investigadas no hay un conocimiento por parte de la coordinación de enfermería acerca de la planeación estratégica institucional.

Este hallazgo hace prever que, la coordinación de enfermería en esas IPS no podrá liderar la planeación operativa del cuidado en forma coherente con los objetivos y

⁶⁰ MEJÍA, Braulio. Op. cit., p. 39.

⁶¹ VARO, Jaime. Op. cit., p. 187.

políticas de calidad institucional, pues como se sabe, la gestión de calidad es la función directiva de la empresa que desarrolla y aplica la de calidad a través de cuatro procesos: -planeación, organización, control y mejora-, enmarcadas en la dirección estratégica de la empresa; y la gestión de calidad debe darse en todos los niveles de jerarquía de la empresa; así mismo, los servicios médicos y unidades de enfermería aplican la gestión operativa de la calidad⁶².

A partir de esa conceptualización, en el caso de enfermería, se comprende que el liderazgo para la planificación y la gestión de calidad del cuidado es responsabilidad de la dirección del departamento de enfermería y, a falta de éste, en responsabilidad de la coordinación de enfermería.

Por otra parte, se encontró que en el 50% de las IPS investigadas, no existe explícitamente información sobre política de calidad institucional; en consecuencia, se infiere que ellas carecen de “el conjunto directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresados formalmente por la Dirección; pues estos son los principios generales que guían la actuación de una organización. Forma parte de la política general de la empresa aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.”⁶³

Este hallazgo, señala claramente que en el 50% de las IPS no se vislumbra un eje orientador de los procesos de calidad institucional y se puede prever como una tendencia a impactar en forma negativa la calidad del cuidado ofertado y entregado.

Por otra parte, el 50 % de las IPS investigadas no cuentan con mapas de procesos misionales; al respecto, es importante tener en cuenta que, la norma ISO 9000-2000, que orienta internacionalmente la gestión de calidad, establece en su literal d) **El enfoque basado en procesos**, y textualmente dice: “Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar elementos de entrada en resultados puede considerarse como un proceso”

“Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan. A menudo el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conoce como "enfoque basado en procesos".

Esta Norma Internacional pretende fomentar la adopción del enfoque basado en procesos para gestionar una organización.

Dado que, el mapa de procesos misionales esquematiza los que se llevan a cabo en la institución, la presencia del mismo facilita al cliente interno cumplir su labor orientando la utilización de los recursos necesarios y las actividades estandarizadas, lo cual contribuye a disminuir la variabilidad en los resultados. La existencia del mapa de procesos, el conocimiento de los procesos y la estricta ejecución de los mismos inciden favorablemente en la calidad del servicio entregado; en este caso, en la calidad de los

⁶² VARO, Jaime. Op. cit., p. 187.

⁶³ Ibid.

cuidados; en consecuencia, se espera que la entrega de cuidados sea de mejor calidad en las IPS que cuentan con los mismos.

5.1.1 Estructura organizativa de la dependencia de enfermería. (Tabla 2)

La investigación encontró que en todas las IPS participantes en el estudio existe una COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA (en ninguna existe departamento de enfermería); por tanto, en todas ellas, la coordinación de enfermería debe articular la planeación estratégica de la calidad institucional con la Planeación operativa del cuidado, elegir un modelo de cuidado de enfermería, establecer un proceso cuidador, e implementar un modelo de Gestión del cuidado orientado a garantizar la calidad del cuidado ofertado y entregado.

El análisis de los resultados de la **Tabla Nº 2** demostró que solo en el 50% de las IPS tienen definida una estructura organizativa de enfermería como dependencia, 37.5% tienen establecidos valores para el cuidado de enfermería; en solo el 25% de las IPS investigadas, se evidenciaron explícitamente objetivos estratégicos del cuidado y política de calidad del cuidado.

Estos hallazgos indican que solo en el 50% de las IPS investigadas tienen unos valores que orienten el cuidado ofertado, pero en solo la mitad de ellas (25%) se evidencian hallazgos que indican la existencia de una política de calidad del cuidado en esa institución articulada con la política de calidad institucional; se corroboró entonces, que en ellas existe una directriz desde la dependencia de enfermería que orienta la calidad del cuidado y se puede prever mejores resultados en la calidad del cuidado.

Por otra parte, la lectura inversa de esos mismos resultados indica que, la política de calidad del cuidado no está explícitamente formulada en el 75% de las IPS, y por tanto, se anticipa que no existe un sistema de garantía la calidad del cuidado. En consecuencia, a falta de una directriz institucional sobre calidad y ante la inexistencia de un departamento o dirección de enfermería, la responsabilidad de planificar y gestionar la calidad del cuidado de enfermería recae sobre la coordinación de enfermería. Este hallazgo implica en la práctica que, a la coordinación de enfermería le corresponde liderar la planificación de la calidad de los cuidados ofertados en la institución, establecer un sistema de gestión calidad del cuidado, organizar y dirigir la auditoría del cuidado, como una tarea tendiente a cumplir con la obligación de asegurar la calidad de los mismos. La obligación se encuentra establecida en la ley 266 de 1996, y la necesidad y conveniencia técnico-científica de esa labor ha sido documentada⁶⁴.

⁶⁴ ALVARADO RIVADENEYRA, Silas. El plan de cuidados y la calidad de atención que brinda la enfermería en el HNGAI. *En*: Rev Cubana Enfermería. 2002, vol. 16 no. 2, p. 133-136. [Consultado junio 2010]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-0319200000200013&script=sci_arttext

5.1.2 Estructura del sistema de gestión de la calidad del cuidado de enfermería en la IPS.

En esta investigación se comprobó que en todas las instituciones investigadas existen los elementos estructurales requeridos para llevar a cabo los procesos de planeación, organización, control y mejora del cuidado, orientados hacia la calidad del mismo.

Fueron presentadas conforme a la información recopilada en las Tablas 3, 4 y 5 respectivamente.

Estos resultados se presentan consolidados y se utilizaron para hacer el análisis y discusión sucesiva de cada una de las variable del estudio de investigación en forma sucesiva,

5.1.3 Elementos estructurales para la planeación de la calidad del cuidado

La **Tabla Nº 3** muestra los elementos estructurales encontrados en las IPS investigadas, requeridos para la planeación de la gestión de calidad del cuidado de enfermería y cuya presencia fue cuantificada en la guía de verificación.

La IPS que cuenta con menos elementos estructurales para la planeación de la calidad del cuidado cuenta con procesos de enfermería, herramientas técnicas y sistema de información (24% de todos), y la que mas cuenta con estos elementos, tiene el 96%.

Así mismo, promediando el porcentaje de cumplimiento en lo referente a la existencia de elementos estructurales del sistema de gestión del cuidado necesarios para la planeación de calidad del cuidado descritos en la Tabla 3, el promedio existentes en las ocho IPS investigadas arroja un promedio de cumplimiento del 62.5%.

El Marco normativo para el ejercicio del cuidado en Colombia;

En Colombia, la 266 de 1996, reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería y dictan otras disposiciones sobre el mismo, y la ley 911 de 2004 dicta las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

En el 75% de las IPS investigadas la coordinación conoce cuál es el marco normativo por tanto, en el 25% de las IPS investigadas la coordinación los desconoce. El desconocer ese marco normativo puede conllevar a que la coordinación de enfermería en algún momento vulnere lo que en él está establecido.

Para los fines de esta investigación, debe resaltarse que la calidad del cuidado es una exigencia , explícita, tanto en lo ético como en lo legal. De modo que al formular el plan operativo anual, las políticas de calidad del cuidado, los objetivos de calidad del cuidado, las estrategias y planes y en general cualquier actividad relacionada con el cuidado se debe enmarcar dentro de lo establecido.

El plan de acción de enfermería contiene las líneas necesarias para hacer operativas cada una de las líneas estratégicas y pueden sistematizarse mediante Tablas donde se formulan y definen, por una parte los elementos estratégicos y por otra, el control de gestión para racionalizar el cumplimiento. De ara orientar los cuidados solo existe objetivamente en el 50% de las IPS investigadas, y preocupa, que en el otro 50% no existe una orientación de la calidad del cuidado desde la dependencia de enfermería, por tanto la planeación, ejecución y evaluación de la calidad de los cuidados se lleva a cabo en el nivel operativo por los diferentes profesionales, y, que a falta de un plan de acción se espera improvisación y variabilidad en la entrega de los cuidados, producto de la acción individual de cada profesional, conforme a sus conocimientos, experiencias y motivaciones, asumiendo sus tareas y funciones, pero sin estar enmarcadas en un sistema de gestión tendiente a garantizar calidad del cuidado. Este hallazgo es completamente opuesto a la obligación ética (ley 911 y legal exigible actualmente a la prestación de los cuidados: garantizar la calidad del cuidado-

En cuanto a los recursos financieros para la dependencia de enfermería en la institución, en todas ellas se encontró que la coordinación de enfermería carece de autonomía presupuestal. Este hallazgo refleja la estructura organizativa que tiene la institución y el servicio de enfermería en la misma; en consecuencia, la coordinación de enfermería cumple funciones de liderazgo, organización, control y supervisión de actividades asistenciales y funciones administrativas pero carece de autonomía presupuestal para planear y efectuar autónomamente otras actividades, tales como capacitación del personal técnico, y de extensión e investigación para los profesionales, las cuales son necesarias y convenientes para mantener actualizado al personal y de promover la búsqueda de nuevo conocimiento que enriquezca el saber disciplinar.

Respecto al modelo de cuidados, solo el 37.5% de las IPS tienen establecidos un modelo de cuidado y el 67.5% carece de el mismo; este hallazgo conlleva a la variabilidad en el uso de modelos en la institución, partiendo del supuesto que cada profesional operativo elige alguno, esto puede incidir negativamente en la entrega de cuidados a nivel operativo.

Al respecto, se debe destacar que, según Meleis⁶⁵, los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica. Evitan que ésta se base en pre-concepciones, intuiciones, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras como enfermeras al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud. De lo anterior se comprende la conveniencia e importancia de la existencia de un modelo de enfermería en la institución.

⁶⁵ MELEIS, Afaf. Theoretical nursing: development and progress. 3a ed. Lippincott; 1997. 807 p.

Por su parte, Marriner⁶⁶ señala que, en la actualidad existen alrededor de veinticinco modelos conceptuales o grandes teorías y, dada la complejidad de la práctica y las escuelas que han influenciado el pensamiento de sus autores.

Por otra parte, Moreno afirma, “la enfermería se mantendrá en conflicto y su desarrollo se verá amenazado si no se logra un consenso entre los aspectos relacionados con la teoría (ciencia de enfermería) y la profesión (práctica). Es necesario lograr un punto de equilibrio entre el cuidado del paciente y el control administrativo de los servicios para asumir un verdadero liderazgo. Los modelos facilitarán establecer indicadores de calidad para enfermería”.⁶⁷

Por otro lado, en lo referente a la existencia de procesos de enfermería, (para el cliente interno) se debe destacar que el (87,5%) de las IPS investigadas cuentan con *procesos de enfermería*, solo el 12.5% carece de éste;

- El (87,5%) de las IPS investigadas enfermería cuenta con procesos administrativos; el (62.5%) de las IPS estudiadas cuentan con procesos epidemiológicos. El promedio ponderado de la existencia de procesos es de 79.1%.

Los hallazgos en este aspecto procesos constituyen una fortaleza en la mayoría de las instituciones que contribuye a facilitar el desempeño del personal y la gestión de calidad del cuidado, lo cual está amplia y suficientemente documentado en la literatura mundial sobre gestión de calidad y establecido en la norma ISO 9000-2000.

Sin embargo, se debe señalar que, la evidencia irrefutable de existencia de procesos de enfermería al momento de la verificación entre las IPS investigadas solo se corroboró en el 37.5%, de las IPS; este hallazgo pudiera indicar desorganización o que la información suministrada no corresponde a la verdad.

