

Elementos conceptuales de la calidad

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

- Introducción
- Antecedentes
- Cultura de la calidad
- Calidad de los servicios de enfermería
- Gestión de la calidad en el cuidado de enfermería
- Cuidado seguro
- Recomendaciones para un cuidado seguro

Objetivos de aprendizaje:

Al concluir este capítulo el lector comprenderá:

- Los antecedentes de la calidad del cuidado de enfermería.
- Las principales teorías y elementos conceptuales de la calidad.
- Los indicadores como instrumento para medir la calidad.

El lector será capaz de:

- Integrar los conceptos utilizados en el diseño, implementación y control de un Modelo de Evaluación de la Calidad del Cuidado en una institución de salud.

Introducción

En los últimos años la calidad de los Sistemas de Salud ha sido objeto de controversia. Las discusiones en torno a este tema se han centrado en aquellos elementos que lo determinan, como la heterogeneidad, la cobertura y la equidad en el otorgamiento de los servicios en los diferentes niveles de atención, tanto públicos como privados. En forma paralela, existe entre los usuarios, la idea de que la calidad de los servicios que en esta área proporciona el Estado no cumple con sus expectativas, de manera particular durante los largos periodos que los pacientes deben esperar para ser atendidos, la información insuficiente y poco clara que les proporciona el equipo médico, la escasez de medicamentos e insumos, la oferta poco oportuna en los servicios y, en especial, por el trato inadecuado que se les brinda a ellos y a sus familias.

Es innegable que ha habido avances en los servicios de salud de México, y que sus logros se han reflejado, desde la segunda mitad del siglo xx, en **indicadores** demostrables como la disminución de la mortalidad infantil y el incremento en la esperanza de vida; sin embargo, aún es necesario mejorar la calidad tanto del sistema como de los servicios que éste proporciona.

Los primeros esfuerzos llevados a cabo en pro del incremento de la calidad en la atención médica en nuestro país datan de la década de los cincuenta, del siglo xx, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social emprendió una serie de auditorías médicas; más tarde, durante los años ochenta, el Instituto Nacional de Perinatología creó los Círculos de Calidad y en los siguientes diez años se intensificaron las acciones para mejorar la calidad en todo el Sistema de Salud, para ello se realizaron diversos programas, entrenamiento de líderes, formación de círculos así como de oficinas y programas responsables de organizar y evaluar la calidad en algunas de las instituciones del Sector. Por su parte, a finales de la década de los noventa, la Secretaría de Salud también inició un Programa Nacional de Mejora Continua de la Atención Médica, el cual incluyó la primera evaluación en las unidades de atención de primero y segundo niveles, así como la capacitación de sus directivos y de su personal operativo.

De manera simultánea se diseñaron estrategias de **evaluación** de instituciones de salud con fines de acreditación, como la certificación de Hospitales Amigos del Niño y de la Madre, a la par de las jurisdicciones sanitarias. En 1999 se implementó el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, cuyos resultados cuantitativos y cualitativos propiciaron que el sistema emprendiera importantes acciones para alcanzar la calidad de los servicios mediante la identificación de los factores críticos que pueden limitarla en las instituciones relacionados con la estructura, el proceso y los resultados de la atención.

El Gobierno Federal implementó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (en 2001), orientada hacia la creación de una **cultura de la calidad** en las organizaciones, así como a mejorar significativamente la salud de la población, proporcionar atención oportuna y de excelencia, y evitar gastos injustificados en el área.¹ En este periodo el Consejo General de Salubridad redefinió los criterios de acreditación estableciendo las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, lo que se hace evidente en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, el cual sitúa a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, siendo su instrumento operativo el Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad), que incorpora un conjunto de proyectos destinados a los usuarios, los profesionales y las organizaciones.²

En este orden de ideas, el Sistema demanda que todos los responsables en la atención a la salud

de la población se involucren en las acciones destinadas a lograr la excelencia en el servicio en los diversos ámbitos de responsabilidad. La calidad es inseparable de la salud misma, por ello, el profesional de **enfermería** como integrante de los equipos de salud, debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua con una actitud proactiva.

El ejercicio profesional de la enfermería es dinámico y por ello modificable en función de las necesidades de la población, la cual demanda cuidados de calidad que tomen en cuenta sus hábitos, costumbres y estado de salud, así como la tecnología necesaria para aportarle tanto diagnóstico como tratamiento.

Por consiguiente, la búsqueda de la calidad en el **cuidado** de enfermería se constituye en un factor clave para que se participe, disciplinariamente en la evaluación de prácticas de atención a la salud de calidad y libres de riesgos. Se trata de una oportunidad para implementar estrategias que refuercen la identidad profesional, contribuyan al desarrollo de la disciplina, mejoren la organización y la credibilidad en los servicios de enfermería en las instituciones de salud y, primordialmente, en el otorgamiento de cuidados técnicos, científicos y al mismo tiempo humanizados que requieren y demandan los usuarios del sistema. Para lograrlo es necesario enlazar estrategias apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión así como en el consenso logrado en programas de mejora continua de la calidad.

Antecedentes

Desde épocas remotas la historia de la humanidad ha estado ligada a la valoración del concepto de la calidad, como se puede apreciar en los maravillosos vestigios de las culturas, aun las más antiguas: las pirámides de Egipto, los palacios cretenses, los monumentos griegos, mesopotámicos, hindúes y chinos, entre otros. En obras como la *Ilíada*, la *Odisea* y la *Biblia* se mencionan construcciones y objetos que gozaban de fama en el mundo antiguo por sus cualidades inigualables. Estos testimonios escritos permiten advertir que la idea de la calidad fue una constante que evolucionó a la par de la producción artística, artesanal e industrial, y que no sólo estuvo ligada a obras excepcionales, sino que abarcó todas las actividades humanas, entre ellas, el cuidado de los enfermos.

Los historiadores de la enfermería afirman que desde la época prehistórica, especialmente a partir

de que se estableció la división del trabajo —que corresponde al final del periodo Paleolítico y principios del Neolítico—, el cuidado de los enfermos y heridos quedó a cargo de las mujeres. Estas prácticas correspondieron, en sus inicios, al concepto de ayuda dentro del grupo, aunque, entonces, con un sentido exclusivamente empírico. Tal vez en un principio dicha atención sólo se limitaba a brindar alimentos y cuidados básicos, como la protección contra el frío. No obstante, conforme evolucionaron los grupos humanos, esta labor empezó a efectuarse de acuerdo con un plan, en virtud de un aprendizaje intuitivo que a su vez estaba profundamente infiltrado por el pensamiento mágico religioso y de algunos inventos que fueron decisivos para mejorar la vida de aquellos hombres, como la producción y mantenimiento del fuego de manera voluntaria, para calentar sus cuerpos y cocinar sus alimentos. Además, se estableció el cuidado de las parturientas por medio de procedimientos adquiridos por la experiencia y la observación, y que después serían transmitidos de manera verbal.

De esta forma las mujeres, en su papel de comadronas, enfermeras y madres se situaron más cerca de la naturaleza y de sus secretos, de los cuales extraían fórmulas misteriosas que utilizaban al brindar cuidados. Algunas de ellas llegaron a acumular extensos conocimientos y fueron reconocidas como hechiceras o sacerdotisas.

Con la invención de la agricultura sobrevino el sedentarismo, lo que dio lugar a una mayor estructuración social y al surgimiento de las primeras civilizaciones. Con ellas apareció también la escritura, gracias a la cual es posible contar con documentos que permiten seguir con mayor certeza la evolución de la enfermería, entre otros muchos asuntos. Desde luego, es posible advertir que los progresos se reflejaban en un cuidado cada vez mejor de las personas afectadas por un mal, incapacitadas o con dolencias.

En un documento que data del año 1550 a.C., denominado *Papiro de Ebers*, se encuentran las primeras evidencias sobre el cuidado de la piel, el cabello, los dientes y la lengua; preparaciones contra las epidemias y pensamientos sobre la vida, la salud y la enfermedad. Además, contiene técnicas de vendaje, reducción de fracturas, entablillamientos y suturas. Cabe mencionar que estas descripciones están acompañadas de invocaciones a los dioses y de encantamientos, lo que revela el sentido mágico religioso que se daba al cuidado de la salud.³

El sedentarismo, además de hacer posible el desarrollo de las grandes civilizaciones del mundo

antiguo introdujo cambios en el sentido que se daba a la práctica de la enfermería. Por ejemplo, en Egipto, un sabio de nombre Amenemope aconsejaba que los cuidadores se mostraran amables con los ciegos, cojos y locos; aducía que no se podía negar atención a los pacientes y, a diferencia de lo que sucedía en otros pueblos, no consideraba impuros a los enfermos.

El pensamiento mágico religioso prevaleció durante milenios, pero hacia el año 3 000 a.C. se empezó a experimentar una notable transformación. En esa época, la cultura cretense, que debe su nombre a la isla de Creta, en el Mediterráneo, desarrolló los conceptos sobre salud y enfermedad que sentaron los cimientos de la medicina como ciencia. Esas ideas fueron heredadas a los griegos, cuando éstos aún estaban inmersos en una vida centrada en sus dioses. Pero, poco a poco, hombres excepcionales de esta última civilización, a la que debemos las bases de nuestra cultura, advirtieron que ciertas enfermedades tenían causas naturales y descubrieron algunos de los principios funcionales y anatómicos del cuerpo humano. Conforme estudiaron la *Phycis* o esencia de las cosas, se dieron cuenta de que la naturaleza tenía normas, las cuales podían ser parcialmente comprendidas gracias a la observación y el razonamiento.

La enfermería no se integró a este movimiento intelectual, ya que los cuidados de enfermos y heridos eran asignados a esclavos que se limitaban a obedecer las instrucciones que les daban sus amos médicos. Y es que en la Grecia clásica se consideraban poco dignas las actividades manuales y se concedía prioridad a las labores del intelecto.

