

Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en una Institución de Salud en Salamanca – Chile.

Doris Eliana Calderón Alemán¹, Deniss Paúl Calderón Alemán², Galo Fernando Andrade Granda³.

1. Unidad Académica de Salud y Bienestar. Carrera de Odontología. Universidad Católica de Cuenca. Azogues – Ecuador.
2. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital “José Carrasco Arteaga”. Cuenca – Ecuador.
3. Posgrado en Obstetricia y Ginecología. Universidad de Chile – Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. Santiago de Chile – Chile.

CORRESPONDENCIA:

Doris Eliana Calderón Alemán
Correo electrónico: bq_elicalderon@yahoo.com
Dirección: Manuel Villalobos y Teodoro Wolfesq.
Edificio San Marcos. Cuenca – Ecuador. Código Postal: EC010114
Teléfono: [593] 958 938 519

Fecha de Recepción: 10-03-2016
Fecha de Aceptación: 03-06-2016
Fecha de Publicación: 20-07-2016

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Calderón DE, Calderón DP, Andrade GF. Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en una Institución de Salud en Salamanca – Chile. Rev Med HJCA 2016; 8(2): 123-131. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.2.ao.20>

ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO



©2016 Calderón et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de “Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License” (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En los últimos años el Ministerio de Salud de Chile ha fijado metas de calidad en la asistencia sanitaria, lo cual se ve reflejado en la implementación de sistemas de gestión de calidad en la mayoría de instituciones tanto del sistema público como privado. El objetivo fue diseñar y poner en marcha un sistema de gestión de calidad en una Institución de Salud siguiendo la normativa de la Superintendencia de Salud de Chile.

MÉTODO: Estudio descriptivo aplicado en un modelo prospectivo, realizado en una institución de salud chilena que cuenta con una unidad de hemodiálisis. Se puso en marcha un sistema de gestión de calidad mediante las fases de diagnóstico, planificación y diseño del sistema, su implementación mediante elaboración de documentos, definición de indicadores y evaluación mediante auditoría interna.

RESULTADOS: El diagnóstico inicial mostró carencia de un Sistema de Gestión de Calidad por lo que se definió la política de calidad, misión, visión, meta de calidad con áreas, acciones y sus indicadores. Se rediseñaron los perfiles profesionales y el organigrama, y se designó al Jefe de Calidad. Se elaboró el soporte documental, manuales de calidad y de procedimientos, formatos y registros. Se definieron los principales ámbitos, componentes, características, verificadores y estándares de cumplimiento incluyendo la unidad de diálisis de la institución. Se realizó una auditoría interna piloto en la que se evidenció mejora en el funcionamiento, corroborada con encuestas de opinión de usuarios, en la que la institución obtuvo una calificación satisfactoria.

CONCLUSIONES: La aplicación de un SGC demuestra que el adecuado manejo de las herramientas de gestión de calidad mejora la atención brindada a los pacientes, contribuyendo a entregar una prestación efectiva, satisfactoria y segura, e incentiva a la mejora continua, avanzando hacia la meta de acreditación como prestador institucional de atención abierta.

***DESCRITORES DeCS:** GESTIÓN DE LA CALIDAD, INSTITUCIONES DE SALUD, CHILE.

ABSTRACT

Implementation of a Quality Management System on a Health Institution at Salamanca – Chile.

BACKGROUND: In recent years, Chilean Ministry of Health has set goals of quality in health care services; it takes place in the implementation of quality management systems in most of public and private institutions. The objective was to design and deploy a quality management system on a health institution according to Chilean Health Superintendence normative.

METHODS: A descriptive study was performed using a prospective model, it was conducted in a Chilean health institution which has a hemodialysis unit. A quality management system was developed through some phases as: diagnosis, system planning and design, implementation (documents, indicators definition) and evaluation by applying an internal auditor.

RESULTS: Initial diagnosis showed the lack of a Quality Management System and that was the reason why quality policies, mission, vision, quality goals actions and their indicators were defined. The professional profiles and organizational chart were redesigned and a quality manager was designated. Documental support, quality and procedures manuals, templates and registries were made too. Main areas, components, features, verifiers and standards of performance were defined even for the dialysis unit. An intern pilot auditor was developed and it evidenced an improvement in the operations of the institution, it was confirmed with satisfaction surveys from customers with a satisfactory score achieved.