En lo referente a la Gestión del talento humano en enfermería, en lo atinente a la determinación de requerimientos de talento humano –profesional y técnico- para el servicio de Enfermería en la IPS, en el (75%), de los casos la coordinación de Enfermería afirma que tiene participación en la determinación de los mismos excepto y en el (75%) de las IPS, enfermería manifiesta que participa en el proceso de reclutamiento, selección y vinculación del personal de su servicio.

Este hallazgo puede constituir un aspecto favorable a la planeación de la Gestión de la calidad del cuidado, si se parte del supuesto de que él o la profesional de enfermería responsable de la coordinación, se encuentra debidamente capacitada y realice una escogencia objetiva conforma al perfil profesional o técnico que se requiera proveer; porque dada su formación y competencias profesionales se espera que cuente con un criterios técnicos de selección apropiados para realizar una evaluación y selección de los aspirantes.

⁶⁶ MARRINER, Ann y RAILEY, Martha. Nursing theories and their work. 5a ed. St Louis: Mosby. 2002.

⁶⁷ MORENO, María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. En: Rev Aquichan. Año 5, vol. 5 no. 1 (5), p. 44-55.

Por otra parte, en cuanto a la existencia de Herramientas Técnicas del Servicio de Enfermería que facilitan la planificación de la Gestión de la calidad del cuidado, se corroboró que ;

- En el (75%) de las IPS existe el *Manual de funciones para el personal de enfermería*;
- En el (87.5%) de las IPS se corroboró la existencia de *Guías de atención de enfermería*;
- El (100%) las IPS cuentan con *protocolos de atención en enfermería*, y;
- En el (75%) de las IPS se utilizan *listas de chequeo*.

El promedio ponderado de existencia de herramientas técnicas del servicio de enfermería es de 87.5%.; sin dudas la existencia de estas herramientas técnicas es favorable a la Planificación de los cuidados y a la Gestión de la calidad del cuidado en la medida que exista adherencia del personal a las mismas, y estos se encuentren actualizados.

Estas herramientas son útiles para facilitar la elaboración de planes de cuidados; al respecto, un trabajo experimental realizado y publicado por Rivadeneira⁶⁸ en el año 2000, publicado demuestra el impacto favorable de la planeación en la calidad de los cuidados, la cual se apoya en uso de guías y protocolos,

En cuanto a la existencia de Manuales de procesos para enfermería, se debe destacar que:

- El *Manual de reclutamiento de personal de enfermería* existe solamente en el (37,5%) de las IPS investigadas, y; en esas mismas IPS (37.5%) existe el *Manual de selección* para el personal de enfermería, Este hallazgo implica que, en el 62.5% de las IPS, los procesos de reclutamiento y selección en las que participa la coordinación de enfermería, se realizan con criterio subjetivo (sin la orientación de un manual); por tanto, se prevé que la calidad del reclutamiento y selección del personal dependerá de experiencia e intenciones de quien selecciona; sin embargo,
- Existe *manual de vinculación e inducción del personal de enfermería* existe en el (62.5%) de las IPS; lo cual constituye un aspecto favorable para el personal nuevo que se vincule a la institución, pues tiende a facilitar su familiarización en el cargo y a favorecer su futuro desempeño, lo cual tiende a favorecer la obtención de los objetivos de calidad planificados.
- Existe *Manual de ausentismo* (del personal de enfermería) en el (12,5%) de las IPS, de modo que en 87.5% no lo llevan. Este hallazgo no significa que no exista ese control, y más bien refleja el hecho de que en esas IPS la

⁶⁸ ALVARADO RIVADENEYRA, Silas. Op. cit., p. 133-136.

asistencia y la ausencia del personal es del control o resorte directo de la oficina de talento humano.

- Existe Manual de evaluación y seguimiento del personal en el (50%) de IPS (en el otro 50% no existen).
- Existe Manual de registro de capacitación del personal de enfermería en el (62.5%) de IPS; (en el 37.5%) no existen.

El promedio ponderado de la existencia de Manuales de procesos enumerados en las IPS investigadas arroja un valor del 43.75%,-promedio insuficiente, pues todas deberían contar con todos los manuales-.

En relación con la existencia de sistemas de información de Enfermería, se debe señalar que en el (62.25%) de las IPS investigadas se cuenta con sistemas de información que registra la actividad de enfermería como parte de todo el proceso de atención, pero no es de uso exclusivo del servicio de enfermería.

Se debe destacar que ninguna de las IPS cuenta con Software de auditoría del cuidado. El proceso de auditoría del cuidado sistematizado solo se esboza en el 25% de las IPS, pues se lleva a cabo alimentación del sistema de información mensualmente y esas mismas IPS cuentan con personal capacitado encargado de alimentar el sistema de información. Por ese motivo, los resultados muestran que el cumplimiento de requisitos para sistema de información de enfermería incluidas todas las IPS investigadas arroja un promedio ponderado de 29.08%. Este resultado explica por sí solo que no se puede ejecutar una auditoría rigurosa del cuidado, pues no es factible ejecutarla en aproximadamente el 71% de los casos por carencia de las herramientas técnicas.

Este hallazgo constituye una de las más grandes debilidades estructurales para la variable planeación de la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería, en las IPS; la carencia de estas herramientas dificulta la identificación de situaciones problemas y afecta la oportunidad para establecer las causas de los mismos, y la de la implementación de planes de mejora.

5.1.4 Elementos de la organización para la gestión de calidad del cuidado

El análisis de la información obtenida en la **Tabla No. 4**, corresponde a la segunda variable del sistema de Gestión de calidad del cuidado: organización para la Gestión de la Calidad del cuidado, la reflexión sobre los mismos permite destacar lo siguiente:

En lo atinente a la organización del Talento Humano de enfermería, se encontró que el equipo humano de enfermería para proyección del cuidado para la proyección del cuidado en los servicios solo existe en el 62.5% de las IPS; no existe en el 37.5% restante de las IPS investigadas.

Al respecto, se debe señalar que, para procurar el logro de los objetivos de la calidad del cuidado, se requiere socializarlos, asignar tareas y ejercer seguimientos y controles los

cuales requieren delegación; la falta de delegación de de tareas de supervisión funciones puede conllevar a pérdida de los controles.

Además se corroboró que en ninguna de las IPS investigadas existe un *equipo de enfermeros expertos o asesores (staff)*. Cabe anotar, que un muchos hospitales universitarios en Europa, existen equipos de profesionales especializados, expertos, asesores, que lideran la investigación, docencia, extensión, y a través de estas actividades mejoran la calidad del cuidado.

Este resultado muestra en la estructura organizativa del servicio de enfermería de las IPS investigadas una inmensa debilidad, pues la tendencia actual es tener un staff de asesores que lideran cada actividad (docencia, extensión, investigación, y asistencia) y la coordinación se encarga de la gestión.

Por otra parte, en la Tabla el resultado muestra que en el 37,5% de IPS no tiene asignado un equipo humano para proyectar la planeación

En lo referente al estilo de dirección: en el 87.5% de las IPS se evidencia claramente la delegación de funciones para proyectar el plan de acción; solo en el (12.5%) no se evidencia.

La delegación de funciones es fundamental para proyectar el cumplimiento de los objetivos de calidad trazados por la Coordinación de enfermería; este hallazgo es favorable a la calidad de la gestión del cuidado de enfermería en esas instituciones.

Por otro lado, en el aspecto estructura organizativa para la toma de decisiones de enfermería, en el 75% de las IPS, la coordinación afirma que son decisiones participativas sobre todo en asignación de personal. En el 25% no se toman participativamente; sin embargo, en el (50%) de las IPS, la coordinación de enfermería afirma que también suele tomar decisiones individualmente, sin participación del nivel operativo.

Llama la atención que en el (25%) de las IPS investigadas, enfermería no suele tomar decisiones sobre su personal, lo hace la oficina de talento humano.-

Este resultado apunta a un liderazgo participativo en lo relacionado con la asignación del personal para el quehacer profesional cotidiano, pero no se refleja en aspectos como la motivación y capacitación del personal ni el fomento de actividades de extensión ni de investigación, de modo que el enfoque organizacional se limita a lo puramente asistencial, quedando relegadas la motivación y realización de actividades de docencia, extensión e investigación.

Al respecto, en Chile, Aravena⁶⁹ publica un editorial proponiendo que los profesionales de enfermería, que la gestión del cuidado, se debe fundamentar en evidencias científicas, y por tanto, resalta la necesidad de investigación basada en evidencias científicas, así como de una estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería

⁶⁹ ARAVENA, Viviane. La investigación como herramienta de la gestión del cuidado. En: Rev Ciencia y Enfermería. Vol. 15 no. 3, p. 7-7.

hacia el cuidado y se produzcan las transformaciones que muestren un quehacer profesional y humanizado. Por esto, la autora afirma que, las interrogantes que surgen en este proceso deben ser resueltas mediante la investigación, para generar y/o contrastar conocimientos destinados a contribuir a mejorar el cuidado en salud, lo que distingue al saber y al hacer de enfermería, lo que a su vez confiere autonomía profesional para diagnosticar necesidades de cuidado y tomar decisiones con responsabilidad ética y legal.

Por otra parte, ERDMANN A.,⁷⁰ En éste artículo plantean que, el progreso en la gestión de las prácticas de la salud implica la reflexión acerca de nuevos abordajes para la construcción del conocimiento en la comprensión del ser humano como un ser de cuidado, en la perspectiva del cuidado complejo realizado por los equipos de la salud inter-conectivos y potencializados para las mejores prácticas en los sistemas del cuidado. De acuerdo con los autores, el artículo propone una reflexión, en la gestión de las prácticas de la salud sobre esta manera de pensar y ver al ser del cuidado, cognoscente, complejo, político, trabajador de la salud, actor y constructor de las relaciones, interacciones y asociaciones en el ejercicio del cuidado para un vivir más saludable, la promoción de la salud y la valorización de la vida. El delineamiento de presuposiciones se constituye en una referencia para la gestión de las prácticas de la salud en la perspectiva del cuidado complejo.

En cuanto a la determinación del Perfil laboral: en el (75%) de las IPS enfermería tiene técnicamente definido los puestos de trabajo que necesita; en el 25% de ellas no se evidencian, IPS Llama la atención el resultado pues el 100% de los casos, debería ser enfermería quien determinaría el perfil laboral.

Esto refleja que la estructura administrativa de algunas IPS desconoce el enfoque gestión del talento humano basados en criterios técnico científicos que en asuntos referentes al cuidado es competencia exclusiva de enfermería. El resultado obtenido con el quehacer del personal que enfermería en cuya selección no ha participado es impredecible para la coordinación como líder de la planificación de calidad de cuidado.

En lo referente al control Financiero, solo en el (12.5%) de las instituciones enfermería se encuentra involucrada organizacionalmente en el seguimiento a la ejecución del presupuesto.

Este hallazgo refleja una situación muy singular por parte de esa IPS frente a la gestión de recursos financieros, al darle la opción de seguir la ejecución presupuestal a enfermería; en el 87,5% de IPS restantes no ocurre así.

Al carecer de autonomía financiera, enfermería como dependencia no puede por sí misma autorizar contratación de personal, destinar partidas para actividades de extensión, ni en proyectos de investigación, de modo que estas actividades no pueden

⁷⁰ ERDMANN, Alacoque et al. La gestión sobre la práctica de la salud según la perspectiva del cuidado complejo. En: Texto contexto - enferm. 2006, vol. 15 no. 3, p. 483-491.

ser fomentadas y no depende definitivamente de la coordinación del servicio el que se puedan llevar a cabo en la IPS-

En otro aspecto, organizativo, en lo referente a la gestión por competencias, se deben destacar los siguientes hallazgos:

- Se corroboró que existe asignación del talento humano de enfermería en el (100%) de las IPS investigadas para procesos de enfermería;
- En el (87.5%) de las IPS, la coordinación de enfermería, asigna personal suyo para procesos administrativos relacionados con el servicio;
- En el (75%) de las IPS, la coordinación de enfermería asigna personal para procesos epidemiológicos, en las IPS D y G no lo asignan.