Los grandes asentamientos humanos en las ciudades dieron lugar a nuevas condiciones de vida que fueron favorables para la transmisión de padecimientos contagiosos. Las crónicas de los siglos IV a I a.C. dan testimonio de epidemias devastadoras que causaron una gran mortandad en lugares como China, Egipto y las costas del Mediterráneo. En gran medida, la propagación de estas infecciones se debía al intenso comercio que se desarrollaba entre Oriente y Occidente, pero también a la acción de pueblos conquistadores que en su afán de dominio recorrían miles de kilómetros llevando consigo males contagiosos.

Entre estos pueblos ocupa un lugar destacado el romano, que logró consolidarse como un imperio hacia el siglo I a.C. En esa época, sus habitantes disponían de una medicina primitiva basada en principios mágicos que habían heredado de los etruscos, sus antecesores, por ello, con frecuencia sufrían los estragos de epidemias, sin poder hacer nada

para evitarlo. Los relatos históricos de ese periodo mencionan que los romanos carecían de servicios de salud. No obstante, esta situación pronto cambió cuando Roma amplió sus fronteras por medio de las invasiones militares, lo que le permitió anexarse a muchas de las naciones griegas. Los romanos comprendieron que los helenos tenían una cultura que superaba a la de otros pueblos que habían conocido, incluidos a ellos mismos, por lo cual empezaron a llevarse a su capital a los más afamados científicos, artistas y médicos griegos. Estos últimos se dedicaron a atender a los gobernantes, nobles y hombres ricos de Roma que podían pagar su trabajo. Sin embargo, no abandonaron la práctica de seguir usando como ayudantes a los *nosocomi* o subalternos, siervos que actuaban como enfermeros en los hospitales civiles o de campaña, en las guerras de conquista. Su actividad tenía mucho de manual y del empleo de la fuerza física.⁴

Los romanos excluyeron a las mujeres de la política y de la administración, pero ellas ejercieron una influencia indirecta en decisiones cruciales, públicas y privadas. Durante el periodo imperial participaron en la institucionalización de los cuidados de salud que anteriormente eran de carácter doméstico. En esa época surgen las patricias —precursoras de la enfermería—, que pertenecían a la aristocracia de Roma y podían tener acceso a una educación para conocer los preliminares de todas las ciencias. Sin embargo, su intervención en actividades fuera de la esfera del hogar era escasa y consistía en escuchar a los niños, controlar su conducta y atender sus necesidades, una tarea complementaria a la del educador.

Con la caída de Roma, en el siglo IV, la iglesia cristiana logró conservar su estructura y ofrecer tranquilidad espiritual a los habitantes de Europa: se convirtió en dueña de bienes, cuerpos, mentes y almas. Además, fundó monasterios y conventos-hospitales donde los monjes y las religiosas brindaban atención humanitaria a los dolientes, a la vez que elevaban rezos para que Dios les concediera el perdón de sus pecados y mitigara su sufrimiento físico. Estos centros, con el tiempo, se institucionalizaron. De esta manera, la enfermería pasó del ámbito doméstico al social.

En la Edad Media se presentó un auge de los cuidados enfermeros, sin embargo, hay poca documentación escrita en torno a estas actividades porque las mujeres, “a semejanza de la Virgen María”, debían practicar la humildad. Entre las principales responsabilidades de las enfermeras estaban las de alimentar y cuidar a los enfermos.

El significado que tuvo la palabra “cuidar” en ese periodo debe entenderse según el marco filosófico cristiano, dado que la pobreza voluntaria era considerada como un “sacrificio santo”. Quienes decidían ingresar a alguna de las comunidades religiosas —normalmente, sólo los religiosos acostumbraban fungir como enfermeros— se comprometían a cumplir los votos de obediencia y castidad, además de pasar por un periodo de noviciado bajo la guía o supervisión de un maestro y cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser hombres o mujeres libres, solteros y saludables.
- Las novicias no podían ser muy jóvenes ni muy bellas.
- Para ingresar a una orden religiosa, la edad mínima era de 20 años para ambos sexos y la máxima de 50 para las mujeres y 60 para los varones.

El predominio de la fe y del pensamiento mágico ocasionó que se abandonara la medicina racional en Europa durante centurias. No obstante, las enseñanzas de los griegos fueron retomadas hacia el siglo X cuando dio inicio la Baja Edad Media. Durante este periodo Europa consolidó el modelo de producción feudal que mejoró la economía agrícola. De manera simultánea, la Iglesia advirtió que era necesario tener una estructura educativa que defendiera y propagara su filosofía religiosa, para ello puso su mirada en el pensamiento griego, que antes había rechazado. Sobre esa base académica se fundaron escuelas, que más tarde se convirtieron en universidades, según el modelo docente que habían establecido los árabes.

El nuevo orden económico estimuló la invención de técnicas recientes e ingeniosos artefactos, lo que a su vez produjo novedades en otras áreas como la medicina, que tomó, por ejemplo, las lentes de los árabes y diseñó los primeros anteojos para la corrección de la vista. De esta manera, se fueron inventando diversos instrumentos que les servirían a los médicos en sus curaciones.

Poco a poco las nuevas circunstancias impulsaron la expansión del pensamiento, que en los siglos XIV y XV empezó a desbordar los estrechos límites del sistema feudal y sentó las bases para el advenimiento de un nuevo periodo luminoso que hoy se conoce como el Renacimiento. No obstante, se trató de una transición lenta ya que aún se mezclaban ideas medievales con nociones totalmente nuevas.

En este mismo lapso tuvieron lugar algunos acontecimientos extraordinarios que contribuyeron

a revolucionar todos los conceptos que habían permanecido inamovibles como dogmas de fe, por ejemplo: la Reforma religiosa, el descubrimiento de América, el surgimiento del Estado-Nación, la invención de la imprenta y el uso de la experimentación como medio para comprobar la veracidad de una teoría.

La Reforma fue un movimiento de rebelión en contra del Pontificado Romano que trajo como consecuencia la división del mundo cristiano y tuvo repercusiones en diversos ámbitos de la vida europea, y entre otros muchos aspectos, afectó los cuidados de enfermería. Según esta doctrina, la salvación de las almas sólo se llevaba a cabo por medio de un acto de fe. A consecuencia de ello, la mayoría de los hospitales de órdenes religiosas que se hallaban en los países protestantes cerraron sus puertas y se expulsó a los monjes y monjas que fungían como enfermeros.

No obstante, el principal dirigente reformista, Martín Lutero, promovió programas de asistencia que pasaron a manos de los poderes locales, párrocos y consejos municipales, los cuales intentaron establecer fondos de ayuda que fungieran como patrimonio de los hospitales. Sin embargo, esta medida fue poco eficaz, ya que en ocasiones los recursos se desviaban para otros propósitos. Como consecuencia, los países protestantes experimentaron, durante tres siglos, un deterioro en los cuidados enfermeros, por lo que ese lapso puede denominarse como la época oscura de la profesión.

Mientras tanto, en los países católicos, esa labor siguió a cargo de hombres y mujeres que habían tomado los hábitos. Su práctica llegó a nuestro continente con los conquistadores españoles. Por ejemplo, en la Nueva España, Fray Pedro de Gante fundó, en 1523, la Escuela de San José de los Naturales, donde se enseñaba la enfermería acorde con la doctrina cristiana y se impartían cursos para la atención e higiene de los enfermos.

En el siglo xvii se produjeron cambios de gran importancia con la llamada Revolución Científica, en virtud de la cual, se desarrolló una tendencia mecanicista que afirmaba que si se comprendía el funcionamiento de la naturaleza sería posible construir ingenios capaces de gobernarla. Esta concepción del mundo trascendió al campo de la medicina, la que empezó a concebir el cuerpo humano como un mecanismo susceptible de ser reparado como cualquier otro dispositivo mecánico.

En el Siglo de las Luces (xviii) se estableció el sistema de producción industrial, que fue acompañado de cambios en el comercio, la economía (introducción del dinero) y la agricultura. Pronto hubo

una gran concentración de seres humanos en las ciudades y alrededor de las fábricas y comercios. Las casas se construían en espacios reducidos y apretujadas unas con otras, sin tomar en cuenta aspectos esenciales como la salubridad o la higiene, lo cual ocasionó que niños, mujeres y hombres empezaran a sufrir trastornos físicos nunca antes vistos: enfermedades laborales, accidentes de trabajo, endemias y epidemias que causaban estragos entre la población.

La medicina había experimentado progresos notables, como la identificación de algunas enfermedades y, por primera vez, se planteaban las repercusiones económicas que los problemas de salud tenían para los Estados. No obstante, la enfermería estaba atrasada porque carecía de una verdadera institucionalización. No fue sino hasta que la labor de Florence Nightingale adquirió relevancia que esta situación empezó a cambiar; pues ella compiló los avances de su época y escribió obras como *Notas sobre Enfermería*, en donde se describían prácticas para mejorar las condiciones de vida de la clase obrera en el plano de la salud y la higiene. Además, emprendió una lucha inflexible, primero contra la tuberculosis (conocida como el mal del siglo xix) y luego contra el alcoholismo, pues advirtió que la distribución geográfica de éste tenía relación con la afección pulmonar. Hasta ese momento, la enfermería se consideraba un arte y no una ciencia, pero la ineficacia de las prácticas vigentes llevó a Florence a rechazar los principios que habían imperado durante siglos, a buscar el desarrollo teórico de la profesión, y a mejorar la calidad de los servicios a ofrecer.

A partir de ese momento, la enfermería adoptó un método de análisis y un trabajo riguroso que la acercó a las demás disciplinas científicas. Sin embargo, emprendió estas acciones con cierto retraso en relación con las otras ciencias; por ello, su conformación definitiva se vio rezagada.

En 1826 surgió en Alemania el primer instituto formal de enfermería, cuando Teodor Fliedner y su esposa tomaron el ejemplo de las diaconisas menonitas holandesas —quienes acudían a las cárceles a visitar a los reos— y organizaron una sociedad de enfermeras visitadoras las “Diaconisas de Kaiserswerth”, a las que adiestraban por medio de un curso de tres años. La labor realizada por este grupo, que indudablemente mejoró la calidad de estos servicios, obtuvo la aprobación social y logró que se reconociera la necesidad del trabajo femenino.