CONCLUSIONS: Application of a QMS shows that appropriate management of quality control tools improves sanitary care, it contributes to deliver and effective, satisfying and safe service and promotes the continuous improvement, advancing towards the goal of accreditation as a institutional provider of open attention.

KEYWORDS: QUALITY MANAGEMENT, HEALTH FACILITIES, CHILE.

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista etimológico, la palabra calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección [1]. La calidad de la atención en salud es un concepto reconocido en la literatura por su multidimensionalidad [2]. En un sistema de salud se deberá procurar la mejora de todas las dimensiones de calidad, pero en especial en aquellas más sentidas por la población o de mayor impacto económico. Estas dimensiones, según la OMS son: efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, equidad y seguridad [3]. Al hacer un análisis de la calidad se deben contemplar algunos factores de la asistencia sanitaria propuestos por Donabedian, y que en conjunto determinan la calidad de un acto médico: factor personal, técnico y ambiental [4].

Un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) comprende todos los procesos de la entidad y sus interrelaciones, e implica que cada uno de estos procesos cuente con un responsable y un equipo de trabajo que garantice su conocimiento integral en la organización, la implementación ajustada a la documentación interna y externa, su monitoreo sistemático y la identificación de oportunidades de mejora [5]. Por lo tanto el SGC está diseñado para dirigir a la organización en la gestión de lo que ha declarado como su política de calidad y de los objetivos que se ha propuesto al-

canzar, para lo cual requiere de la identificación de las fases que la integran: diagnóstico, planificación-diseño, implementación y evaluación [6]. Durante los últimos años, en Chile se han fijado metas de calidad en la asistencia sanitaria centradas en la mejora continua [7], lo cual ha conducido a la implementación de SGC en la mayoría de instituciones tanto del sistema público como privado.

La oportunidad de mejora reside en la detección de deficiencias en el servicio a evaluar, siendo imprescindible establecer un marco de referencia; en el presente trabajo de investigación se estableció como marco de referencia lo estipulado en los Manuales de la Superintendencia de Salud para Prestadores de Atención Abierta y Centros de Diálisis [8, 9].

Esta regulación constituye el cimiento del sistema de acreditación chileno basado en estándares definidos, que incorporan gran parte de los elementos de los procesos que se deben resguardar en beneficio de la calidad y seguridad de los pacientes. El estándar general, cuyos contenidos normativos se encuentran en los manuales de la superintendencia, desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. La forma en que han sido trabajados tales contenidos permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación [8, 9].

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo ejecutado en un modelo prospectivo en el cual se analizaron las características obligatorias establecidas en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta de la Superintendencia de Salud de Chile, las variables evaluadas fueron: respeto a la dignidad del paciente, gestión de la calidad, gestión clínica, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, competencias del recurso humano, registros, seguridad del equipamiento, seguridad de las instalaciones y servicios de apoyo; el último ítem se consideró exclusivamente para los requisitos de los centros de diálisis establecidos en el mismo manual. La investigación se realizó en 4 etapas: la primera de diagnóstico en la cual se analizó el marco regulatorio, la situación organizacional y el estado del SGC; la segunda fase correspondió a la planificación y diseño, en la cual se definieron las políticas calidad, un nuevo sistema de documentación, selección

y primera medición de verificadores; la tercera etapa correspondió a la implementación, se elaboró un manual de calidad, manual de procedimientos, registros, formatos, así como encuestas de satisfacción de usuarios y aplicación de dichas encuestas. Finalmente el estudio culminó con la fase de evaluación mediante la ejecución de un plan piloto de auditoría interna.