El promedio ponderado de la participación de enfermería en la organización del sistema de gestión por competencias es de 87,5%, y constituye un hallazgo que tiende a incidir favorablemente en la calidad de los resultados de la calidad de los cuidados.

En cuanto al liderazgo y motivación del personal, se evidenciaron documentos en los que se corrobora que la dependencia de enfermería lidera, motiva y exige al personal; concretamente para:

- Adherencia al *Manual de funciones de enfermería* solo en (37.5%) de las IPS;
- Adherencia a las *Guías de manejo* se evidencia en el (75%) de las IPS.
- Adherencia a los protocolos de atención en el (87.5%) de las instituciones.

Estos hallazgos reflejan y reafirman el liderazgo y accionar de la coordinación centrado en el aspecto asistencial.

Por otra parte, en lo referente a la estructura organizativa para los procesos comunicativos, se debe destacar que la dependencia de enfermería cuenta con variadas herramientas y mecanismos para utilizar en los procesos comunicativos con el nivel operativo:

- *Dialogo directo*: en todas las instituciones investigadas (100%);
- Comunicados escritos: en el 75% de las IPS estudiadas.
- *Memorandos*: en el 75% DE LAS instituciones investigadas
- Intranet: en EL (37,5%) instituciones investigadas; y
- *Otros mecanismos* (llamadas internas, aviso por parlantes) en el (37.5%) instituciones.

Estos hallazgos demuestran que en materia de estructura organizacional para el sistema de gestión de calidad del cuidado, los procesos comunicativos constituyen una de sus

fortalezas en esas instituciones, lo cual contribuye de manera muy favorable a la gestión de calidad del cuidado. Estas herramientas comunicativas se utilizan tanto para procesos asistenciales y administrativos, pero también están asociadas a la evaluación del personal.

En cuanto a la existencia de herramientas para evaluación del personal a cargo como parte de la estructura organizacional, la dependencia de enfermería cuenta con herramientas para hacer evaluación del personal a cargo solo en el (25%) de las IPS (D y E), y en estas mismas, dispone de mecanismos para retroalimentación de información. Además, solo en estas mismas IPS, se evidencia la verificación de la actualización de la información y que el sistema de información del cuidado se está alimentando conforme a lo planeado (D, E).

La lectura inversa de este resultado señala de manera expresa una gran debilidad: el 75% de las IPS no cuentan con sistemas de información que permita efectuar auditoria sistematizada del cuidado, retroalimentación de información y desde luego rediseñar a partir de ellos los planes de mejoramiento.

5.1.5 Elementos estructurales para el control y la mejora de la calidad del cuidado

Al analizar los resultados recopilados en la **Tabla N° 5**, sobre los elementos, documentos y registros para efectuar control de calidad del cuidado, seguimiento, diseño planes de mejora y aseguramiento, las cifras indican:

En el 75% de las IPS no existen *documentos para registrar el seguimiento* al fomento de la cultura del auto control, solo existen en el 25%;

En un 50% de las IPS investigadas no existen documentos para el seguimiento del Quehacer Enfermero, y en el 50% si; en un (50%) no existen documento ni registros de evaluaciones de objetivos del cuidado y en 50% si; en el 87.5% de IPS se evidencian registros de Diagnostico de Problemas del servicio de Enfermería, en 25% no; en (75%) hay registros de diagnósticos de las causas de los problemas de enfermería, en 25% no; en el 100% de IPS se evidencia la elaboración de algún documento de registro de toma de decisiones tendientes a mejorar las falencias. Al revisarlos, son documentos que registran acciones correctivos sobre situaciones coyunturales específicas y no constituye un rediseño de planes para mejoramiento de la calidad del cuidado.

En el 87.5% se evidencia algún soporte que puede contribuir a planes de seguimiento a planes de mejoramiento de la calidad del cuidado, en 12.5% no; en 62,5% no existen documentos de rediseños de planes, en 37,5% si; en el (50%) instituciones de las investigadas esbozan rediseños de algunos planes y soportes de la socialización de lo planificado- para mejora continua, y en ese mismo (50%) se esbozan algunas evaluaciones tendientes a evaluar el impacto del mismo.

En 62.5% de IPS existen elementos estructurales (registros) para Control de eventos adversos y en un 37.5% de registros de actividades para prevención de glosas. Estas herramientas de la sub-variable promedian aseguramiento en un (50%).

Al promediar las respuestas afirmativas dadas por la coordinación en las evaluaciones se obtiene un 67.18%, el promedio de lo corroborado en la investigación es de 57,81%, por tanto el promedio de elementos estructurales faltantes es de 42.19%. Esta es una falencia estructural importante para la variable control y mejora que puede repercutir en resultado de la calidad del cuidado

5.2 La gestión de calidad del cuidado – (como proceso-)

5.2.1 Gestión de calidad del cuidado en la relación docencia servicio

Por el nivel de complejidad en cuanto infraestructura y dotación técnico- científica, y por contar con personal altamente calificado, las IPS de tercer y cuarto nivel suelen constituir escenarios de prácticas formativas de pregrado o post-grado en diferentes profesiones. Este vínculo se genera mediante una relación docencia-servicio.

Esta investigación (**Tabla 6**) constató que el (87,5%) de las IPS investigadas constituyen *escenarios de prácticas formativas* para enfermería; sin embargo, solo en el (62,5%) lograron evidenciar documentos de convenios docencia servicio; así mismo, en el (62,5%) de ellas se realizan actividades de extensión; y solo en el (25%) de ellas se llevan a cabo actividades de investigación; sin embargo,

Enfermería solo logró demostrar participación en actividades de extensión en el (37,5%) de ellas, y haber participado en otro tipo de investigaciones (no de enfermería) en el 50% de las IPS.

El promedio ponderado de la participación demostrada (formalmente) por parte de las IPS en las actividades en la relación docencia servicio es de 54.15%, lo cual representa una diferencia porcentual de 33.35% frente a la palpación real de 87.5%, lo cual presupone desorganización en el manejo de documentos y tal vez irresponsabilidad, que puede poner en riesgo los tramites de acreditación.

Estos hallazgos evidencian que no se está utilizando al máximo la relación docencia servicio, pues a través de las practicas formativas conducentes a la formación de nuevos profesionales, se tiene la oportunidad de mejorar la calidad del cuidado; así mismo, a los profesionales en ejercicio se las actividades de extensión les permiten actualizaciones y mejorar su desempeño. Finalmente, mediante la investigación se genera conocimiento nuevo y se enriquece el saber disciplinar.

5.2.2 Gestión de la calidad del cuidado y el modelo de cuidado

Los resultados de esta investigación se presentan en la **Tabla N°7** y el análisis de resultados nos indica que en solo el (37,5%) de las IPS existe modelo de inducción dirigido al personal de enfermería que se vincula trabajar la institución, significa también que en el 62,5% no existe. Este hallazgo hace suponer que en las instituciones en las cuales se realiza la inducción se prevé una mas rápida adaptación al medio laboral lo cual se espera incida favorablemente en la calidad del cuidado que entrega.

Por otra parte, el modelo conceptual de enfermería constituye el marco de referencia sobre el cual la enfermera elabora el cuidado. Esta línea de pensamiento permite interpretar elementos más relevantes de la situación que vive cada individuo para proporcionarle un traje a la medida”⁷¹

De acuerdo a esta conceptualización, en las IPS, enfermería, en las actividades de asistencia sanitaria, debe utilizar un modelo de cuidado que oriente la prestación de los servicios que oferta, de acuerdo a las situaciones más comunes del sujeto de cuidados.

En esta investigación que el (50%) de IPS afirman que existe un Modelo Cuidado que es utilizado por las instituciones formadoras; y que el (25%) de las IPS afirman que existen modelos de cuidados de las entidades formadoras que se utilizan en la IPS, (lo cual solo se corroboró solo en el 12.5%), lo cual significa que el modelo de cuidado contribuye a articular en un 62,5% de las IPS, la relación docente asistencial en el aspecto de las practicas, en torno al mismo, pero se encuentra sub-utilizado en el 37.5% de actividades de docencia.

Así mismo, se encontró que, en el (62.5%) de IPS investigadas manifiestan que el modelo orienta las prácticas formativas y las actividades las actividades de extensión; en el (37,5%) de las IPS manifiestan que el modelo constituye una motivación para la investigación en enfermería y en esas mismas afirman que el modelo orienta la gestión del cuidado es positivo en esa proporción, pero significa también una sub-utilización del 37.5% del mismo en las actividades de extensión y del 62.5% para las de investigación.

Por otra parte, la institución B demuestra utilización del modelo en un (37,5%), la institución E demuestra su utilización en el (62.5%), mientras que las instituciones A, D y H demuestran su aplicación en el (75%). En estas IPS se esperaría un mejor resultado en la calidad del cuidado partiendo del supuesto que se adhieran al modelo generando menor variabilidad en la atención

En resumen: las IPS como escenario de formación, extensión e investigación están sub-utilizando el modelo. El promedio ponderado de la utilización objetiva del modelo de cuidado en las ocho IPS estudiadas es deficiente pues resulta ser del (40,6%).

5.2.3 Gestión de calidad del cuidado . El proceso cuidador en la IPS

El proceso enfermero, es un método sistematizado de brindar cuidados humanizados centrados en el logro de objetivos de forma eficiente⁷².

El plan de cuidados integrados de enfermería (PCIE)⁷³ se considera el medio de organización de los cuidados de enfermería en función de las necesidades del cliente paciente a lo largo de todo el proceso desde del ingreso hasta el alta clínica.

⁷¹ CONTEL, Joan; BADÍA, Joan y PEYA, Margarida. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona. España: Springer, Verlag, Iberica. 1999, p. 104.

⁷² ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5a. ed. España: Elsevier-Masson.2003, p. 4.

El PCEI tiene como referencia el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El PAE⁷⁴, es el marco lógico, racional y sistemático constituido por un conjunto de acciones ordenadas y relacionadas entre sí, que identifica y valora las necesidades del cliente-paciente, permitiendo la elaboración de un plan de cuidados que como norma o guía determine la actuación de enfermería, con el fin de prestar el mejor servicio posible y obtener los resultados más efectivos. El PAE sigue el método científico en todas sus fases.

El Proceso de Atención de Enfermería en la práctica actual, se soporta en evidencias científicas y la oferta del cuidado cuenta con procesos estandarizados, y se apoya en guías de manejo, protocolos, listas de chequeo, herramientas todas, que apuntan a mejorar la calidad del cuidado ofertado.

Al revisar las cifras obtenidas en la evaluación del proceso cuidador, (**Tabla 8**) en esta investigación, se encuentra una fortaleza: la existencia y utilización de guías de manejo y protocolos: en (87.5%); sin embargo, en lo referente a la estandarización de procesos orientados a las situaciones de enfermería más frecuentes, solo existen en el (37,5%) de las IPS.

Este último hallazgo plantea una grave e importante debilidad en el proceso cuidador en el 62.5% de las IPS, que no contribuye a establecer a que el sistema de gestión pueda garantizar calidad del cuidado.

En cuanto al uso de herramientas informatizadas para el cuidado: solo en el (25%) de las IPS existen instrumentos informatizados que faciliten información directa sobre las intervenciones realizadas por enfermería, y en esas mismas IPS existen herramientas informatizadas que pueden contribuir a la auditoria del cuidado y, a facilitar la evaluación de la costo-efectividad y eficacia de los cuidados.

Este hallazgo muestra una gran debilidad en el 75% de las IPS con relación a la evaluación de la calidad del cuidado y por tanto no se cuenta con un sistema de garantía de la calidad de los cuidados.