En 1840 inició sus actividades la escuela Nightingale con la finalidad de preparar enfermeras de

CUADRO 1.1

ETAPAS PRINCIPALES DE LA CULTURA DE LA CALIDAD

Inspección	Control estadístico del proceso	Aseguramiento de la calidad	Administración estratégica
Su función es detectar problemas ocasionados por la falta de uniformidad, así como la solución de los mismos.	Es la aplicación de métodos estadísticos y la consecuente reducción de los niveles de inspección. Marca un giro en la evolución de la calidad al introducir el concepto de prevención mediante el uso del control de los procesos.	Etapa en la que se considera la importancia de involucrar a todos los miembros de la organización en el diseño, planeación y ejecución de políticas con una postura proactiva.	Consiste en aprovechar las oportunidades competitivas sobre la base de las necesidades de los clientes, estableciendo metas, educación, capacitación y el desarrollo de un fuerte liderazgo que involucre a todas las personas de la organización.

hospital, visitadoras y docentes. El programa de enseñanza respondía a la división de clases entonces prevaleciente en Gran Bretaña, es decir, establecía una diferencia entre las aprendices y las damas enfermeras. De esta institución surgieron líderes que al graduarse fueron enviadas al extranjero, lo que contribuyó a disminuir el deterioro que había sufrido este trabajo en los países protestantes. Años más tarde se crearon otras escuelas en diversos países y, de manera paulatina, la enfermería comenzó a obtener el reconocimiento que por muchos años se le había negado. La evolución de la profesión contribuyó a elevar la calidad de los servicios que ofrecía. Primero asumió los descubrimientos científicos y adoptó normas sanitarias y de higiene para evitar el contagio de enfermedades infecciosas. Además, se destacó en el cuidado y auxilio que proporcionó a los heridos que salían de los campos de batalla. Poco a poco, su incorporación al progreso general y a los sistemas de salud en los diferentes países le permitió marchar a la par de la medicina, que por largo tiempo la había considerado como una profesión menor.

A partir del inicio del siglo xx, la enfermería ha experimentado un desarrollo sorprendente, complejo y vertiginoso, consolidándose como una profesión reconocida tanto en la sociedad como en el seno de las más importantes universidades y haciendo imprescindible su participación en los servicios de salud a todos los niveles. En la actualidad, esta carrera cuenta con una jerarquía académica y planes de estudio a nivel de postgrado (especialidad, maestrías y doctorados). Además, su camino ascendente la ha llevado a buscar nuevas rutas para elevar sus

capacidades de servicio, y por ello no ha dudado en adoptar las corrientes de pensamiento que abren oportunidades para un perfeccionamiento de sus funciones, como es el caso del concepto de Cultura de Calidad que se estudia a continuación.

Cultura de calidad

La calidad ha tenido un largo y difícil proceso de evolución antes de llegar a convertirse en un concepto cultural. Bounds y colaboradores (1994)⁵ definen cuatro etapas principales (**Cuadro 1.1**):

En lo que respecta a los sistemas de salud, conforme evolucionaron y se hicieron más estructurados, aumentó de manera considerable su costo. Éste es un problema que se observó en muchos países a partir de la II Guerra Mundial. La situación se hizo más compleja gracias a los progresos científicos y tecnológicos que mejoraban el diagnóstico, el tratamiento y los métodos de curación. Esto incrementó las expectativas de la población en torno a los servicios que podía recibir; por lo que se originó una creciente necesidad de establecer mecanismos para garantizar la calidad sanitaria, reducir los costos y brindar una atención segura que minimizara los riesgos.

De esta manera, la calidad se convirtió en un elemento esencial que permite evaluar la eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios de salud. Sin embargo, para comprender cabalmente su significado es necesario definir el concepto. Para ello se ha de recurrir a diversos expertos que han intentado precisar con claridad el verdadero sentido de este

término. Edwards Deming lo define como el cumplimiento de las expectativas del usuario, al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades y anticipándose a otras; adoptando, al mismo tiempo, una nueva filosofía en la que prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo.⁶

Joseph M. Juran, explica la “calidad” como una filosofía administrativa y la describe como un proceso sistemático, que garantiza que las acciones que se llevarán a cabo ocurran tal y como se planearon; es decir, como una vía para asegurar que el proceso “salga bien a la primera”. Afirma que es necesario establecer fases administrativas y las divide en: a) planeación, b) control y c) mejora. Considera que debe evaluarse el desempeño del proceso y su correspondencia con el producto mediante el análisis estadístico. Por último, postula que la calidad depende más de las personas que de las técnicas, y que el cambio de cultura se debe llevar a cabo verticalmente: de arriba hacia abajo.⁷

Un tercer especialista, Kauro Ishikawa, señala que la calidad debe construirse en cada diseño y en todo proceso, porque su control constituye una disciplina que combina el conocimiento con la acción. Utiliza siete herramientas estadísticas básicas para evaluarla: el diagrama de causa-efecto, el histograma, el diagrama de Pareto, las hojas de comprobación o chequeo, las gráficas de control y los diagramas de dispersión y estratificación.⁸

Todos los expertos coinciden en que debe crearse una cultura de calidad para sustituir el paradigma actual. El cambio conlleva la preparación de todos los recursos humanos de una institución o empresa para que comprendan el nuevo concepto y transformen sus valores y hábitos adaptándose al modelo innovador, en el que se habrán de ponderar las aptitudes dirigidas al aprendizaje, así como el grado de compromiso. Es decir, que la Cultura de Calidad resulta exitosa cuando todos los integrantes de la organización demuestran capacidad para trabajar en equipo, cuando hay planeación, control y mejora de los procesos con los que laboran e interactúan, mediante el uso de metodologías ad hoc, y adquiriendo hábitos, valores y actitud de servicio hacia los clientes —internos y externos— a quienes siempre se tratará de satisfacer.^{9, 10}

Una de las características de la sociedad moderna es, sin duda, la preocupación explícita por los costos, la productividad y la calidad en todos los ámbitos de la economía globalizada. Sin embargo, esta inquietud adquiere diferentes matices según el sector de la economía y la región del mundo que se analice. Por ejemplo, en Estados Unidos la

incertidumbre se centra en el incremento constante de los costos de atención a la salud. En las naciones de América Latina, en las cuales el papel del Estado en estos servicios es más significativo, la preocupación es la misma, aunque por una razón diferente. En la Unión Americana se habla de contener los gastos, y en el segundo caso se pretende que éstos tengan correlación con la productividad. En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, la calidad, además de ser un reclamo de la sociedad, es, también, una necesidad palpable, en virtud del deterioro cuantitativo y cualitativo que ha sufrido el Sistema de Salud.

En el área de atención a los trastornos físicos de la población, si bien el nivel de calidad alude a las características que distinguen al producto o servicio, en realidad es un concepto subjetivo que habrá de evaluarse de manera diferente, de acuerdo con quien lo ofrece y quien lo consume o utiliza. Por este motivo, para juzgar la asistencia sanitaria se emplean nociones como: a) la **calidad intrínseca**, la cual se refiere a los recursos de la institución que otorga el servicio, y si ésta dispone de las tecnologías de punta para realizar diagnósticos, tratamientos y rehabilitaciones, así como al grado de profesionalismo y capacitación de sus recursos humanos; b) la **calidad percibida**, que es valorada por los usuarios a través de los condicionantes de satisfacción como; equidad, confianza, eficacia, buen trato, respeto, comunicación, continuidad y comodidad.

Uno de los expertos más reconocidos, Avedis Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles a partir de la atención médica. De acuerdo con este autor, la calidad en medicina promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar a la población; además, incorpora y resuelve las circunstancias concretas de cada demanda de atención, considerando los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales. Para ello precisa de recursos humanos, económicos y de infraestructura, con una organización efectiva de los mismos y un sistema gerencial que incluye planificación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad.^{11, 12}

Al tratar, de manera específica, el tema de la atención a la salud, Donabedian (1966) introduce los conceptos de **estructura**, **proceso** y **resultado**, que hoy en día son los paradigmas dominantes de la

evaluación de la calidad en estos servicios. Según su concepto unificador, la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso de atención, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes, por ejemplo, los contenidos en las conocidas máximas: “al menos no dañar” y “usualmente hacer algún bien, e idealmente lograr el mayor beneficio”. Algunos organismos, como la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO), han establecido programas de evaluación de la calidad, a la que definen como “el grado en el cual los servicios de atención al paciente aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados por él y reducen la posibilidad de generar resultados indeseables, de conformidad con el estado real del conocimiento”.¹³

Donabedian plantea, además, que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones: la técnica y la interpersonal (**Cuadro 1.2**).

Otros autores señalan que existe una tercera dimensión de la calidad: la de infraestructura, la cual se refiere a las características del entorno: condiciones físicas, limpieza, iluminación y ventilación del ambiente.^{11,12}

En lo que respecta a los sistemas para calificar la calidad de la atención, Donabedian adapta su teoría y utiliza los **indicadores de estructura, proceso y resultado**. Así, la primera evaluación se enfoca al análisis de la configuración física y organizativa que se considera necesaria para proporcionar una asistencia de calidad, es decir, incluye los recursos humanos, materiales y operacionales-administrativos; el proceso se refiere a las actividades encaminadas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios, las cuales pueden

estratificarse con el fin de identificar aquellas que tienen mayor impacto; por último, los indicadores de resultado miden los efectos finales de la atención en el estado de salud de los usuarios. Es importante aclarar que estas mediciones no distinguen entre la efectividad de una terapéutica y la eficacia de la provisión de los servicios asistenciales de calidad, por lo que se considera necesario utilizar indicadores de los tres tipos para realizar una evaluación global de la calidad.¹⁴

En México, el modelo desarrollado por este pensador ha servido para establecer los principios de calidad en salud. Desde hace más de una década se han planteado diversas estrategias institucionales encaminadas a estructurar e implementar programas de alto nivel. Los esfuerzos se consolidaron al inicio de este milenio en el Plan Nacional de Desarrollo, que planteó los siguientes objetivos en el ámbito de la salud: mejorar las condiciones de los mexicanos, abatir las desigualdades, garantizar un trato digno en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en el financiamiento de estos servicios y fortalecer el sistema de salud, en particular el de las instituciones públicas. Para poder superar las dificultades inherentes al cumplimiento de estos objetivos, se puso en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, dirigida por los doctores Julio Frenk y Enrique Ruelas, la cual implementó diversas acciones que tienen como objetivo establecer en todo el país una estrategia que rescate el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del Sistema de Salud.¹⁵