RESULTADOS

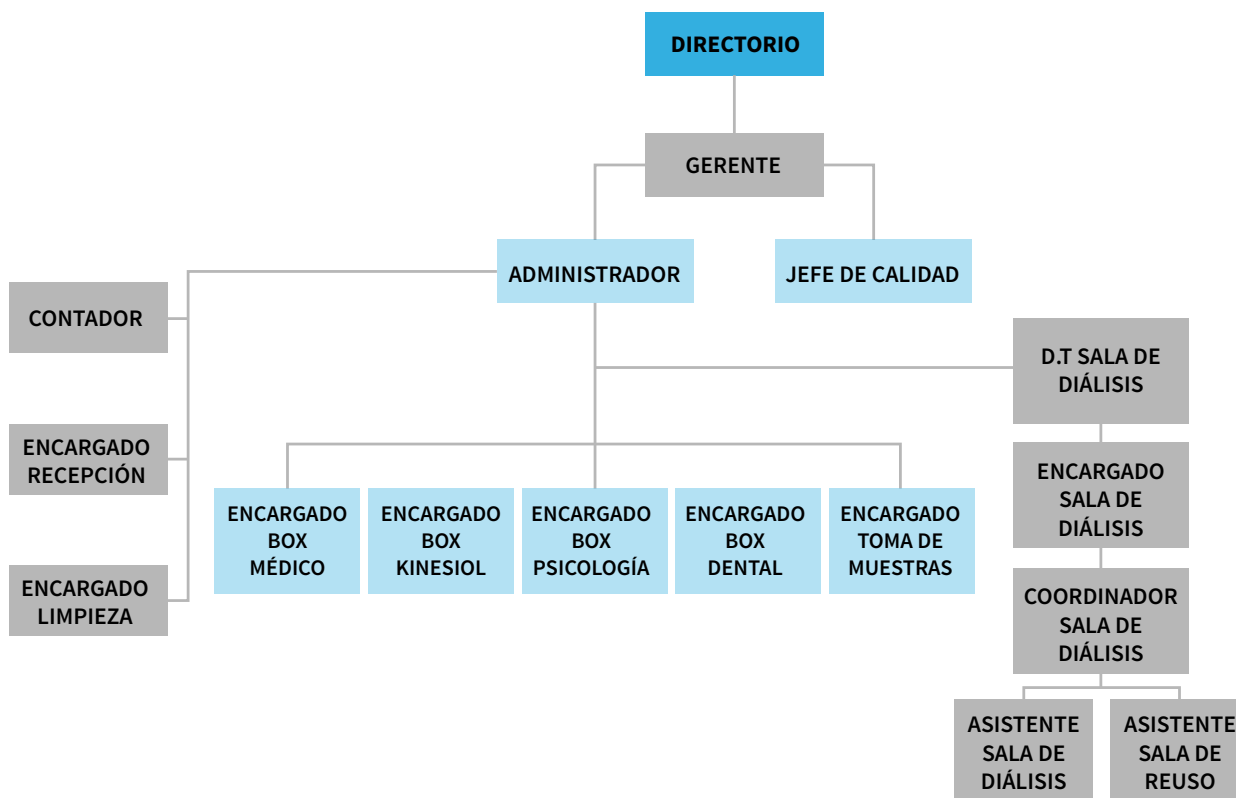
En la **fase de diagnóstico** mediante el análisis de la información de prestadores implementado en el año 2006 en Chile por la Superintendencia de Salud [10], se estableció inicialmente que la institución objeto de este estudio, fue un prestador institucional de atención abierta que otorga atenciones de tipo ambulatoria de mediana complejidad. Para el *análisis de la situación de partida* se elaboró una encuesta para los miembros del directorio de la organización (Tabla 1).

Tabla 1. Encuesta para el diagnóstico del SGC en la Institución de Salud.

ENCUESTA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SGC				
ITEM	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Existe una política de calidad en la institución		X	
2	Existe un manual de calidad		X	
3	Existe un manual de procedimientos		X	
4	Existen instrucciones de trabajo documentadas		X	
5	Existen formatos y registros	X		Existen formatos y registros, pero no para todos los procedimientos que se realizan en el centro
6	Existe un control de registros		X	No se ha realizado en ninguna oportunidad ningún tipo de auditoría interna
7	Existe algún mecanismo para conocer el nivel de satisfacción de los clientes		X	
8	Existe un encargado de calidad en la organización		X	
9	El personal de la institución es competente de acuerdo a educación, formación, habilidades y experiencia	X		No existen perfiles de cargo del personal
10	Existe un organigrama de la institución	X		Existe un organigrama no actualizado

El alto porcentaje de respuestas negativas evidenció que no existe un SGC vigente. Para el *rediseño organizacional del centro* se usó como base el organigrama previamente existente en la empresa, obteniéndose uno actualizado y completo que incluyó la sala de diálisis, el cual permitió distinguir claramente el orden jerárquico en la empresa (Figura 1). Se realizó la *descripción del perfil de cargos* de todos los trabajadores en donde se definieron competencias, organización y responsabilidades, que deberán cumplir para desempeñar sus respectivas funciones y se creó el cargo de *Jefe de Calidad* de la organización, quien colaboró con los miembros de las distintas áreas en la implementación del SGC y guió a todo el equipo en la búsqueda de soluciones que llevaron al cumplimiento de lo establecido en el SGC.