En cuanto a herramientas para evaluar el proceso cuidador, es preocupante que en el (12.5%), la IPS no cuenta con ningún elemento que permita evaluar el proceso cuidador; en otro (50%) de las IPS, cuentan con solo el 25% de herramientas de evaluación del proceso cuidador; otro (12.5%) de las IPS cuenta con el 50% de los herramientas de evaluación.

Se debe destacar que el (12.5%) IPS, (H) cuenta con el 100% de los elementos de evaluación, lo que apunta a que la misma sea confiable.

Estos resultados muestran debilidades en las herramientas para evaluación del proceso cuidador entre un 62.5% y 75% de las IPS, de modo que se está lejos de establecer un sistema de garantía de la calidad del cuidado.

⁷³ MORA, José. Guía metodológica para la Gestión clínica por procesos, Aplicación en las organizaciones de enfermería. Madrid: Diaz-de Santos. 2003, p. 272.

⁷⁴ Ibid.

5.2.4 El sistema de gestión y aseguramiento de la calidad del cuidado en la institución

La información obtenida de los temas precedentes permitió identificar los elementos estructurales y procesos que se llevan a cabo en cada institución y a partir de la misma se procede a describir los elementos constitutivos del sistema de gestión del cuidado en la institución y con qué herramientas y procesos cuenta tendientes a establecer un sistema de garantía de la calidad del cuidado.

Al efectuar el Análisis de **la Tabla 9** se encontró

En general, las cifras que arrojan las mediciones muestran que solo en los elementos y procesos de gestión que conforman el sistema de gestión del cuidado en cada IPS investigada, se encontró que :

Solo en el 37.5% de las IPS existe:

- Una idea de garantía de calidad enfocada a los cuidados;
- Estilo de dirección participativo (sin que en ninguna de ellas exista una estructura colegiada (staff de enfermeros asesores expertos);
- Un sistema de mejora de la calidad del cuidado;
- Practicas formativas orientadas mejoras del cuidado;
- Gestión de su información como herramienta para la auditoria del cuidado;
- Gestión del talento humano;
- Algún tipo de investigación como medio para la mejora continua de la calidad de los cuidados;

En un 50% de las IPS investigadas se involucran

- actividades de extensión para actualización de enfermería orientadas a mejorar la calidad de los cuidados, y;
- gestión del servicio;

En el 62.5% de las IPS investigadas se involucra la gestión del conocimiento;

En el 75%, involucran

- gestión por procesos; y
- realizan la gestión de la comunicación.

La simple lectura de estos resultados reagrupando las cifras, nos demuestran que el 75% de los modelos existentes en la IPS investigadas se centran predominantemente en procesos fundamentales para el quehacer asistencial, y en el 62.5% de los modelos se incluye la gestión del conocimiento, y en el 50% de ellos, en las actividades de extensión, ambas se orientan en a la mejora del desempeño de profesional, (enfoca hacia lo asistencial).

Por otra parte, el enfoque integral que articula gestión del talento humano, docencia, investigación, procesos tendientes a la garantía de la calidad del cuidado, auditoria y planes de mejoramiento solo predomina en el 37,5%; en consecuencia, el 62.5% de los modelos de gestión encontrados no son integrales y no se aproximan a constituir un sistema de garantía de de calidad del cuidado.

5.2.5 Resultados de la auto-evaluación de la gestión de calidad del cuidado en la IPS

El objetivo general de la presente investigación se cumplió al describir la estructura organizativa de la dependencia de enfermería y del sistema de gestión de calidad del cuidado en la institución, así mismo. los objetivos específicos se cumplieron al describir en cada etapa -planeación, organización, control y mejora de la calidad del cuidado- los elementos estructurales con las cuales se llevan a cabo, para seguidamente examinar la forma como se articula la gestión con las actividades docencia asistencia, modelo de cuidado, proceso cuidador y como se integra la gestión del cuidado al sistema de garantía de la calidad.

Sin embargo, como un valor agregado par los fines de esta investigación se aporta a continuación, el resultado de la auto-evaluación realizada por la Coordinación de Enfermería sobre su propia gestión de calidad del cuidado en la institución, y ésta auto-evaluación se enfocó en cuatro aspectos, que se examinaron sucesivamente: satisfacción del cliente interno como resultado de su propio liderazgo, coordinación y motivación orientadas a su liderazgo y gestión frente al servicio en términos de su propia percepción sobre el impacto que tiene la misma sobre:

La satisfacción del cliente interno -cuidador(a)- (Tabla 10),

La satisfacción del sujeto de cuidado -cliente externo- (Tabla 11)

La seguridad del paciente (Tabla 12. prevención y control de eventos adversos) y;

El impacto en la costo-efectividad del cuidado, específicamente desde la motivación y el control para la prevención de glosas, Tabla13.

En primer lugar, la pertinencia de evaluar la gestión de calidad en una organización empresarial con relación *al liderazgo y la motivación en la gestión empresarial* reflejada en la **satisfacción del cliente**, tiene amplio soporte en la literatura gerencial, y las instituciones hospitalarias no son la excepción.

De acuerdo con Varo⁷⁵, “Toda acción humana tiene lugar en un entorno, genera consecuencias en tres dimensiones diferentes y da lugar a tres clases de motivaciones: extrínseca, intrínseca y trascendente. Sobre esta base se ha formulado un esquema del proceso motivador.

La motivación extrínseca: El individuo se mueve por los resultados favorables de la reacción del entorno a la acción ejecutada. Por ejemplo: aumento de salario,

La motivación intrínseca: El individuo actúa por los efectos que en él puede producir la acción realizada. Por ejemplo: la satisfacción del trabajo bien hecho.

⁷⁵ VARO, Jaime. Op. cit., p. 396.

La motivación trascendente: El individuo se moviliza por las consecuencias que causa su acción en otro u otros sujetos presentes en su entorno. Por ejemplo: la ayuda a un compañero”.

5.2.6 Satisfacción del cliente interno

El análisis de los resultados de la **Tabla N° 10**, demuestran que en el 62.5% de las IPS la Coordinación afirma que evalúa al cliente interno, y de ellas el 37.5% lo hace mensualmente y solo en el 12.5% de las IPS la Coordinación afirma que evalúa el desempeño y retroalimenta la información. Sin embargo llama la atención que el 37.5% de las Coordinadoras afirman que utilizan la evaluación para motivar al cliente interno.

La lectura inversa de las cifras que arrojó el estudio indica que la Coordinación no evalúa la satisfacción del cliente interno en 37.5% de los casos y en el 87.5% no evalúa su desempeño; entonces, al no evidenciarse en todas las IPS la inquietud de conocer el grado de satisfacción de sus clientes internos y de conceder un papel motivador a la evaluación, se prevé que puede conllevar a la tendencia a laborar en una forma rutinaria lo cual ni conduce, ni contribuye a una idea de mejorar cada día el trabajo que se realiza, como se requiere en la búsqueda del aseguramiento de la calidad.

El cuidador debe sentirse satisfecho con lo que hace y con lo que recibe, pero también es necesaria la motivación que mantenga vivo el entusiasmo del trabajador y el compromiso.

Estas cifras reflejan que en la gran mayoría de las IPS, la coordinación de enfermería lidera acciones que se orientan de manera focal hacia la práctica asistencial del cuidado pero no existe un enfoque integral que involucre todos los actores; el resultado parece indicar entre líneas, que no constituye una política institucional el motivar al cuidador, lo cual podría incidir de manera negativa en la calidad del cuidado que entrega.

La satisfacción del cliente externo.

La satisfacción del cliente externo es esencial para lograr una óptima imagen institucional, mantenerse y escalar en el mercado.

Los resultados de la **Tabla 11**, parecen reflejar esa preocupación por parte de la Coordinación de Enfermería en solo en el 37.5% de las IPS, pero estos realmente, reflejan las cifra de IPS en las que se documentó información que así lo demuestra.

La satisfacción del cliente externo es el principio histórico de la idea de calidad, lo cual hace inconcebible que alguna empresa u organización no le preocupe la satisfacción del cliente externo; en consecuencia, este resultado parece evidenciar más bien la necesidad de implementar mecanismos y practicas conducentes a una comunicación más asertiva y constante, entre la coordinación de enfermería, el nivel operativo asistencial y el usuario, mediante el uso de diferentes herramientas comunicativas y de evaluación, de modo que permita evaluar de manera más objetiva la satisfacción de atención del usuario en cuanto al Cuidado de Enfermería, pues es la razón de ser de los servicios.

5.2.7 Control de eventos adversos:

El control de eventos adversos es un aspecto fundamental dentro de la política trazada por la organización mundial de la salud, aceptada a nivel internacional, con el compromiso de convertir a las instituciones prestadoras de servicios de atención en salud, en sitios seguros.

Por otra parte, las(os) profesionales de enfermería, son miembros del equipo de atención en salud, y a nivel hospitalario, interviene en el tratamiento y rehabilitación de enfermos en apoyo de los servicios médicos y de manera autónoma cumple su propia misión: cuidar; por ese motivo se encuentra muy comprometida en la política de seguridad del paciente, uno de cuyos aspectos más comunes y relevantes es el control de los eventos adversos.

Un evento adverso⁷⁶ es un “hecho inesperado o no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia de la atención médica que produce daño físico o psicológico grave, riesgo de muerte o la defunción del paciente. Cabe aclarar que se considera que el término “*atención médica*” que figura en este concepto se refiere a la intervención de cualquiera de las personas que figuran en el área hospitalaria y que coadyuvan a la recuperación del paciente. Los eventos adversos son entonces considerados como daños que se producen como consecuencia de la atención y sus efectos perjudiciales están relacionados con actos de negligencia, los cuales, se ha documentado que en su mayoría, pueden ser evitados.

Una de las consecuencias que tiene la presentación de un evento adverso es el aumento de la estancia y de los costos en la atención hospitalaria.

EL análisis de los resultados obtenidos en la investigación, publicados de la **Tabla N°12**, demostró que si bien el control de eventos adversos es una consigna mundial, de alguna manera, las IPS intentan promover el auto control, y en las que el 62.5% de las Coordinadoras considera que está liderando en su servicio, cuyos resultados ponderado se reflejan en el 24.25% de los servicios. Significa que aun no se ha logrado construir y consolidar completamente esa cultura institucional

5.2.8 Impacto de la gestión de calidad del cuidado en la costo efectividad de la asistencia sanitaria en la IPS

Los resultados de la **Tabla 13**, verifican la existencia y participación de Enfermería en actividades lideradas desde la coordinación tendientes a incidir favorablemente en la costo efectividad del cuidado se refleja en un promedio ponderado de todas las IPS en un 44.83%.

La efectividad del plan de cuidados⁷⁷, es la relación entre los objetivos planteados en el plan y los conseguidos, o también, la relación entre los patrones de salud afectados en el

⁷⁶ ORTEGA, María y SUAREZ, María. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación. 2a. ed. Editorial medica Panamericana. 2009, 240 p.

⁷⁷ MORA, José. Op. cit., p. 294.

proceso e incluidos en el plan. La efectividad es una proporción que se calcula y obtiene al multiplicar por cien el resultado de la sumatoria de la *eficacia* obtenida por cada patrón, dividida entre el número total de patrones de salud afectados en el plan.

Uno de los factores que afecta de manera frecuente los costos de atención son los eventos adversos, los cuales se evaluaron en la Tabla precedente; sin embargo, otro aspecto que contribuye a la costo-efectividad de la asistencia sanitaria es asegurarse de que la atención ofertada se cumpla actuando con pertinencia y oportunidad; es decir, que reflejen una actuación oportuna y pertinente del talento humano, y se lleve a cabo la atención del usuario mediante el uso selectivo, racional y oportuno de los materiales, insumos y demás recursos necesarios para conseguir los objetivos trazados.

Cuando la asistencia sanitaria vulnera los principios de pertinencia y oportunidad, la auditoría externa genera “*glosas*” que representan pérdidas económicas a la institución lo cual afecta la relación costo-efectividad.