Esta Cruzada conlleva una serie de actividades que tienen como fin específico mejorar la calidad de la atención y proveer servicios de salud más eficientes que respeten la dignidad de los usuarios y satisfagan sus necesidades y expectativas. El nuevo paradigma plantea tres estrategias básicas

CUADRO 1.2

DIMENSIONES DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Dimensión técnica	Dimensión interpersonal
Se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar por ello sus riesgos; por lo tanto, el grado de calidad está dado por el equilibrio entre riesgo y beneficio.	Incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos y en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios; esto implica que se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.

concordantes con los factores del proceso de cambio: a) impulso a éste, b) aprendizaje y respaldo, y c) sustentación. La primera propone detener la inercia y crear la motivación para favorecer un nuevo escenario factible, valioso y necesario, con el fin de empezar a construir o reforzar, lo más pronto posible, el valor de la calidad. La segunda corresponde al aprendizaje y respaldo y tiene por objeto construir las bases que apoyen el desarrollo a largo plazo. Finalmente, la sustentación busca cimentar las condiciones para el establecimiento firme de la cultura de calidad en las instituciones de atención a la salud. Los 10 factores clave para el éxito de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (2001-2006) fueron:

1. Códigos de ética.
2. Educación sobre y para la calidad.
3. Información al usuario, y de éste al sistema, sobre y para el desempeño (rendición de cuentas).
4. Sistemas de mejora continua (estructuras y procesos).
5. Reconocimiento del desempeño de las personas e instituciones.
6. Estandarización de procesos.
7. Monitoreo de resultados.
8. Certificación de individuos y organizaciones.
9. Racionalización estructural y regulativa.
10. Participación social.

Lo anterior dio lugar a que en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se expresara la preocupación y compromiso del Sistema de Salud de México por atender los asuntos de calidad y seguridad de los servicios que brinda. Para ello se estableció el Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad), el cual tiene como objetivo central generar la confianza de los ciudadanos en las organizaciones de salud e impulsar la mejora de la calidad de la atención en la materia, lo que habrá de garantizar la seguridad de los pacientes. Sicalidad incluye propuestas innovadoras y la integración de esfuerzos que permiten situar a la calidad de los servicios de salud como un tema permanente en la gestión de las unidades. Reúne un conjunto de proyectos destinados a los usuarios, los profesionales y las organizaciones de salud, dentro de los que destacan: los de calidad percibida, de calidad técnica y seguridad del paciente, así como los de calidad de los servicios de salud.¹⁶

Con base en estos factores se han puesto en marcha diversos programas como el destinado a la Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, en el que se incorpora la cultura de la

medición de la calidad en el personal de enfermería y se promueve la estandarización y la unificación de criterios en cuanto al cuidado.¹⁴

Calidad de los servicios de enfermería

En la asistencia sanitaria la calidad se determina, en gran medida, por el desempeño del personal de enfermería, dado que éste mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad, amén de que interactúa con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello, adquiere gran importancia su integración a la cultura de calidad si se desean alcanzar los objetivos propuestos. Sabemos que los antecedentes de la calidad en el cuidado enfermero surgieron con Florence Nightingale, quien postuló que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados” e implementó herramientas para evaluar los sistemas de cuidado y medir la efectividad de la asistencia en los hospitales.^{17,18}

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que incluye el de la asistencia, el cual debe concordar con los avances de la ciencia, a fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad.^{19,20} Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar los objetivos son: carácter firme, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente.^{21,22}

La Comisión Permanente de Enfermería, instancia rectora de la profesión en México, define la calidad de los servicios de enfermería como:

...la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios lo cual requiere de una planeación óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro.¹⁴

Las intervenciones con estas características impactan de manera positiva sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios y determinan la **garantía** de calidad del cuidado; no obstante, para que ésta se encuentre

implícita en las actividades de enfermería, es necesario desarrollar la denominada **gestión** para la calidad del cuidado, la cual se basa en una voluntad de cambio que debe involucrar a todos los miembros del servicio mediante el establecimiento de un cuerpo teórico, con un sentido de misión y una visión en torno al trabajo, que han de estar fundamentados en valores que sirvan de guía para determinar cómo se deben otorgar los servicios al usuario o cliente. La gestión tiene como finalidad hacer que la organización funcione de manera paulatina y coherente con respecto a las necesidades y expectativas de sus usuarios, por medio de la mejora continua y sistemática de sus procesos, con la participación creciente de todas las personas de la organización y, para ello, utiliza indicadores que le permiten evaluar los resultados conseguidos. Además requiere de un adecuado liderazgo que fomente la responsabilidad de las tareas, para que el personal asuma como propias la misión, la visión y los valores de la organización.²³

La garantía de calidad, de acuerdo con Donabedian, es “el conjunto de arreglos y actividades que tienen como fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de la atención”. Ruelas y Frenk la definen como “un proceso sistemático que cubre la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con el conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema particular”. Basado en estas ideas, Di Prete conceptúa la garantía de la calidad como “el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible”.²⁴

Este concepto no sólo se refiere al costo-eficacia de los servicios, sino que hace posible que éstos concuerden con las necesidades de los pacientes, además de que optimiza los recursos humanos, materiales y económicos disponibles. No obstante, tener un sistema de evaluación continua de los factores que afectan la calidad, así como auditorías periódicas, son un prerrequisito.

La garantía de calidad en enfermería se refiere al proceso mediante el cual se establecen una serie de normas, políticas, técnicas, procedimientos y estándares que guían las actividades y permiten controlar procedimientos, detectar de manera oportuna las desviaciones y tomar medidas correctivas para lograr un grado de excelencia en relación con las intervenciones de enfermería y los cuidados establecidos. En conjunto, tiende a asegurar la calidad del servicio, de tal manera que el paciente pueda confiar en recibir un cuidado seguro. A este respecto,

Sánchez²⁵ aduce que la garantía de calidad en la intervención de enfermería se encuentra enmarcada en los principios que atañen a las responsabilidades morales, éticas y jurídicas. De igual manera, plantea que los procesos y procedimientos de atención son susceptibles de evaluación y monitoreo, lo que permite mejorarlos y alcanzar el más alto nivel de eficiencia en el cuidado que se presta.

En este sentido, la Joint Commission Internacional (JCI) propone estándares internacionales que permitan adaptar su modelo de acreditación a otros países. Los que se elaboraron con la intención de ayudar a obtener un grado óptimo siendo, al mismo tiempo, alcanzables, ya que sólo así pueden propiciar un compromiso concreto en lo que se refiere a la calidad de la atención que asegure la reducción del riesgo y cree un entorno seguro para los pacientes.¹³

En México, durante la última década, se hace una reconceptualización del Programa de Certificación Hospitalaria, dando origen al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el cual, dentro de su estructura, contempla las seis metas internacionalmente aceptadas para la seguridad del paciente, así como los estándares centrados en éste y en la gestión. Su premisa es que, en la medida en que se alcancen estas metas, se ofrecerá a los mexicanos el Sistema de Salud que merecen.²

Otros organismos como la American Nursing Association (ANA) han establecido, con base en una investigación científica sólida y el trabajo de enfermeras clínicas expertas, una serie de requisitos para la práctica profesional de enfermería. Estos criterios han sido empleados como directriz para la creación de diversos programas de garantía de calidad. La Canadian Nurses Association afirma que el ejercicio de la enfermería precisa de un modelo conceptual basado en estándares para que sea factible su práctica. Por su parte, Di Prete Lori y colaboradores plantean una propuesta de garantía de calidad acorde con los siguientes principios:²⁴

La garantía de calidad...

- Se orienta a la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que se atiende, así como al logro de metas profesionales y laborales de los trabajadores de la salud.
- Se centra en los sistemas y procesos de prestación de servicios por medio de un análisis con el cual es posible prevenir o solucionar problemas de manera oportuna y efectiva.

- Utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios, aplicando métodos cuantitativos para comparar lo observado con lo establecido.
- Promueve un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y para mejorar la calidad, lo cual favorece una participación general que disminuye la resistencia al cambio.

Existen diversas estrategias para establecer un programa de garantía de calidad en los servicios ofrecidos, una de ellas es el establecimiento del proceso o ciclo de garantía de calidad que consiste en el desarrollo de nueve pasos básicos:²⁴

1. *Fijación de normas.* Es necesario elaborar descripciones de la calidad que se espera, entre ellas se pueden mencionar las pautas inherentes a la práctica profesional como: los protocolos clínicos, los procedimientos administrativos, las especificaciones de los productos y las normas de cumplimiento:
 - a) Los *protocolos clínicos* son lineamientos elaborados sistemáticamente que, para cumplir sus decisiones, habrán de seguir tanto el equipo de salud como el paciente;
 - b) los *procedimientos administrativos* explican los procesos operativos de gestión;
 - c) las *especificaciones de los productos o insumos materiales* son aquellas que se relacionan con servicios como la aplicación de medicamentos y equipos de alta tecnología, y
 - d) las *normas de cumplimiento* que corresponden a los criterios específicos para evaluar los resultados de los servicios que se brindan.

Estas normas se han definido como descripciones obligatorias que van desde los grados mínimos aceptables de cumplimiento hasta los niveles de excelencia.
2. *Comunicación de normas.* Una vez definido el programa y su normatividad, es necesario que éstos se comuniquen a todo el personal. Debe ser una interrelación que incluya la capacitación, la motivación y la retroalimentación, con el propósito de que el grupo de trabajo entienda la importancia de su participación en el proyecto, y comparta con los líderes la responsabilidad de alcanzar la calidad en el servicio.
3. *Vigilancia de la calidad.* Consiste en el diseño de indicadores de proceso a partir de las normas de calidad esperadas; para ello, es preciso

fijar umbrales de cumplimiento, escoger fuentes de información, diseñar un sistema eficiente de acopio de datos y compilación de resultados, así como ejecutar las actividades específicas de monitoreo. La vigilancia es clave para garantizar la calidad.