Figura 1. Organigrama actualizado de la Institución de Salud.



En la *fase de planificación y diseño*, llevada a la práctica en modalidad de reuniones formales realizadas con el directorio, se consiguió la *formulación de las políticas, meta de calidad, misión y visión de la institución* (Figura 2).

Figura 2. Política de Calidad de la Institución de Salud.

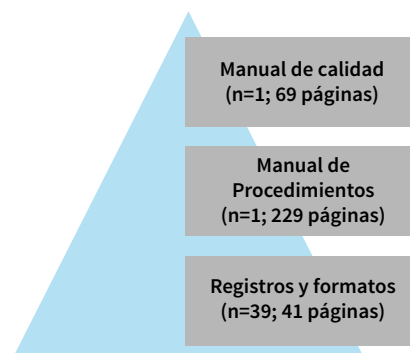
POLÍTICA DE CALIDAD	Conducir las actividades de forma responsable de manera de proteger la vida, salud y bienestar de sus trabajadores y sus usuarios. Realizar en estrecha relación con usuarios, trabajadores, proveedores, el esfuerzo cotidiano para generar un ambiente caracterizado por prácticas de trabajo de altos estándares, lo que guiará hacia la excelencia y a un mejor servicio.
META DE CALIDAD	Mejorar la seguridad de las atenciones prestadas a los usuarios.
MISIÓN	Ofrecer a personas de la comuna de Salamanca servicios de salud con una alta calidad asistencial, brindada por profesionales calificados que ofrecen atención humanizada, haciendo uso de tecnología moderna, y a precios competitivos.
VISIÓN	Ser el centro médico líder, manteniendo y proyectando nuestro centro Médico como único referente de la zona en cuanto a medicina privada y especialidades se refiere, que se caracterice por su servicio, tecnología y personal calificado para así brindar una atención de calidad a sus usuarios.

En la tabla 2 se detalla la meta institucional, las áreas a evaluar en lo que respecta a seguridad, la acción, meta, periodicidad de medición y los indicadores para cada una de estas áreas; además, en esta fase se *definió el tipo de soporte documental* que se creó para describir los procesos de la organización en el siguiente orden: manual de calidad, manual de procedimientos, formatos y registros. De esta manera se generó la estructura documental del SGC (figura 3).

Tabla 2. Metas de Calidad de la Institución de Salud.

ÁREA	ACCIÓN	META	PERIODICIDAD	INDICADOR
TOMA DE MUESTRAS	Errores en la técnica de toma de muestras	<1%	Mensual	Nº Muestras rechazadas x 100/ Nº total de muestras recibidas
	Notificación oportuna de exámenes alterados	>80%	Mensual	Nº Exam. aletrados notificados x 100/ Nº total exámenes alterados
ATENCIÓN AMBULATORIA	Contar con un programa de orientación sobre seguridad en la atención dirigida a todos los profesionales que prestan sus funciones en la institución	Ejecución del programa en al menos 85% de los profesionales que ingresaron a la unidad en el último año	Trimestral	Nº Horas actividades asistidas x 100/ Nº total horas programadas
SALA DE DIÁLISIS	Contar con un carro de paro-operativo	Existencia de un stock mínimo de insumos y medicamentos	Mensual	Registro de revisión de stock mínimo de medicamentos e insumos en carro de paro
		Definir el responsable del proceso de revisión y mantención de stock mínimo	Trimestral	
		Revisión del stock de insumos y medicamentos del carro de paro	Mensual	
		Reposición inmediata de medicamentos e insumos ocupados vencidos	Mensual	

Figura 3. Estructura documental del SGC en la Institución de Salud.
Los documentos elaborados son de fácil acceso para permitir su consulta por parte del personal.



A partir del manual estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta, se seleccionaron los verificadores necesarios para cumplir con las características obligatorias (tabla 3); tomando en consideración dos ámbitos adicionales que no tienen características obligatorias, como son la seguridad de las instalaciones y servicios de apoyo, significativos para la evaluación de la Sala de Diálisis de la Institución.

Tabla 3. Ámbitos, componentes, características, verificadores y estándares a considerar en el SGC de la Institución de Salud.