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

En esta investigación se obtuvo y verificó información que permitió describir en primer lugar cómo es la estructura organizacional de la dependencia de enfermería en la institución prestadora de servicios de salud investigada y después, información que permitió identificar y determinar cómo está estructurado el sistema de gestión de calidad del cuidado de enfermería en sus etapas de planeación, organización, control y mejora de la calidad del cuidado, en todas las instituciones tercer y cuarto nivel participantes; cada etapa fue investigada como variable en el orden mencionado y, en cada una de ellas se describieron sus elementos constitutivos abordados como sub variables, las cuales se detallan a continuación.

En la variable **planeación de la calidad del cuidado**, se verificó la existencia o no de cada una de las siguientes diez sub-variables: Marco Normativo para asegurar Calidad del Cuidado, Plan de Acción de Enfermería, Recursos Financieros Enfermería, Modelo de Cuidado, Procesos de Enfermería (para cliente interno), Procesos de Enfermería para el Cuidado (cliente externo), Gestión del Talento Humano en Enfermería, Herramientas Técnicas y Administrativas del servicio de Enfermería, Manual de Procesos para Personal de Enfermería, Sistemas de Información en Enfermería.

Los siguientes son los resultados por IPS: A: 48%, B:56%, C:24%, D:96%, E:88%, F:36%, G:60%, H:68%.

El promedio de elementos estructurales para la planeación de calidad del cuidado existente entre las IPS participantes fue de

En la variable **organización para la calidad del cuidado**, se verificó la existencia o no de cada una de las siguientes ocho sub-variables: Organización del Talento Humano, Estilo de Dirección, Toma de decisiones, Determinación del Perfil laboral, Control Financiero, Gestión por Competencias, Liderazgo y motivación del personal, Procesos Comunicativos.

Los siguientes son los resultados por IPS: A: 69.5%, B: 60.8%, C:65.2%, D:86.9%, E:78,2%, F: 52.1%, G:47.8%, H:56.5%.

El promedio de elementos estructurales existentes para organizar la calidad del cuidado existente entre las IPS participantes fue de

En las variables **control y mejora de la calidad del cuidado**, se verificó la existencia o no de cada una de las siguientes ocho sub-variables: Fomento del auto-control en el quehacer cotidiano de Enfermería, Control y seguimiento del quehacer Enfermero,

Diagnostico de Problemas del servicio de Enfermería, Formulación e implementación de Planes de mejoramiento, Evaluación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento, Rediseño de Planes de mejoramiento de la calidad del cuidado, Mejora continua de la calidad del cuidado, Aseguramiento de la calidad del cuidado.

Los siguientes son los resultados por IPS: A: 76.3%, B:41.1%, C:411%, D: 88.2%, E:76.4%, F:47%, G:11.7%, H:82.3%.

El promedio de elementos estructurales para control y mejoramiento de la calidad del cuidado existente entre las IPS participantes fue de

Con la información obtenida, se logró aportar elementos para la reflexión y análisis sobre el quehacer gerencial de enfermería como proceso de gestión de calidad del servicio; por ese motivo, a se procedió a enfocar **la gestión de calidad del cuidado de enfermería** como un gran proceso integrador, pues guarda estrecha relación con múltiples procesos y actividades en los que participa enfermería en la institución y, por tanto, para facilitar su análisis, se decidió abordarlo en subtemas.

El tema se sub dividió en cuatro subtemas, como producto de una reflexión y análisis contextual; se tuvo en cuenta que el tema de investigación, la gestión del cuidado de enfermería que es objeto de este estudio se lleva a cabo en instituciones tercer y cuarto nivel de atención, las cuales, por su infraestructura y dotación técnico-científica compleja, y por contar con personal profesional altamente calificado, pueden constituir escenario de prácticas formativas para enfermería tanto de pre como post-grado. En consecuencia, se tuvo en cuenta que, en esas instituciones se pueden llevar a cabo actividades de docencia, extensión e investigación, y constituyen un escenario propicio para mejorar por diversos mecanismos la calidad de la gestión del cuidado y enriquecer el saber disciplinar. Por tanto, para facilitar su análisis, se abordó en cuatro subtemas como se señala a continuación:

Primer sub-tema: **Gestión de calidad del cuidado y relación docencia servicio**; la pertinencia de este enfoque se consideró debido a que las IPS de tercer y cuarto nivel participantes pueden ser escenarios de prácticas formativas con universidades y por tanto, pueden llevar a cabo actividades de docencia, extensión e investigación en enfermería, Ise verificó en cada IPS si era o no sitio de práctica para enfermería y si contaba o no convenio docente asistencial; después se indagó cuales actividades, pues la docencia y la extensión pueden y deben contribuir a mejorar la calidad del cuidado y la tercera, no solo debe mejorar la calidad el cuidado sino que debe enriquecer el saber disciplinar.

La investigación estableció que participación hubo con los siguientes resultados por IPS: A: 83.3%, B: 83.3%, C: 33.3%, D: 66.6%, E:50%, F:16.6%, G: 0%, H:100%.

En promedio de actividades entre todas las IPS participantes fue en docencia en extensión .. , y en investigación ----

Segundo sub-tema, **Gestión de calidad del cuidado y modelo de cuidado**. Se determinó si la dependencia de enfermería tiene elegido al menos un modelo de cuidado, y en el caso de las que tienen convenio docente asistencial, si las instituciones formadoras tienen el suyo. Se investigó y describió como y cual utilizan, y si el modelo de cuidados constituye una orientación para la práctica asistencial de enfermería; si el modelo de cuidado contribuye a la actualización de los profesionales de enfermería

(extensión); si el modelo de cuidados constituye una motivación, desarrollo de la investigación en enfermería; si el modelo de cuidados orienta los procesos gestión de enfermería en la institución, con los siguientes resultados por IPS: A: 75%, B:37.5%, C: 0%, D: 75%, E:62.5%, F:0%, G: 0%, H:75%.

En promedio de existencia y utilización del modelo de cuidado como orientador e integrador con las demás actividades entre todas las IPS participantes fue en docencia en extensión .. , y en investigación -----

Tercer sub tema: **Gestión de calidad del cuidado y el proceso cuidador.** Se investigó y describió si en las experiencias de formación se utilizan las guías, protocolos de atención y de enfermería definidos por la Institución; si se han estandarizado las actuaciones de las enfermeras, mediante el desarrollo de planes de cuidados para las situaciones de alteración de la salud más frecuentes; si existen instrumentos informatizados diseñados que faciliten la planificación de lo cuidados y ofrezcan información directa acerca de las intervenciones llevadas a cabo; y, si existe un sistema de información que permita evaluar la efectividad y la eficiencia de los cuidados, con los siguientes resultados por IPS: A: 25%, B:0%, C: 50%, D: 50%, E:25%, F:25%, G:25%, H:100%.

En promedio de existencia y utilización de un proceso cuidador que permite organizar las actividades entre todas las IPS participantes fue en docencia en extensión .. , y en investigación -----

Cuarto sub-tema **El modelo de gestión de calidad del cuidado en la IPS** .En este enfoque se identificaron y describieron con que elementos cuenta para auditoria del cuidado y aseguramiento de la calidad del cuidado en los siguientes aspectos; específicamente se describió si existe o no una idea de Sistema de garantía de la calidad en la IPS (para orientar el cuidado); si existe o no un estilo de dirección participativa por objetivos (DPPO); si existe o no un sistema de mejora de la calidad de cuidados; si se lleva o no a cabo procesos formativos centrados en objetivos que faciliten el desarrollo de los cuidados; si se llevan a cabo actividades de extensión que faciliten la actualización constante de los profesionales del cuidado; si se lleva a cabo o no algún tipo de investigación que se utilice como medio para la mejora continua de la calidad de los cuidados; si se lleva a cabo o no la gestión del Cuidado, profundizando en las innovaciones puestas en marcha (gestión del servicio); Si enfermería lleva a cabo o no la gestión por procesos como herramienta del sistema de garantía de la calidad; si se llevan a cabo la gestión por competencias en enfermería como servicio; si se lleva a cabo la gestión del conocimiento en el servicio; si enfermería lleva a cabo la *gestión de su información* como herramienta fundamental tendiente a posibilitar la consolidación definitiva de la auditoria del cuidado; si enfermería promueve y lleva a cabo una buena comunicación –eficaz, bidireccional; si enfermería hace gestión del Talento Humano., con los siguientes resultados por IPS: A: 94.4%, B: 40.9%, C: 27.3%, D: 50%, E: 68.2%, F:27.3%, G:18.2%, H:100%.

En promedio de existencia de ideas, herramientas y actividades tendientes a establecer un sistema de garantía de calidad del cuidado entre todas las IPS participantes fue de y en investigación -----

Finalmente, como valor agregado y para complementar la información obtenida en el cuarto sub-tema, se aportó el resultado de una auto evaluación realizada por la coordinación sobre la percepción que tiene de su propia gestión de calidad del cuidado

en la institución investigada, la cual se orientó a cuatro aspectos:: satisfacción del cliente interno; satisfacción del cliente externo, control de eventos adversos y el impacto en la costo efectividad cuidado

6.2. Recomendaciones

- **Para la formación:** Es necesario recomendar a las Universidades que tienen programas de formación en Enfermería y convenios docencia servicio con las Instituciones estudiadas, y con las que no participaron, que involucren de manera visible el tema gestión de la calidad del cuidado de enfermería en la formación de las nuevas generaciones de profesionales, de modo que puedan impactar benéficamente en la Institución en la que realizan prácticas, pues la calidad del cuidado se materializa como resultado de una planeación coordinada, y se requiere un abordar la Planeación Estratégica y la Gestión por procesos y de Procesos.
- **Para los profesionales:** Dado que garantizar la calidad de los cuidados es un imperativo ético y legal de enfermería, es importante promover y motivar a que los profesionales en ejercicio se participen a nivel universitario en actividades de extensión tendientes a facilitar la adquisición de herramientas conceptuales y técnicas gerenciales conducentes a mejorar la practica en lo atiente a la gestión de cuidados y la calidad de los mismos.
- **Para lo disciplinar.** Promover desde el ejercicio de la práctica cotidiana la reflexión, el análisis y la utilización del pensamiento crítico y creativo que demanda la atención individualizada de usuarios en el entorno interdisciplinario complejo que existe en las instituciones de tercer y cuarto nivel de atención; y desde el mismo, estimular la curiosidad y el deseo de saber, formular preguntas, indagar, promover inquietudes que motiven el desarrollo de investigaciones (investigación) para enriquecer el saber enfermero, inspiradas a partir de situaciones cotidianas, al tiempo que se trabaja en equipo para ofertar cuidados contribuyendo a convertir al hospital en un sitio de atención seguro.
- **Para la práctica:** Hacer de la práctica profesional de enfermería un ejercicio cotidiano de gestión de calidad del cuidado, orientado por el modelo de cuidado de su institución, ejerciendo liderazgo, planificando y ejecutando procesos, auditando resultados, retroalimentando oportunamente la información, rediseñando planes cuando fuere necesario, otorgando cuidados continuos, humanizados e individualizados en el marco de la bioética, amparados en soportes científicos, guiados por principios humanísticos, ejecutados con calidad humana y planificados con criterio empresarial.
- **Para las instituciones prestadoras:** Invitar a los directivos de las IPS a reflexionar en torno a la beneficio del servicio de enfermería para ofrecer un Cuidado de Enfermería ; a valorar su labor más allá de la ejecución de una serie de intervenciones en el tratamiento y rehabilitación, y de los procesos, procedimientos y actividades

pertinentes al cuidado como soporte fundamental para la recuperación de la salud de los usuarios, y redimensionar la coordinación de enfermería como una auténtica gestora de servicios que articula procesos estratégicos, tácticos con los operativos: asistenciales comunicativos, logísticos y de apoyo con la valiosa herramienta llamada gestión de calidad del cuidado.

A. Anexo: modelo de carta dirigido a los gerentes de IPS nivel III y IV

Barranquilla, 20 de Octubre 2010

Doctora.