4. *Identificación de problemas y oportunidades de mejora.* Las actividades de vigilancia permiten localizar las situaciones críticas y las áreas que pueden ser mejoradas. Entre estas actividades hay que incluir: la solicitud de sugerencias, el análisis de procesos, la revisión de opiniones o quejas de los usuarios, la evaluación de los empleados y la generación de ideas en reuniones de trabajo. Una vez identificados los puntos críticos, se deben determinar las urgencias para mejorar la calidad; los problemas se eligen, uno o dos, cada vez, con base en los criterios de prioridad; entre ellos, el impacto potencial que tendrían en la mejora de calidad en la salud de la población, la política institucional y los recursos de que se podría disponer para su solución.
5. *Definición del problema operacional.* Consiste en describir la situación o área de oportunidad en términos operacionales. Cada enunciado debe señalar las circunstancias que causan dificultades y cómo se manifiestan, dónde comienzan y dónde terminan, y la manera en que se podrá advertir que ha sido solucionado el problema.
6. *Selección del equipo.* Éste ha de estar conformado por el personal que participa en los procesos o conoce las áreas de oportunidad. Además, es necesario que lleve a cabo su labor de manera efectiva en un proceso continuo e interactivo. En primera instancia, el equipo de trabajo para la solución del problema debe analizar la situación, luego, elaborar el plan para mejorar la calidad, determinar su ejecución y, finalmente, evaluar la gestión por medio de la cual se alcanzarán los objetivos establecidos.
7. *Análisis y estudio del problema.* El conocimiento preciso del origen del problema permite mejorar sustancialmente, y de forma continua, la calidad. Hay diferentes herramientas disponibles para realizar el análisis, por ejemplo: el modelo de sistemas, el diagrama de causa-efecto y el flujograma. Una vez determinadas las causas se deben identificar los puntos críticos o fallas que determinan la falta de calidad. Esto se ha de analizar desde el punto de vista estadístico, aunque es posible recurrir a otras fuentes de información que posteriormente deben ser sometidas a escrutinio con instrumentos

estadísticos como: listas de cotejo, gráficas de tendencia, histogramas, gráficas de control, diagramas de Pareto y diagramas de dispersión.

8. *Elaboración de soluciones y estrategias de mejora.* Esta labor se lleva a cabo en equipo, por medio de criterios múltiples o por votación. Se elabora un listado de posibles soluciones y se adopta el instrumento de trabajo, sin olvidar que la corrección del proceso puede variar desde la aplicación de medidas directas y fáciles, como el recordar las normas y estándares establecidos, hasta la reingeniería del mismo.
9. *Ejecución y evaluación de actividades de mejora de la calidad.* Una vez elaboradas las estrategias de mejora se establecen los objetivos, se nombra a los responsables, se asignan los recursos y se determina el tiempo necesario para su desarrollo. La evaluación de estas actividades se realiza mediante indicadores que permitan vigilar la efectividad y eficiencia del proceso de mejora con el fin de hacer las modificaciones pertinentes en caso necesario. Es importante difundir los resultados y las experiencias adquiridas en el proceso a fin de que otros puedan obtener los conocimientos; en este punto puede reiniciarse el ciclo para que el equipo de garantía de calidad detecte o identifique nuevas áreas de oportunidad.¹⁴

Los expertos señalan que la evaluación es una de las mejores estrategias para garantizar que los servicios de enfermería sean de alta calidad. Consiste en comparar la situación real del sistema de atención con los objetivos propuestos por la gerencia. Además, implica el monitoreo y seguimiento de estos servicios con base en estándares e indicadores de estructura, proceso o resultado, los cuales permiten medir periódicamente la ejecución de actividades. Así mismo, la evaluación implica revisar las actividades previas llevadas a cabo por enfermería, con el fin de enfocar las actuales y las futuras desde una perspectiva histórica, para adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que genera el entorno.

La evaluación puede ser de carácter interno o externo. En el primer caso, se hace con el propósito de conocer aspectos como el nivel de atención y la satisfacción de los usuarios externos e internos, establecer estándares comparativos y hacer un cotejo en relación con otras instituciones; por lo regular se basa en el análisis del proceso y su resultado. La de carácter externo, la llevan a cabo organismos ajenos a la institución especializados en estas labores, los

cuales cuentan con personal experto, metodología y sistemas de evaluación acreditados para validar la competencia de los servicios que presta la institución con respecto a los estándares establecidos. Un ejemplo de ello son las normas iso 9000, conforme a las cuales se acredita que la institución cuenta con un sistema de calidad lo suficientemente confiable como para producir con seguridad productos y servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes.

La evaluación interna de los servicios de enfermería debe ser propuesta por los directivos del área, quienes, además, proveen el soporte logístico y metodológico que hace posible la revisión y el seguimiento de los procesos, tanto administrativos como asistenciales, mediante la aplicación de las siguientes acciones:

1. Asignación de responsabilidades.
2. Definición de las actividades y los cuidados.
3. Identificación de los aspectos básicos de los procesos a analizar.
4. Identificación de los indicadores relacionados con los procesos fundamentales.
5. Establecimiento de estándares para evaluar de manera comparativa los indicadores.
6. Recolección y clasificación de datos.
7. Evaluación de los procesos con base en los resultados obtenidos.
8. Determinación de acciones para mejorar el proceso.
9. Medición de la efectividad de las acciones y documentación de los logros.
10. Difusión de los resultados.

Los indicadores son instrumentos esenciales para evaluar la calidad, en general se definen como elementos que se usan para medir fenómenos específicos y que, al ser aplicados, muestran la tendencia y/o la desviación de una actividad (sujeta a influencias internas y externas) de acuerdo con una unidad de medida convencional. El Quality Assurance Indicators Development Group los describe como:

Instrumentos de medición de la calidad que se desarrollan para calificar el nivel de desempeño real de un **proceso, persona, organización o sistema**, y para determinar, finalmente, los métodos necesarios que garantizan su funcionamiento óptimo.

En materia de salud constituyen parámetros que sirven como referencia para evaluar si la calidad de la asistencia corresponde a una práctica profesional

CUADRO 1.3

DIMENSIONES DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Enfoque	Origen	Carácter	Capacidad de medición	Resultados
<ul style="list-style-type: none">• Estructura• Proceso• Resultado	<ul style="list-style-type: none">• Normativos• Empíricos	<ul style="list-style-type: none">• Implícito• Explícito	<ul style="list-style-type: none">• Cualitativos• Cuantitativos	<ul style="list-style-type: none">• Eficacia• Productividad• Impacto• Eficiencia

aceptable. Cada institución debe determinar sus propios indicadores (que han de reflejar su misión y valores, así como los del servicio de enfermería) con base en su estructura, actuación profesional, riesgos o complicaciones, utilización de recursos, resultados obtenidos y satisfacción del usuario.

Los indicadores se clasifican según las siguientes categorías de su enfoque, por: su origen, su carácter, su capacidad de medición y sus resultados; todos están interrelacionados y funcionan como señales o avisos que permiten identificar las áreas de oportunidad que han de ser analizadas con mayor profundidad (**Cuadro 1.3**). En este contexto se ubican los denominados indicadores **centinela** cuyo objetivo consiste en prevenir los **eventos adversos**, los cuales se definen como efectos desfavorables, daños o lesiones no intencionados, causados por el tratamiento de la enfermedad por parte de los profesionales de la salud, que afectan a algún paciente, o por estados subyacentes que dan como resultado incapacidad, invalidez persistente o significativa, alguna anomalía congénita o un defecto del nacimiento.²⁶ Entre los indicadores centinela más utilizados en los centros hospitalarios se encuentran los siguientes: pacientes con extubación accidental, los que fallecen por errores en la administración de medicamentos, sujetos que reciben transfusión sanguínea incompatible, material esterilizado sin control adecuado, pacientes que sufren caídas y los que desarrollan úlceras por presión.^{27,28}

Los atributos que debe poseer un indicador para evaluar la asistencia sanitaria son: validez, sensibilidad, especificidad, confiabilidad o comparabilidad en el tiempo y en el espacio, así como sencillez de su proceso de cálculo. Se llama validez al grado de congruencia lógica entre lo que se quiere medir y el método empleado para ello; la sensibilidad alude a la capacidad del indicador para identificar todos los casos positivos; la especificidad se refiere a la facultad de discriminar los casos negativos; la confiabilidad o comparabilidad atañe a la reproducción,

en repetidas ocasiones, de la misma observación o resultado, y la sencillez de cálculo indica la factibilidad de aplicación del indicador y la interpretación de los resultados.

Además de la definición de indicadores, el comité de expertos debe establecer las normas o estándares de calidad que sirven para medir o evaluar la capacidad, determinar la cantidad, el alcance, el valor o la calidad de algo generalmente aceptado o utilizado.²⁹ Los **estándares** son instrumentos de medición cuantitativos o cualitativos que permiten juzgar la práctica y el nivel de competencia. Así mismo, proporcionan directrices para la realización de las funciones y actividades de un papel a desempeñar, de una profesión, o para el otorgamiento de un servicio, ya que establecen los desempeños mínimo y máximo aceptables. Los resultados obtenidos dan una medida con la cual es posible evaluar los resultados.

Los estándares deben reunir las siguientes características:

- Serán consistentes o congruentes con los objetivos y las metas.
- Deberán ser prácticos para que sirvan como criterios de operación.
- Su contenido planteará soluciones perfectibles.
- Deberán especificar los procedimientos relevantes para alcanzar las metas.
- Se podrán revisar continuamente para mejorarlos.
- Se ajustarán al marco conforme al cual fueron elaborados.
- Especificarán claramente el proceso para establecer normas basadas en éste.
- Establecerán claramente la responsabilidad y la competencia. Estarán documentados en manuales. Contendrán las medidas temporales para emergencias. Serán validados para asegurar su eficiencia.
- Se considerará en su elaboración su difusión, enseñanza y entrenamiento.

CUADRO 1.4

CICLO DE DEMING

Planeación	Ensayo y estudio del nuevo proceso	Formalización del procedimiento estandarizado	Evaluación
Su objetivo es asegurar que el proyecto que se selecciona y analiza sea el que más contribuye a mejorar la calidad. Permite identificar los problemas más importantes, una vez que se documentan las áreas de oportunidad. Posteriormente, se forman los equipos de trabajo o grupos de expertos que llevarán a efecto el proceso renovado.	Presupone la elaboración de un diagnóstico de calidad para comparar la realidad con el estándar, delimitar el campo de aplicación, ensayar y documentar los cambios, estudiar la variabilidad en el proceso, ajustar los cambios a las necesidades reales y aplicar lo aprendido.	Implica desarrollar estrategias que permitan impartir capacitación para todo el personal.	Comprende la medición periódica para verificar el cumplimiento de metas y detectar la necesidad de nuevos cambios.

En la calidad asistencial, el estándar constituye el componente subjetivo que mide y señala el límite diferenciador entre lo que es, o no, aceptable; asimismo, proporciona un marco para la ejecución de cuidados de alta calidad, e incrementa la responsabilidad del profesional ante el paciente, mediante la articulación, el apoyo y la protección de los derechos de los enfermos. Finalmente, refleja el grado de excelencia en el ejercicio de una profesión.

En enfermería, los estándares se establecen y expresan en términos de comportamiento, ya que deben servir como modelo para guiar las acciones de todo su personal, lo que permite conocer y valorar su nivel de calidad en relación con la propia institución o con otros organismos externos. Al elaborarlos es necesario establecer criterios de cumplimiento limitados por rangos:²⁴

- *Excelente*: cumplimiento al 100% del procedimiento establecido.
- *Aceptable*: cumplimiento entre 90 y 99% del procedimiento establecido.
- *No aceptable*: cumplimiento inferior a 90% del procedimiento establecido.

La JCI, en el 2012, dividió los estándares para certificar hospitales en tres secciones: la primera, abarca las metas internacionales para la seguridad del paciente; la segunda, los estándares centrados en el paciente y la tercera, los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica. Cada una de estas secciones tiene elementos medibles específicos que enumeran lo que es

necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta. Cada elemento medible se califica como “cumple”, “cumple parcialmente”, “no cumple” o “no aplica”.³⁰

La superación cualitativa comprende un conjunto de conceptos, procedimientos y técnicas mediante las cuales la empresa busca lograr la **mejora continua** en todos sus procesos productivos y de soporte operativos. Ésta constituye una herramienta que permite afinar de manera constante todo el proceso con un curso de acción dinámico, planeado y sujeto a control, que busca alcanzar nuevos niveles de **eficiencia** por la vía de una renovación constante que satisfaga las necesidades del usuario.³¹

Al hablar de mejora continua se hace referencia a un proceso planificado que tiende al perfeccionamiento; es decir, a un camino que conduce a una organización al nivel de la excelencia, ya que elimina, reduce o controla los picos esporádicos de mala calidad, así como los factores que los causan. Se alude, también, a la iniciativa permanente del personal o grupos de trabajo que buscan establecer mejores procedimientos laborales que impacten de manera positiva los resultados, hasta conseguir que los servicios se otorguen dentro de un contexto que garantice la calidad. La mejora continua comprende, asimismo, formas ordenadas de administrar y refinar los **procesos**, mediante la identificación de causas o impedimentos y el establecimiento de programas que permitan poner en práctica planes para hacer cambios efectivos.

Finalmente, incluye el estudio y el aprendizaje basados en los resultados obtenidos, con el

propósito de estandarizar los efectos positivos y a la vez proyectar y controlar un nuevo nivel de desempeño.^{32,33}

El proceso de mejora continua requiere identificar el problema que se quiere corregir, tomando en cuenta los objetivos, la misión y la filosofía de la institución, así como sus indicadores, ya que sólo así es posible que éstos tengan un mejor nivel conforme transcurre el tiempo; estas acciones pueden ser graduales o radicales. En el primer caso, las mejoras se llevan a cabo de manera progresiva mediante el diseño y la ejecución de proyectos para resolver los problemas. En el segundo, en las mejoras radicales se utilizan procedimientos que parten de cero; es decir, cuando se determina que un proceso está tan desviado o tiene tantos problemas que resulta más sano empezar nuevamente (esto es, la llamada reingeniería de procesos).

Existen diversos métodos y procedimientos que se pueden utilizar para resolver los problemas, entre los más conocidos se encuentran el Ciclo de Shewhart o Ciclo de Deming, la Secuencia Universal de Mejora de Juran y las Siete Herramientas Básicas de Ishikawa. El primero de ellos consta de cuatro fases³⁴ (véase **Cuadro 1.4**).

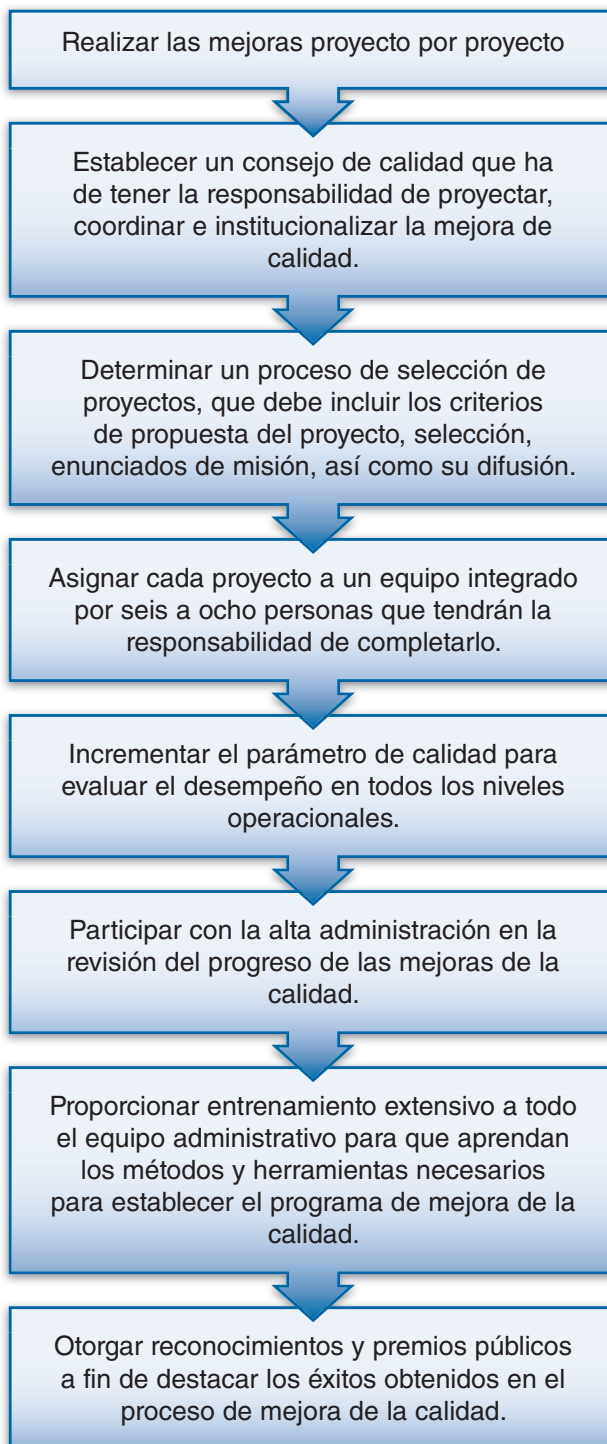
El proceso ideado por Juran propone la mejora continua a través de la secuencia universal que se observa en la **Figura 1.1**.

Ishikawa considera que el mejoramiento se debe hacer no sólo en los procesos productivos sino en todas las operaciones que realiza la organización, siempre con el propósito de satisfacer al cliente. Además, propone el uso de sus herramientas básicas —ya mencionadas—, para la solución de problemas simples. En el caso de los que tienen mayor complejidad recomienda las siguientes herramientas administrativas: diagrama de afinidad o método TKJ , diagrama de relaciones, diagrama de árbol, diagramas matriciales, matriz de análisis de datos, gráfica de programación de análisis del proceso y diagramas de flechas.

Una estrategia adicional de mejora continua es el *benchmarking*, que consiste en observar lo que otros están haciendo y tratar de mejorarlo. Este procedimiento permite tener un punto de referencia comparativo que se basa en las evidencias de mejoramiento de calidad de otras empresas. Su propósito es detectar y analizar en los procesos clave la brecha que hay entre los indicadores organizacionales y los resultados de las empresas que realizan de manera más destacada ese proceso en el mundo, es decir, las que tienen las **mejores prácticas**.³⁵

FIGURA 1.1

SECUENCIA UNIVERSAL PARA LA MEJORA CONTINUA



Los objetivos del *benchmarking* son:

- Conocer las características de los productos o servicios de la competencia que tienen buenos resultados para el usuario.
- Detectar los mejores procesos productivos y administrativos que pueden incorporarse a la institución para hacerla más competitiva.
- Implantar medidas de desempeño incluyéndolas en las metas y objetivos de la organización.
- Revisar de manera constante los indicadores de otras empresas.
- Desarrollar el plan de implementación, poner en práctica las acciones y vigilar su avance.

Dado que los procesos de mejora continua traen consigo un profundo cambio en la organización es necesario considerar las siguientes premisas: a) la mejora siempre debe estar orientada a los usuarios, b) ha de contar con el consenso de todos los profesionales que intervienen, c) requiere el compromiso de los gestores, d) los gestores deben dar facilidades para hacer los cambios pertinentes, e) los procesos de mejora deben ser fáciles de planificar y de poner en marcha, pues es necesario instituir una cultura de calidad destinada a la permanencia, f) los programas de mejora continua no se pueden comprar, los realizan todas las personas que intervienen en ellos, a través de los equipos de trabajo, de acuerdo con la **cultura organizacional**.