Olga Lucia Mendez

Gerente Fundacion Centro Medico del Norte

Hospital Univeersidad del Norte (IPS nivel III)

Ciudad.

Cordial saludo

Sea esta la oportunidad para desearles éxitos en su gestión.

El objetivo de la presente es solicitarle su autorización para realizar el proyecto de investigación, "Gestión de la calidad del cuidado de enfermería de las IPS. de tercer nivel de atención en salud, Barranquilla, primer semestre del 2011"

Esta investigación es un requisito como tesis de grado para optar al título de Magister en enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia en convenio con la Universidad Simón Bolívar. El estudio, contará con la aprobación del comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia.

Adjunto a la presente la propuesta de investigación.

Agradeciendo de ante mano su colaboración.

Atentamente,

MARQUESA GARCÍA SAMPAYO

CC.32.656.484 de Barranquilla. Colombia

B. Anexo: consentimiento informado

FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ Identificada con c.c. _____, he recibido explicación sobre el estudio de investigación “*Gestión de la calidad del cuidado de enfermería de las IPS. de tercer nivel de atención en salud, Barranquilla, primer semestre del 2011*”. Este estudio es parte de un proyecto universitario de post-grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, del programa de Maestría en Enfermería, con énfasis Gerencia de Servicios de Salud.

Con este estudio se pretende determinar cómo es la Gestión de la calidad del Cuidado planificado por Coordinadoras de enfermería, para la atención de usuarios, en instituciones de tercer y cuarto nivel de atención en salud en Barranquilla, cuarto trimestre de 2010. Su participación consistirá en facilitar la información para el diligenciamiento de la Guía de Verificación, diseñada para la recolección de los datos inherente al trabajo de investigación. La investigadora MARQUESA GARCÍA SAMPAYO, aplicará el instrumento a la enfermera coordinadora, para recoger la información.

Se aclara que la participación en el estudio es voluntaria, no tendrá ninguna contraprestación económica, y el participante podrá retirarse del estudio cuando lo estime conveniente, si así lo desea, previo aviso a la investigadora. Así mismo se garantiza que esta información será utilizada únicamente con fines académicos y que se respetará la confidencialidad de la información obtenida.

Después de conocer el propósito de la investigación y que el estudio no representa riesgos de ninguna naturaleza para mi vida, manifiesto estar de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio “Gestión de la calidad del cuidado de enfermería en el nivel táctico de las IPS de III y IV nivel de atención en salud. Barranquilla segundo semestre de 2010, primer semestre de 2011”, expreso mi interés en participar libremente en las entrevistas.

En caso de dudas puede contactarse con la investigadora MARQUESA GARCÍA SAMPAYO Celular: 300-364 32 31.

FIRMA PARTICIPANTE

c.c.

Fecha:

FIRMA TESTIGO

c.c.

Fecha:

FIRMA INVESTIGADOR

MARQUESA GARCIA SAMPAYO

C.C: 32.656.484 de Barranquilla. Atlántico

C. Anexo: presupuesto general de la tesis.

Rubros	Descripción	Costo Parcial	Total Inversión
1, SERVICIOS PERSONALES			
1.1 Director tesis/investigador principal	ANA HELENA PUERTO GUERRERO		12.000.000
	MARQUEZA GARCIA ZANPAYO		15.000.000
1.2 Digitadora		8horas semana	1.600.00
1.3 Asesoría Estadística			1.000.000
1.4			
2. GASTOS GENERALES			
2.1 Materiales e Insumos			
2.2.1 De oficina (papel, tinta, fotocopias)	5 Resmas de papel tamaño carta	15.000	75.000
	Fotocopias		120.000
	10 cartuchos	30.000	300.000
Transporte	Desplazamiento a Cartagena	300.000	3.600.00
3. INVERSIÓN			
3.1 Equipo requerido			
	Portátil		1.600.000
3.1.1 Para comprar	Impresora		300.000
3.4 Material Bibliográfico			
	Textos de Gestión del calidad	8x200000	1.600.000
	Textos de investigación		500.000
3.4.1 Para Comprar	Normas de Icontec	25.000	25.000
3.5 Memoria USB			50.000
4. PUBLICACIONES			
4.1 Artículo científico	Publicación de un artículo científico		500.000
4.2 Tesis	Documento (2) y CD para evaluadores		400.000
4.3 Revisión artículo	Publicación del artículo científico en revista		150.000
4.4. Revisión de estilo tesis	Importe por procesamiento y valoración de estilo del informe	200.000	200.000
TOTAL			33.795.000

El valor del presupuesto es asumido por la investigadora y por la Universidad nacional de Colombia en cuanto a las asesorías de la Directora de tesis, estadístico y la evaluación por parte de los jurados.

D. Anexo: cronograma de actividades

#	ACTIVIDADES DEL MES	2010												2011											
		Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
1	Revisión Y Preparación de la propuesta de Investigación	xxxxx	Xxxxx	xxxxx	xxxx	xxxx	xxxx	Xxxx	xxxx	Xxxx	Xxxx	xxxx	xxxx	xxx	xxxx										
2	Revisión bibliográfica Referente teórico								xxxx	Xxx	Xxx			xxx	xxx	xxxx	xxx	xxx		XX	XX	XX	XX		
3	Asesoría con docente video chat												xxxxx	xxxxx	xxx										
4	Entrega del comité de ética													xxx	xxxx										
5	Solicitud de aval de las clínicas en Barranquilla														XX	xxxx	xxxx								
6	Ajuste del proyecto de Investigación siguiendo orientaciones del comité de Ética de la Universidad Nacional															XX									
7	Selección del personal y prueba piloto															XXX	XXX								
8	Recolección de información de la Investigación																	Xxx	XXX						
9	Análisis de la información																			XX	XX				
10	Informe																			**	*	*	**		
11	Presentación a Jurado y sustentación																			**	**	**	**	**	

Anexo E:

Carta del docente asesor al comité de ética



Bogotá, 13 de abril del 2011

Profesora
MAGDA FLOREZ FLOREZ
Directora
Maestría en Enfermería

Respetada Profesora
Reciba un saludo cordial.

Estoy anexando el proyecto de Tesis **GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL TÁCTICO DE LAS IPS. DE III Y IV NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD. BARRANQUILLA. PRIMER SEMESTRE DEL 2011**, de la estudiante **MARQUESA GARCÍA SAMPAYO**.

El documento fue revisado y constata que los ajustes planteados por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, ya fueron incorporados al documento.

Agradezco la atención

Cordialmente


ANA HELENA PUERTO GUERRERO
Profesora

Anexo F: guía de verificación:

GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN IPS. DE III Y IV NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD.
BARRANQUILLA. 1er SEMESTRE DE 2011

I-COMPONENTE: **Estructura organizacional de enfermería y del sistema de gestión del cuidado en la ips**

PRIMER TEMA: PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	REFERENCIA* DE LA INFORMACIÓN
--	----------------------------------

1. MISION	¿Existe ?		
	SI	NO	
1.1	¿La misión institucional se encuentra publicada en lugar visible?		
1.2	¿La misión institucional es conocida por el nivel táctico de enfermería?		
1.3	¿La misión institucional es conocida en el nivel operativo de enfermería?		
2. VISION	¿Existe ?		
	SI	NO	
2.1	¿La visión institucional se encuentra publicada en lugar visible?		
2.2	¿La visión institucional es conocida por el nivel táctico de enfermería?		
2.3	¿La visión institucional es conocida en el nivel operativo de enfermería?		

	3. VALORES CORPORATIVOS	Existen ?	
		SI NO	
3.1	¿Los valores corporativos institucionales se encuentran publicados en lugar visible?		
3.2	¿Los valores corporativos institucionales son conocidos por el nivel táctico de enfermería?		
3.3	¿Los valores corporativos institucionales son conocidos en el nivel operativo de enfermería?		
	4. POLITICA DE CALIDAD	¿Existe ?	
		SI NO	
4.1	¿La política de calidad institucional se encuentra publicada en lugar visible?		
4.2	¿La política de calidad institucional es conocida por el nivel táctico de enfermería?		
4.3	¿La política de calidad institucional es conocida en el nivel operativo de enfermería?		
	5. MAPA PROCESOS MISIONALES	¿Existe ?	REFERENCIA*
		SI NO	
5.1	¿Existe mapa de procesos y publicado en lugar visible?		

5.2	¿El mapa de procesos es conocido por el nivel táctico de enfermería?			
5.3	¿El mapa de procesos es conocido en el nivel operativo de enfermería?			
	6. PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	¿Existe ?		
		SI	NO	
6.1	¿Existe plan estratégico institucional publicado?			
6.2	¿El plan estratégico institucional es conocido por el nivel táctico de enfermería?			
6.3	¿El plan estratégico institucional es conocido en el nivel operativo de enfermería?			
	7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA IPS	¿Existe ?		
	Contexto: con base en el organigrama institucional, por favor responda	SI	NO	
7.1	¿Existe en la estructura Institucional una dependencia de enfermería a nivel estratégico?			
7.2	¿Existe en la estructura Institucional una dependencia de enfermería a nivel táctico?			
	Si la respuesta es NO: ¿Quién asume la Gestión de la Calidad del Cuidado que a nivel táctico le corresponde a enfermería? _____			
7.3	¿Existe en la institución un coordinador por cada unidad funcional de enfermería?			
	En caso de respuesta afirmativa, señale a en cuales			

• Urgencias			
• Sala de partos			
• Hospitalización			
• Cirugía			
• Cuidado intensivo de adultos			
• Cuidado intensivo neonatal			
• Otros (especifique):			

(ARTICULACIÓN ENTRE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL CON LA PLANEACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

8. LA PLATAFORMA ESTRATEGICA DE ENFERMERIA		¿Existe ?		REFERENCIA*
Contexto:		SI	NO	
Con relación a la planeación de calidad del Cuidado de Enfermería, en la institución en la que usted actualmente labora:				
8.1	¿Tiene definida la <i>misión</i> para la dependencia de <i>enfermería</i> ?			
8.2	¿Tiene definida la <i>visión</i> de la dependencia de <i>enfermería</i> ?			
8.3	¿Tiene definida para la dependencia los <i>valores corporativos</i> ?			

8.4	¿Tiene definida para la dependencia los <i>objetivos estratégicos del Cuidado de enfermería</i> ?			
8.5	¿Tiene definido para la dependencia la <i>política de Calidad del Cuidado de enfermería</i> ?			

SEGUNDO TEMA: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

PRIMERA VARIABLE	PLANEACION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO	¿Existe?		REFERENCIA*
		SI	NO	
CONTEXTO: SE HACE REFERENCIA A LA PLANEACION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA IPS				
Sub variable	1.1. MARCO NORMATIVO. PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL CUIDADO	¿Existe?		REFERENCIA
		SI	NO	
	Cuál es el marco de referencia que utilizó Enfermería en esta IPS para planear el aseguramiento de la calidad del cuidado:			
	✓ La ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.			
	✓ El Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad			

Sub variabl e	1.2. PLAN DE ACCIÓN	¿Existe?	
		SI	NO
1.2.1	¿La dependencia de enfermería dispone de plan de acción en contexto con el Plan Operativo Anual de la Institución?		
1.2.2.	¿La dependencia de enfermería en la IPS, ha establecido los <i>objetivos de calidad del cuidado</i> , en el nivel táctico, basados en las necesidades de sus clientes?		
Sub variabl e	1.3. RECURSOS FINANCIEROS DE LA DEPENDENCIA DE ENFERMERÍA	¿Existe?	
		SI	NO
	¿La dependencia de enfermería dispone de un presupuesto?		
Sub variabl e	1.4. MODELO DE CUIDADO.	¿Existe?	
		SI	NO
	¿Enfermería tiene definido un Modelo de Cuidado de Enfermería para la Institución?		
Sub		¿Existe?	

variabl e	1.5. PROCESOS	SI	NO	
	Señale los procesos que tiene definidos la dependencia de Enfermería en esta IPS, para ser aplicados en el nivel operativo por los profesionales del cuidado.			
	✓ Enfermería			
	✓ Epidemiológico			
	✓ Administrativo			
Sub variabl e	1.6. PROCESO DE ENFERMERÍA	¿Existe?		
		SI	NO	
	¿En la IPS, la dependencia ha establecido el <i>Proceso de Enfermería</i> para el Cuidado de los usuarios que demandan sus servicios?			
Sub variabl e	1.7. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO DE ENFERMERÍA.	¿Existe?		
		SI	NO	
1.7.1.	¿La dependencia de Enfermería determina los requerimientos de talento humano (enfermeras, auxiliares de enfermería) básicos e indispensables para dar respuesta a los clientes externos?			

1.7.2.	¿Enfermería participa en el proceso de reclutamiento, selección y vinculación del personal de enfermería?			
Sub variabl e	1.8. HERRAMIENTAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA	¿Existe?		
		SI	NO	
	La dependencia de Enfermería dispone para el Cuidado de las personas que demandan los servicios de enfermería de:			
1.8.1	✓ Manual de funciones para el personal de enfermería			
1.8.2	✓ Guías de atención			
1.8.3	✓ Protocolos			
1.8.4	✓ Listas de chequeo			
Sub variabl e	1.9. MANUAL DE PROCESOS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	¿Existe?		
		SI	NO	
	Enfermería tiene los siguientes manuales de procesos definidos para su personal:			
1.9.1	✓ Reclutamiento de personal de enfermería			
1.9.2	✓ Selección del personal de enfermería			

1.9.3	✓ Vinculación e Inducción del personal de enfermería			
1.9.4	✓ Ausentismo del personal de enfermería			
1.9.5	✓ Seguimiento y evaluación del personal de enfermería			
1.9.6	✓ Capacitación del personal de enfermería			
Sub variabl e	1.10. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA	¿Existe?		
		SI	NO	
1.10.1	¿La dependencia de Enfermería cuenta con un sistema de información?			
	Si la respuesta fue SI, favor responder a continuación: ¿Qué información sistematiza?			

1.10.2	¿Tiene normado con qué frecuencia alimenta el sistema de información de enfermería?			
1.10.3.	¿Tiene definido y capacitado quien alimenta el sistema de información?			

SEGUNDA VARIABLE	ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO	¿Existe?		
		SI	NO	
CONTEXTO: SE HACE REFERENCIA A LA ORGANIZACIÓN QUE DEBE REALIZAR LA DEPENDENCIA DE ENFERMERIA PARA GESTIONAR LA CALIDAD DEL CUIDADO OFERTADO A LOS USUARIOS EN LA IPS				
Sub variabl e	2.1. Organización del Talento Humano	¿Existe?		
		SI	NO	
La dependencia tiene establecido un equipo de personas para la proyección del Cuidado de Enfermería a nivel operativo?				
Si es positiva la anterior respuesta, ¿tiene definido el nivel que ocupan en la dependencia de enfermería? ;				
Enuncie el nivel _____				
Sub variabl e	2.2. Estilo de dirección	¿Existe?		
		SI	NO	
Delega la enfermera (coordinadora o directora) en el equipo de trabajo, acciones para proyectar el Plan de acción de la dependencia para el Cuidado				

	de Enfermería a nivel operativo			
Sub variabl e	2.3. Toma de decisiones	¿Existe?		
		SI	NO	
	¿La toma de decisiones de la dependencia (coordinación o dirección) se sustentan en la información sistematizada?			
	Qué tipo de decisiones se toman en la dependencia de enfermería:			
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Colegiadas con el equipo de enfermería? 			
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Individual? 			
Sub variabl e	2.4.Determinación del Perfil Laboral	¿Existe?		
		SI	NO	
	¿La dependencia tiene definidos los puestos de trabajo de enfermería?			
Sub variabl e	2.5. Control de Financiero	¿Existe?		
		SI	NO	

	¿La dependencia hace seguimiento a la ejecución del presupuesto?			
Sub variabl e	2.6. Gestión por competencias	¿Existe?		
		SI	NO	
	¿La dependencia de enfermería asigna el talento humano y los recursos necesarios en las Unidades funcionales o servicios para:			
	✓ Coordinar el Cuidado de enfermería y utilizar los procesos de:			
	✓ Enfermería			
	✓ Administrativo			
	✓ Epidemiológico			
Sub variabl e	2.7. Liderazgo y motivación del personal	¿Existe?		
		SI	NO	
	¿La dependencia de Enfermería lidera, motiva y exige al talento humano adherencia a:			
	✓ El Manual de Funciones del personal de enfermería?			
	✓ las Guías?			

	✓ los protocolos de atención			
	¿El personal de enfermería conoce, respeta y sigue los conductos regulares en la organización de enfermería?			
Sub variabl e	2.8. Procesos comunicativos	¿Existen ?		
		SI	NO	
	¿La dependencia de enfermería aplica procesos comunicativos con el nivel operacional? ¿ Cuáles?			
	• Dialogo directo			
	• Comunicados			
	• Memorandos			
	• Intranet			
	• Otro			
	¿La dependencia de enfermería hace la evaluación del personal a su cargo?			
	¿ Si dispone del sistema de información de enfermería con qué frecuencia?:			
	¿ Constata que el sistema de información de la dependencia de enfermería se está alimentando y de acuerdo a lo planeado			

TERCERA VARIABLE	CONTROL Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO	¿Existe?		
		SI	NO	
CONTEXTO: SE HACE REFERENCIA AL CONTROL Y SEGUIMIENTO QUE LA DEPENDENCIA DE ENFERMERIA HACE ASEGURAR EN FORMA CONTINUA, LA CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO EN LA IPS				
Sub variabl e	3.1. CONTROL DE LA GESTIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO	¿Existe?		
		SI	NO	
3.1.1.	Fomento del auto-control en el quehacer cotidiano de Enfermería			
	¿La dependencia de enfermería fomenta el autocontrol en cada uno de los integrantes ?			
	¿La dependencia de enfermería fomenta el autocontrol en cada uno de los integrantes de la dependencia en el Nivel Operativo?			
3.1.2	Seguimiento del quehacer Enfermero			
	¿La dependencia de Enfermería hace el control a través de:			
	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Listas de Chequeo 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del personal 			

	¿La dependencia de enfermería hace seguimiento y evaluación del personal a su cargo?			
	¿Enfermería evalúa el avance logrado en la consecución de los objetivos de calidad del cuidado?			
3.1.3	Diagnostico de Problemas del servicio de Enfermería			
	¿Enfermería identifica los problemas o puntos problemáticos del proceso de atención?			
	¿Enfermería diagnostica los problemas y aísla las causas?			
3.1.4	Formulación e implementación de Planes de mejoramiento			
	¿Enfermería toma las decisiones pertinentes destinadas a resolver los problemas que afectan la calidad del cuidado?			
	¿Enfermería implementa oportunamente las decisiones tomadas, destinadas a resolver los problemas que afectan la calidad del cuidado ofertado y brindado?			
3.1.5	Evaluación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento			
	¿Enfermería realiza un seguimiento continuo para comprobar el impacto o efectividad de las medidas tomadas para mejorar la calidad del cuidado?			
3.1.6	Rediseño de Planes de mejoramiento de la calidad del cuidado			
	¿Enfermería planifica la mejora continua de la calidad del cuidado?			
	En que se sustenta el plan de mejoramiento _____ _____ _____ _____			

3.1.7	Mejora continua de la calidad del cuidado			
	¿Enfermería lidera el rediseño y socializa lo planificado en aras de la mejora continua de la calidad del cuidado?			
	¿Enfermería re-evalúa el impacto del rediseño en la calidad del cuidado?			
3.1.8	Aseguramiento de la calidad del cuidado			
	¿Enfermería ha logrado motivar y mantener en coordinación con el nivel operativo, y en forma continua la prevención de eventos adversos en alguna unidad funcional de atención?			
	¿Enfermería desde el nivel táctico ha logrado motivar y mantener en coordinación con el nivel operativo, y en forma continua, ha llegado a cero glosas en alguna unidad de atención?			

II. COMPONENTE

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERIA (COMO PROCESO)

TEMA	LA GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO EN LA IPS		
1º Sub Tema	1. GESTIÓN DE CALIDAD DEL CUIDADO EN LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO	¿Existe?	
		SI	NO
	Contexto: En referencia a la dependencia de enfermería en esta IPS:		

	¿Se llevan a cabo prácticas formativas de enfermería en esta institución?			
	¿Existe convenio docencia servicio?			
	¿Se llevan a cabo actividades de extensión de enfermería en esta institución?			
	¿Se llevan a cabo actividades investigativas en esta institución?			
	¿Enfermería participa o ha participado en proyectos de Extensión llevados a cabo en esta institución?			
	¿Enfermería está participando en los proyectos de investigación llevados a cabo en esta institución?			

2º Sub Tema	2. EL MODELO DE ENFERMERIA EN LA INSTITUCION	¿Existe?		
		SI	NO	
	Contexto: En referencia a la dependencia de enfermería de esta IPS:			
	Se tiene definido un proceso de inducción a la Institución y a la dependencia de enfermería?			
	¿Si existe un Modelo de Cuidado de Enfermería, es utilizado por las Instituciones formadoras?			
	¿Si no existe un Modelo de Cuidado de Enfermería, las instituciones			

	formadoras tienen un modelo de Cuidado de Enfermería?			
	Si hay respuesta afirmativa, favor enseñarlo y por favor conteste las siguientes preguntas:			
	¿El modelo de cuidados constituye una orientación para la práctica asistencial de enfermería?			
	¿El modelo de cuidado contribuye a la actualización de los profesionales de enfermería?			
	¿El modelo de cuidados constituye una motivación, desarrollo de la investigación en enfermería?			
	¿El modelo de cuidados orienta los procesos gestión de enfermería en la institución?			

3º Sub Tema	3. EL PROCESO CUIDADOR EN LA INSTITUCION	¿Existe?		
	Contexto: En referencia a la dependencia de enfermería de esta IPS:	SI	NO	
	¿En las experiencias de formación se utilizan las guías, protocolos de atención y de enfermería definidos por la Institución?			
	¿Se han estandarizado las actuaciones de las enfermeras, mediante el desarrollo de planes de cuidados para las situaciones de alteración de la salud más frecuentes?			
	En caso afirmativo favor enseñarlo			
	¿Existen instrumentos informatizados diseñados que faciliten la planificación de los cuidados y ofrezcan información directa acerca de las intervenciones			

	llevadas a cabo?			
	En caso afirmativo favor enseñarlo.			
	¿Existe un sistema de información que permita evaluar la efectividad y la eficiencia de los cuidados?			
	En caso afirmativo favor enseñarlo. ¿Lo enseñó?			

4º Sub Tema	4. EL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN LA IPS (NIVEL III, o IV)	¿Existe?		
		SI	NO	
	4.1. Sistema de garantía de la calidad en la IPS (para orientar el cuidado)			
	¿Existe una idea de calidad total para la mejora continua de los cuidados - como sistema- en la institución?			
	4.2. Estilo de dirección de la dependencia de Enfermería			
	¿Existe un estilo de dirección participativa por objetivos (DPPO)?			
	4.3. Sistema de mejoramiento			
	¿Existe la mejora de la calidad de cuidados como un conjunto de acciones concretas destinadas a proporcionar la excelencia en los cuidados proporcionados?			
	En caso afirmativo favor, favor enseñe el modelo de los planes de mejoramiento			
	¿Los enseñó?			