Si bien la mejora continua se debe desarrollar de manera planificada, no deja de tener aspectos críticos en su aplicación, por ello, han de tomarse en cuenta los errores más frecuentes que se han documentado al respecto: 1) un diagnóstico poco claro de la necesidad del proceso, 2) beneficios que puede ofrecer el programa sujetos a sobreexpectación o subexpectación, 3) un nuevo proceso que no concuerda con la filosofía de la organización, 4) los dirigentes desconocen su papel efectivo, 5) la creencia de que con la etapa de difusión o la utilización de un programa específico es suficiente, 6) el proceso es considerado como un fin y no como un medio, 7) el proceso se ubica y desarrolla sólo en los niveles de base o intermedios, 8) la instalación de programas específicos de mejora es abortada, 9) la mejora se administra por simple moda, y 10) la continuidad y la congruencia son insuficientes.

Para establecer un programa de mejora continua de los servicios de enfermería es importante revisar las siguientes directrices:

- *Práctica profesional y prevención de riesgo*. Todas aquellas actividades relacionadas con la

adecuación e idoneidad del proceso asistencial, así como las tareas destinadas a evitar el surgimiento de complicaciones o efectos adversos forman parte de este apartado.

- *Utilización de recursos*. Incluye los sistemas que tienden a asegurar la buena práctica de las actividades asistenciales, que pueden implicar un alto gasto y una mayor rentabilidad.
- *Opinión del paciente*. Comprende el grupo de acciones encaminadas a recoger las opiniones y sugerencias del paciente, con el fin de traducirlas en actividades que incrementen la satisfacción de éste con el cuidado que reciba. Entre ellas encontramos todas las que atañen a la comunicación enfermera-paciente.³⁴
- *Satisfacción de los profesionales*. Alude a todas las actividades tendientes a lograr autorrealización, ubicación y proyección de los profesionales en su área de trabajo, por ejemplo, los estudios ergonómicos de mejoramiento del entorno laboral, las sesiones de formación en servicio y los incentivos al personal, que pueden ser económicos, de tiempo de descanso y de desarrollo profesional.

Gestión de calidad del cuidado

Este concepto engloba la administración de todos los recursos necesarios y disponibles, con el propósito de crear y desarrollar la estructura que brinde cuidados de enfermería óptimos, eficaces, oportunos y humanos, con niveles de calidad que siempre tiendan a la excelencia. Para que esta gestión se realice es necesario que los responsables de la dirección de los servicios de enfermería, en las diversas instituciones de salud, que otorgan cuidados de diferente nivel y clasificación, conozcan, analicen e incorporen los elementos conceptuales para el manejo del cuidado y desarrollen sus propios modelos de gestión, de acuerdo con las **políticas, misión, visión y entorno institucionales**.

Cuidado seguro

En los últimos años se observa que cada vez es mayor el desarrollo científico y tecnológico en el ámbito hospitalario y, por ende, las posibilidades de mejorar tanto diagnósticos como terapias. Esta tendencia conlleva un alto sentido de responsabilidad, ya que los procedimientos que desarrolla el personal de enfermería se tornan cada vez más complejos,

prevaleciendo una relación directamente proporcional entre el mayor grado de dificultad de estas operaciones y el alto riesgo que tienen los pacientes hospitalizados de sufrir un daño derivado del tratamiento y de los procedimientos si son efectuados de manera incorrecta, y no propiamente de la patología o estado clínico preexistente. Según la Agencia para la Calidad y la Investigación de la Salud de Estados Unidos, la **"seguridad del paciente"** se define como el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.³⁶ En este sentido, y en relación con el grupo de enfermería, surge la convicción de que la gestión de la calidad en el cuidado de enfermería debe contener las medidas necesarias para proporcionar un **"cuidado seguro"**, que puede definirse como: el cuidado en el cual el personal de enfermería, además de cubrir las necesidades y las expectativas del paciente, logra beneficiar en todos los sentidos a la persona que es atendida. Lo anterior debe desarrollarse en un entorno de confianza y garantía de calidad, en el que se asegura que el paciente no sufra complicaciones adicionales por una situación ajena a la que motivó su ingreso al hospital.³⁷

Para poder analizar el concepto de **seguridad** en la atención hospitalaria y los errores en el cuidado de enfermería es necesario conocer cuál es el objeto principal del trabajo de este personal en la atención a la salud. Actualmente, se considera que la enfermería es una disciplina profesional que se centra en el cuidado de la persona, aunque atendiendo tanto al individuo, a la familia o a la comunidad; y que el "acto de cuidar" implica una interacción continua con el paciente, ya que es mayor el tiempo que el personal de enfermería convive con el enfermo, que el que puede dedicarle su médico. En este "acto de **cuidar**", la práctica de enfermería va más allá de tareas rutinarias y requiere recursos intelectuales y de intuición para la toma de decisiones que respondan a las necesidades particulares de los pacientes. Como parte de este "acto de cuidar" el profesional realiza técnicas, tecnologías de enfermería o procedimientos, dentro de los cuales ejecuta acciones; estas acciones pueden ser de carácter **dependiente** como llevar a cabo indicaciones médicas, lo que las convierte en actividades corresponsables, es decir, existe alguien que prescribe y alguien que ejecuta, por lo tanto la responsabilidad en caso de un error es mayor de quien la ordena que de quien la ejecuta, siempre y cuando se haya ejecutado correctamente. En el caso de que la ejecución de la indicación haya

sido la incorrecta, la responsabilidad cae en quien la ejecuta y no en quien la ordena. Un ejemplo clásico de estas intervenciones son las prescripciones médicas para la administración de medicamentos por vía oral, medicamentos por vía parenteral o para la administración de un hemoderivado; en ninguno de estos casos la enfermera puede tomar, de manera personal, la decisión de administrarlos. Existen también otro tipo de intervenciones de enfermería, las intervenciones **independientes**, éstas se realizan por decisión propia y emergen de la aplicación del método enfermero, el cual se basa en principios científicamente elaborados y que permite, a través de un juicio crítico, realizar procedimientos o intervenciones para cubrir las necesidades de los atendidos; ejemplos de estas intervenciones son la alimentación de los pacientes, el baño, la deambulación, la movilización o procedimientos de seguridad como la sujeción o prevención de caídas, entre otros. Estas acciones son obligadas en la atención y parecieran ser inocuos, sin embargo, realizarlos de manera incorrecta o no realizarlos produce un daño o **evento adverso**, el cual puede ser de bajo, mediano o alto impacto para la evolución clínica del paciente.^{38,39}

Un **evento adverso** es un...

...hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad y producido a consecuencia de la atención médica, que origina un 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, como se ha documentado, en su mayoría pueden ser evitados. También existen los siguientes términos: el **cuasi error** que se refiere a cualquier situación que puede dar como resultado un accidente, lesión o enfermedad, acontecimiento que no se presenta, ya sea por casualidad o por una reacción oportuna. Y el **evento centinela**, que es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos, o la pérdida de una función, o que tiene el riesgo de causarlos. Cualquier profesional que tenga conocimiento de la presencia de un incidente de esta naturaleza, tiene la obligación moral de notificarla, ya que, además de

evitar un riesgo a un paciente, se posibilita la elaboración de planes de mejora continua.⁴⁰

La Organización Mundial de la Salud (oms) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el año 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que incita a los Estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar:

...sistemas con bases científicas necesarias para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular de la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

En esta resolución, los Estados miembros de la oms pedían a la organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación correctas.⁴¹ Una medida que se ha implementado para establecer esas normas de actuación es registrar los eventos adversos en redes nacionales o intrahospitalarias de manera anónima, de tal forma que no se conozca quién realizó el evento y quién sufrió las consecuencias. La mayor parte de los sucesos adversos documentados proviene de estudios hospitalarios, porque los riesgos asociados a la atención hospitalaria son mayores y los pacientes les dan más importancia; esto no quiere decir que no existan eventos adversos en otros niveles de atención a la salud como dispensarios, clínicas, asilos o el domicilio de los pacientes; lo que sucede es que estos últimos no están documentados. Dentro del ámbito de enfermería realmente existe poca evidencia en relación con el registro de eventos adversos o errores en el cuidado que se proporciona, ya que generalmente éstos se reportan de manera conjunta con los que suceden en toda el área hospitalaria. En una revisión realizada por Hernández y colaboradores en 2006, se evidencia el factor humano como una causa preponderante para eventos adversos, con base en las siguientes variables observadas: deficiente verificación de procesos por el personal involucrado, falta de supervisión, carencia de, o personal insuficiente, falta de material y equipo para la realización de procesos, así como cansancio físico y/o emocional. El mayor número de eventos que se presentaron coinciden con el cambio de turno y con ciertas horas durante la guardia: para el turno matutino de 10:30 a 12:30 horas, para el turno vespertino de 17:00 a 18:00 horas y para turno nocturno de 01:00 a 3:50 horas.⁴²

Recomendaciones para un cuidado seguro

Con base en las causas más frecuentes de inseguridad hospitalaria y a las experiencias publicadas en el ámbito internacional y nacional, Ruelas y colaboradores proponen diez acciones para mejorar la seguridad del paciente:

1. Identificación correcta y continua del paciente.
2. En manejo de medicamentos, aplicación de la nemotecnia de las 5 “C”: paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, dosis correcta y rapidez de infusión correcta.
3. Comunicación clara, precisa, concisa y oportuna.
4. Uso de protocolos y guías diagnósticos y terapéuticos.
5. Aplicación de las 4 “C” en cirugías y procedimientos terapéuticos: paciente correcto, cirugía o procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, momento correcto.
6. Prevención de caídas.
7. Vigilancia y control de infecciones nosocomiales.
8. Circunstancias de riesgo del factor humano.
9. Corresponsabilidad del paciente en su cuidado y tratamiento.
10. Clima de seguridad para el paciente, generado por el personal en el ámbito hospitalario, y actitud para el cambio.³⁷

Actualmente, las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente son la base para un cuidado seguro, de ellas se habla con mayor detalle en el Capítulo 4.