	4.4. Docencia en Enfermería			
	¿En la institución se lleva a cabo el proceso de formación centrada en la consecución de objetivos docentes que faciliten el desarrollo de los cuidados?			
	En caso afirmativo favor enseñar el modelo. ¿Lo enseñó?			
	4.5. Extensión en Enfermería			
	¿En la institución se llevan a cabo actividades de extensión que faciliten la actualización constante de los profesionales para su adaptación a los continuos cambios que se producen en los servicios sanitarios y las nuevas demandas de nuestros usuarios?			
	En caso afirmativo favor enseñar la programación. ¿La enseñó?			
	4.6. Investigación en Enfermería			
	¿En la institución se lleva a cabo algún tipo de investigación que se utilice como medio para la mejora continua de la calidad de los cuidados que se prestan, procurando aplicar los resultados en la práctica?			
	En caso afirmativo favor enseñar el protocolo. ¿Lo enseñó?			
	4.7. Gestión de Servicios			
	¿En la institución se lleva a cabo la gestión del Cuidado de Enfermería, profundizando en las innovaciones puestas en marcha?			
	En caso afirmativo favor enseñar el modelo. ¿Lo enseñó?			

	4.8. Gestión por Procesos			
	¿Enfermería lleva a cabo la gestión por procesos como herramienta del sistema de garantía de la calidad?			
	4.9. Gestión por Competencias			
	¿Se lleva a cabo la gestión por competencias en enfermería como servicio?			
	¿Se lleva a cabo la gestión del conocimiento en el servicio de enfermería?			
	4.9. Gestión de información			
	¿Enfermería lleva a cabo la <i>gestión de su información</i> como herramienta fundamental tendiente a posibilitar la consolidación definitiva de la auditoría del cuidado?			
	¿Enfermería lleva a cabo la gestión de su información –auditoría del cuidado- y lo aporta como componente al sistema de garantía de la calidad de la institución?			
	En caso afirmativo favor enseñar el instrumento. ¿Lo enseñó?:			
	4. 10. Gestión de la comunicación			
	¿Enfermería promueve y lleva a cabo una buena comunicación –eficaz, bidireccional?			
	¿El proceso de comunicación en el cual participa enfermería involucra también los valores necesarios para el cambio –mejora continua-?			
	¿En el proceso de comunicación, enfermería retroalimenta la información acerca de las intervenciones desarrolladas y los resultados alcanzados, y todo lo que facilite la consecución de los objetivos desde la motivación de todos?			
	4. 11. Gestión del Talento Humano			

	¿Concede la institución un papel motivador a la evaluación del talento humano?			
	¿En la institución, la oficina de talento humano tiene en cuenta la evaluación que enfermería hace del personal e incide en sus decisiones?			
	¿Considera que la gestión de enfermería está contribuyendo a garantizar la calidad de la atención en salud?			
	¿Considera que la calidad del cuidado que usted planifica actualmente, permite garantizar que en el nivel operativo se articule integralmente lo atinente a persona salud, cuidado y entorno?			
	¿Considera que en el nivel táctico se está llevando a cabo una adecuada gestión de calidad para el cuidado de enfermería?			
	¿Considera usted que existe un modelo de gestión de calidad del cuidado en su institución?			

III. RESULTADOS DEL PROCESO DE GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO EN EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA IPS
(DESDE LA AUTO PERCEPCION DEL COORDINADOR DE ENFEMERIA)

SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO		¿Existe?	
		SI	NO
1	¿Evalúa Enfermería, en esta institución, la satisfacción de sus clientes internos?		
	En caso afirmativo, ¿Cada cuanto tiempo lo hace?: _____		

	¿Como lo hace?		
	¿Evalúa Enfermería, en esta institución, desde el nivel táctico, el desempeño de sus clientes internos?		
	En caso afirmativo: ¿Retroalimenta la información?		
	¿Utiliza la evaluación para motivar al personal?		

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO (USUARIO)		¿Evaluada ?	
		SI	NO
2	¿Evalúa Enfermería, en esta institución la <i>satisfacción de los usuarios de su atención</i> ?		
	En caso afirmativo, señale a continuación ¿Cómo lo hace?:		
	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas personales al usuario 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas (al egreso) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Otros (especifique): _____ 		
3	¿Considera que Enfermería, en esta institución, ha logrado motivar, promover y mantener en coordinación con el nivel operativo, la plena <i>satisfacción del cliente externo</i> en alguna unidad de atención?		

	Si la respuesta es afirmativa, favor marcar a continuación en cual o cuales unidades de atención:		
	• Urgencias		
	• Sala de partos		
	• Cirugía		
	• Hospitalización (sala general)		
	• Cuidados intermedios		
	• Cuidados intensivos		
	• Hemodinamia		
	• Unidad renal		
	• Otro:		
	• Si la respuesta es otro: especifique cual: _____		

CONTROL DE EVENTOS ADVERSOS		¿Logrado ?	
		SI	NO
4	¿Considera que Enfermería, en esta institución, ha logrado motivar, promover y mantener en coordinación con el nivel operativo, <i>la prevención de eventos adversos</i> en alguna unidad de atención?		

	Si la respuesta es afirmativa, favor marcar a continuación en cual o cuales se ha logrado:		
	• Urgencias		
	• Sala de partos		
	• Cirugía		
	• Hospitalización (sala general)		
	• Cuidados intermedios		
	• Cuidados intensivos		
	• Hemodinamia		
	• Unidad renal		
	• Otro (especifique): _____		

	IMPACTO DE LA GESTION DE CALIDAD DEL CUIDADO EN LA COSTO-EFECTIVIDAD DE LA ATENCION SANITARIA	¿Se ha logrado?	
		SI	NO
5	¿Considera usted que Enfermería, lidera y coordina acciones orientadas al logro de los objetivos institucionales (eficacia) con el menor uso de recursos posible (eficiencia)?		

6	¿Considera usted que Enfermería, en esta institución ha logrado en coordinación con el nivel operativo, evitar durante más de un mes, glosas relacionadas con el proceso de atención en alguna unidad de atención?		
	Si la respuesta es afirmativa, especifique a en cual o cuales unidades		
	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de partos 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización (sala general) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado intensivo neonatal 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado intensivo adultos 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Hemodinamia 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad renal 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Otro(especifique): _____ 		

*REFERENCIA DE LA INFORMACION

EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL NIVEL TACTICO DE LA IPS EVALUADA:

IPS: _____

FECHA DE APLICACIÓN _____

INVESTIGADORA: ENFERMERA MARQUESA GARCÍA SAMPAYO

ESTUDIANTE MAESTRIA ENFERMERIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

DIRECTORA DEL PROYECTO: PROFESORA ANA HELENA PUERTO

BIBLIOGRAFÍA

ALARCON NÚÑEZ, Viviana Marcela. Documentación, implementación y evaluación de la calidad en Ecogas, basado en los lineamientos de la Norma NTC ISO 9000: 2000. [trabajo de grado]. Programa de ingeniería industrial. Escuela de estudios Industriales y Empresariales Ingeniería Industrial, Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. 2005, p. 24 -29.

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5a. ed. España: Elsevier-Masson.2003, p. 4.

ALVARADO RIVADENEYRA, Silas. El plan de cuidados y la calidad de atención que brinda la enfermería en el HNGAI. En: Rev Cubana Enfermería. 2002, vol. 16 no. 2, p. 133-136. [Consultado junio 2010]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-0319200000200013&script=sci_arttext

ARANAZ, Jesus. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos [en línea]. [Consultado Sep., 2010]. Disponible en Internet: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>

ARAVENA, Viviane. La investigación como herramienta de la gestión del cuidado. En: Rev Ciencia y Enfermería. Vol. 15 no. 3, p. 7-7.

ARIZA, Claudia y DAZA, Rosita. Calidad del cuidado e enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá [en línea]. En: Revista de enfermería. Agosto 2005. [Consultado Mayo 9, 2013]. Disponible en Internet: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8305-Calidad.htm>

COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Constitución política de Colombia 1991. Artículo 11. Bogotá: Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.

COLOMBIA. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011 (Enero 19) "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 3, numeral 3.8. Bogotá: Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

COLOMBIA. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, capítulo II, artículo 3. Bogotá: Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996.

COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario

correspondiente y se dictan otras disposiciones, De los principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería [en línea]. Bogotá: Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Disponible en Internet: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley_0911_2004.html

COLOMBIA. Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Acto legislativo 2 de 2009. Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Artículo primero. Bogotá: Diario oficial 47.570.

COLOMBIA. Ministerio de protección social. Decreto 1011 del 2006, Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad en salud. 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. Artículo 33, numeral 1, p. 5.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución no. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [en línea]. Bogotá: El Ministerio. 4 de octubre de 1993, p. 1-12. Disponible en Internet: http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

COLOMBIA. Presidencia de la República. Decreto 1760 de 1990. Por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad. Artículo 9º. Bogotá: Diario Oficial de fecha 3 de agosto de 1990.

CONGRESO DE LA REPUBLICA, LEY 266, el Capítulo VI, Competencia profesional definida en el artículo 17, numeral 4.

CONTEL, Joan; BADÍA, Joan y PEYA, Margarida. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona. España: Springer, Verlag, Iberica. 1999, p. 104.

CROSBY, Philip. La comprensión. En: La calidad no cuesta, el arte de cerciorarse de la Calidad. Décima primera reimpresión. México: Compañía Editorial Continental, 1991. 238 p.

ERDMANN, Alacoque et al. La gestión sobre la práctica de la salud según la perspectiva del cuidado complejo. En: Texto contexto - enferm. 2006, vol. 15 no. 3, p. 483-491.

FARNÓS G., BARBERA M., RICH, Manuel. Gestión de los servicios Enfermeros. Citado por: TEMES, Jose. Gestión hospitalaria. 4a. ed. España: Mc Graw Hill-Interamericana, p. 98.

GIACOMETTI ROJAS, Luis F. Empresarización de Hospitales Públicos la Experiencia Internacional Delegado y Representante legal para Colombia. CHC Consultoría i Gestión SA (Barcelona – España) [en línea]. [consultado Abril 2010]. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud43/colabora.htm>.

GRUPO DE CUIDADO. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Facultad de Enfermería Universidad Nacional De Colombia. Bogotá: Unibiblos. 2002, p. 102.

- KATZ, Robert. Habilidades de un Administrador. En: ROBBINS S., DECENZO D., Fundamentos de Administración. Conceptos esenciales y aplicaciones. 3a. ed. México: Editorial Person educación. 2002, p. 13.
- MARRINER, Ann y RAILEY, Martha. Nursing theories and their work. 5a ed. St Louis: Mosby. 2002.
- MEJÍA, Braulio. Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. 40 ed. Bogotá: Ecoe Ediciones. 2003, p. 73-77.
- MELEIS, Afaf. Theoretical nursing: development and progress. 3a ed. Lippincott; 1997. 807 p.
- MIRANDA, Francisco; CHAMORRO, Antonio y RUBIO, Sergio. Introducción a la Gestión de Calidad. Madrid: Delta Publicaciones. 2007, p. 19.
- MORA, José. Guía metodológica para la Gestión clínica por procesos, Aplicación en las organizaciones de enfermería. Madrid: Diaz-de Santos. 2003, p. 272.
- MORENO, María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. En: Rev Aquichan. Año 5, vol. 5 no. 1 (5), p. 44-55.
- MORFI, Rosa. Gestión del cuidado en Enfermería. En: Rev Cubana enfermer. ene.-mar. 2010, vol. 26 no. 1.
- ORTEGA, María y SUAREZ, María. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación. 2a. ed. Editorial medica Panamericana. 2009, 240 p.
- ORTIZ, Ana. Gestión del cuidado en enfermería. En: Invest. educ. Enferm. 2000, vol. 18 no. 1, p. 93-102. [Consultado Octubre, 2008]. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294007>
- PINEDA, Elia B. y De Alvarado Eva Luz. Metodología de la investigación. OPS, Tercera Edición, 2008, p. 189.
- ROJAS, Annia et al. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de auto cuidado. En: Rev Cubana Enfermer. 2009, vol. 25 no. 3-4.
- VARO, Jaime. La gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos. 1994, p. 189.