El cuidado seguro constituye entonces un reto continuo en las unidades asistenciales teniendo como objetivo principal el bienestar de los pacientes. Para su gestión se debe tomar en cuenta la compleja combinación de procesos, tecnología e interacciones humanas que comprenden los actuales sistemas de salud, eliminando malas prácticas y favoreciendo una práctica segura por parte del profesional de enfermería.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud, “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001”, México, Secretaría de salud. Citado en internet el 11 marzo de 2013. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm
2. Enrique Ruelas Barajas, “El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México”, en *Revista CONAMED*, vol. 14, núm. 3, 2009, pp 5-7.

1-1. Edwards Deming define calidad como:

- a) Una filosofía administrativa; un proceso sistemático que garantiza que las acciones se llevarán a cabo tal y como se planearon.
- b) El cumplimiento de las expectativas del usuario al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades, anticipándose a otras, y adoptando una nueva filosofía en la que prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo.
- c) Una disciplina que se debe construir, la cual combina el conocimiento con la acción.

1-2. Autor que describe siete herramientas estadísticas básicas para evaluar la calidad.

- a) Kauro Ishikawa
- b) Edwards Deming
- c) Joseph M. Juran

1-3. Una de las mejores estrategias para garantizar que los servicios de enfermería sean de calidad es:

- a) La planeación
- b) La evaluación
- c) El control

1-4. Elementos que se usan para medir fenómenos específicos y que, al ser aplicados, muestran la tendencia de una actividad a partir de una unidad de medida convencional.

- a) Indicadores
- b) Estándares
- c) Eventos adversos

1-5. Son instrumentos de medición cuantitativos o cualitativos que proporcionan directrices

para la realización de las funciones y actividades de un papel a desempeñar, una profesión o para el otorgamiento de un servicio, porque establecen el desempeño mínimo y máximo aceptables.

- a) Indicadores
- b) Estándares
- c) Diagrama de Pareto

1-6. La administración de todos los recursos necesarios y disponibles para crear y desarrollar la estructura que proporcione cuidados óptimos, eficaces, oportunos y humanos con calidad de excelencia, se refiera a:

- a) La gestión de la calidad del cuidado
- b) La calidad
- c) La garantía de calidad

1-7. El proceso mediante el cual se establecen una serie de normas, políticas, técnicas, procedimientos y estándares que guían las actividades y permiten controlar procedimientos, detectar de manera oportuna las desviaciones y tomar medidas correctivas para lograr un grado de excelencia en relación con las intervenciones de enfermería y los cuidados establecidos es la:

- a) Gestión de la calidad del cuidado
- b) Calidad
- c) Garantía de calidad en enfermería

1-8. Para evaluar la calidad utiliza los indicadores de estructura, proceso y resultado.

- a) Avedis Donabedian
- b) Edward Deming
- c) Joseph M. Juran

Soluciones

1-1. b), 1-2. a), 1-3. b), 1-4. a), 1-5. b), 1-6. a), 1-7. c), 1-8. a)

3. Juana María Hernández Conesa, *Historia de la enfermería, un análisis histórico de los cuidados de enfermería*, España, McGraw-Hill/ Interamericana, 1995.
4. María Luisa Martínez Martín, y Elena Chamorro, *Historia de la enfermería*, España, Elsevier, 2011.
5. Bounds G, Yorks Lyle et al., *Beyond Total Quality Management; toward the Emerging Paradigm*, Nueva York, McGraw-Hill, 1994.
6. Otero MJ, Chávez TE, Edward Deming, *El padre de la calidad moderna*, 2003. Citado en internet el 11 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com>
7. Lourdes Münch Galindo, *Más allá de la excelencia y de la calidad total*, 2ª ed., México, Trillas, 2002.
8. Edmundo Guajardo, *Administración de la calidad total: conceptos y enseñanzas de los grandes maestros de la calidad*, 5ª ed., México, PAX, 2003.
9. Ortega-Altamirano, Doris Verónica et al., "Cultura organizacional de enfermería dominante en un hospital de la Secretaría de Salud de Morelos", en *Revista Salud Pública de México*, vol. 53, núm. 1, enero-febrero de 2011, pp. 11-16. Citado en internet el 15 abril de 2013; 53(1): 11-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100003.
10. Humberto Cantú Delgado, *Desarrollo de una cultura de calidad*, 4ª ed., México, McGraw-Hill, 2011.
11. Avedis Donabedian, *La calidad de la atención médica*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1994.
12. Julio Frenk Mora, "In memoriam Avedis Donabedian. M.D., M.P.H. 1919-2000", en *Salud Pública de México*, vol. 42, núm. 6, noviembre de 2000, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 556-557.
13. "Facts about Joint Commission accreditation standards. Topics details", 2012. Citado en internet en abril de 2013. Disponible en: http://www.jointcommission.org/facts_about_joint_commission_accreditation_standards/
14. Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), *Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería: tres indicadores de aplicación hospitalaria*, México, Secretaría de Salud, 2003.
15. Julio Frenk Mora, "Programa Nacional de Salud 2001-2006", México, Secretaría de Salud, 2001.
16. Secretaría de Salud, "Manual para elaborar reportes del modelo de gestión de calidad 2007". Citado en internet el 10 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces>
17. Catalina García Martín-Caro, y María Luisa Martínez Martín, *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*, España, Elsevier, 2001.
18. Potter PA y Perry AG, *Fundamentos de enfermería*, 5ª ed., España, Harcourt Brace, 2002.
19. María Teresa Trincado A. y Emilio Fernández C., "Calidad en enfermería", en *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 11, enero-abril de 1995. Citado en internet el 15 de febrero de 2013. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_195/enf01195.htm
20. Hugo Alberto Múnera-Gaviria, "La calidad de la atención en salud: más allá de la mirada técnica y normativa. Investigación y Educación en Enfermería", En *Revista: Investigación y Educación en Enfermería*, Universidad de Antioquia, Colombia, vol. 29, núm. 1, 2011, pp. 77-86. Citado el 29 de abril de 2013; 29(1). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/8527/8705>
21. Álvarez CLM, Barrera AM, Madrigal RC, "Calidad de la atención en enfermería", 2007. Citado en internet el 11 de mayo de 2013. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/280/1/Calidad_atencion_en_enfermeria.pdf
22. Carlos Agustín León-Román, "La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado" en *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 22, núm. 3, 2006. Citado en internet el 3 de mayo de 2013; 22(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html#cargo
23. Gustavo Malagón-Londoño, "Concepto de calidad total", en Malagón-Londoño et al., *Garantía de la Calidad en Salud*, 2ª ed., México, Panamericana, 2006, pp. 12-21.
24. Di Prete BL. et al., *Garantía de calidad en la atención de salud en los países en desarrollo*, Estados Unidos, USAID, 2002.
25. Sánchez CIF, Maya MMC, Obregón SP, *Gerencia. Guía 1. Guía de intervención en enfermería basada en la evidencia científica*, Bogotá, Instituto del Seguro Social y Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, 1998.
26. Dirección General de Educación Superior Técnica Profesional, Dirección de Educación Superior Pedagógica, "Equipo de normas, indicador centinela", 2008. Citado en internet el 8 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.sociedadmedicallanquihue.cl/neonatalogia/gestion/calidad/indicadorcentinela.html>
27. González MLE, Gallardo DEG, "Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida y la muerte", en *Revista digital Universitaria*, vol.13, núm. 8, México, Coordinación de Publicaciones Digitales. Dirección General de Servicios de Cómputo Académico-UNAM. Citado en internet el 8 de abril de 2013; 13(8). Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>
28. Miguel Araujo et al., "Indicadores de calidad, manual de muestreo", 2010. Citado en internet el 12 de mayo de 2013. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6697_recurso_1.pdf
29. Ministerio de Salud y Protección Social de Bogotá, Colombia, "Indicadores básicos en salud", Actualización 2013. Citado en internet el 8 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx>
30. Consejo de Salubridad General, "Estándares para la certificación de hospitales 2012", México, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, 2012.
31. Joint Commission International, "Accreditation Standards for Hospitals", 4a ed., Estados Unidos, Joint Commission International, 2011.
32. Ávalos GMI., "Calidad y gestión de servicios de salud. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud", en *Revista Horizonte Sanitario*, División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2010. Citado en internet el 16 de mayo de 2013; 9(1):9-19. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_enero-abril/02-MA-%20ISABEL%20ARTICULO.pdf
33. Beltrán SJ, Carmona CMA, Carrasco PR, Rivas ZMA, "Guía para la gestión basada en procesos". Citado en internet el 16 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.centrosdeexcelencia.com/dotnetnuke/Portals/0/guiagegestionprocesos.pdf>
34. Balderas PML, *Administración de los servicios de enfermería*, 6ª ed., México, McGraw-Hill Interamericana, 2012.
35. Prado Prado J. Carlos et al., "Benchmark: Una experiencia de benchmarking para la mejora continua", en XV Congreso de Ingeniería de Organización, Cartagena, 2011. Consultado en internet el 17 de mayo de 2013. Disponible en: http://adigor.es/congresos/web/uploads/cio/cio2011/administracion_de_empresas/114-123.pdf
36. Agency for Health Care Research and Quality, "HealthCare: Medical Errors and Patient Safety, Estados Unidos, 2013. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm>
37. Enrique Ruelas Barajas et al., *Seguridad del paciente hospitalizado*, México, Médica Panamericana/Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
38. Daza Claudia Liliana Saray et al., "Seguridad del paciente, una perspectiva general", Monografía, 2009. Citado en internet en mayo de 2013. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/775/1/Seguridad_paciente.pdf
39. Carolina Ortega Vargas, "El error médico y la seguridad del paciente", en *Rev CONAMED*, vol. 11. núm. 4, 2005, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, pp. 67-68.
40. Héctor Aguirre Gas, "El error médico: eventos adversos", en *Rev CONAMED*, vol. 11. núm. 4, 2005, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, p 39.
41. Milagros García Barbero, "La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", en Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios/ Organización Mundial de la Salud, Barcelona (Monografías Humanitas núm. 8.) 2004, pp. 209 y 220.
42. Rosa Elia Mendoza Pérez, et al., "Eventos adversos en el cuidado de enfermería", en *Revista Mexicana Enfermería Cardiológica*, vol. 14, núm. 2, Mediagraphic, Literatura Biomédica, 2006, pp. 70-74.