ÁMBITO	COMPONENTE	CARACTERÍSTICA	VERIFICADORES	ESTÁNDAR
Respeto dignidad del paciente (DP)	El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno (DP-1)	Existe una definición de derechos explícitos que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con sus pacientes y que es informada por medios contables a los pacientes que se atienden en el establecimiento (DP-1.1)	Se describe en un documento de carácter institucional al procedimiento de gestión de los reclamos	100%
Gestión de calidad (CAL)	El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejora continua de la calidad (CAL-1)	Existe una política explicativa de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los paciente. (CAL-1.1)	Existe un documento de carácter institucional que describa la política de calidad de la institución	100%

Gestión clínica (GLC)	El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas (GCL-1)	Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: Atención de enfermería (GCL-1.3)	Existe un programa escrito de evaluación y mejora de prácticas clínicas de enfermería	≥ 66%
Acceso, oportunidad y continuidad de la atención (AOC)	La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes. (AOC-1)	Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución (AOC-1,1)	Está descrito, en el documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia	100%
Competencias del recurso humano (RM)	Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados (RH-1)	Los profesionales médicos que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados (RH-1.1)	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el estado, de los médicos que cumplen funciones permanentes	100%
Registros (REG)	El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica (REG-1)	El prestador institucional cuenta con ficha clínica única (REG-1.1)	Se constata la existencia de ficha clínica única	100%
Seguridad del Equipamiento	Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo. (RQ-2)	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes. (EQ-2.1)	Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa en los equipos	100%
Seguridad de las instalaciones (INS)	El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permiten la evacuación oportuna de los usuarios y el personal. (INS-2)	Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros (INS-2.1)	Se documenta un plan institucional de evacuación, que contempla al menos las funciones y responsables del plan en caso de incendio, sismo o inundación	100%
Servicios de apoyo (AP)	Los exámenes de Laboratorio Clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes. (AP-1)	Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad. (AP-1.1)	Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados	≥75%

En la tabla 4 se destacan las exigencias y requisitos del manual estándar, mismos que están relacionados directamente con los centros de diálisis; por ser esta institución un centro que tiene dentro de sus prestaciones el servicio.

Tabla 4: Requisitos y exigencias en centros de diálisis.

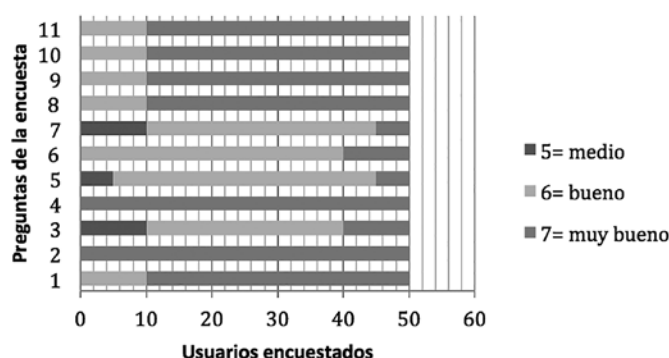
ÁMBITO	COMPONENTE	CARACTERÍSTICAS	VERIFICADORES	ESTÁNDAR
Servicio de apoyo: Centros de Diálisis (APD)	Los procedimientos de Diálisis se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes. (APD-1)	Los procedimientos de Diálisis comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad. (APD-1.1)	Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados	≥ 75%
		El prestador institucional aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para la seguridad de los pacientes que reciben tratamientos de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y dispone de registros estandarizados. (APD-1.2)	Se escriben en documentos procedimientos de hemodiálisis y los responsables de la aplicación	≥ 66%
		El prestador institucional aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para prevenir infecciones asociadas a hemodiálisis y evalúa su cumplimiento. (APD-1.3)	Se escriben en documentos las prácticas clínicas para prevenir infecciones asociadas a hemodiálisis y evalúa su cumplimiento.	≥ 66%
		Se ejecuta un programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis. (APD-1.4)	Se escriben en documentos un programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis	100%

En la **fase de implementación** se elaboraron los documentos planificados que describieron los procesos de la empresa, así como los procedimientos del área clínica de la organización, quedando pendientes los procedimientos de gestión del área administrativa. Es importante señalar que dentro de los manuales también se incluyeron los procedimientos existentes en la organización previos al SGC; posteriormente se aplicaron *encuestas a usuarios*, la información recopilada señaló, en términos generales, que la institución fue evaluada satisfactoriamente ya que ante todos los puntos consultados los usuarios responden con los puntajes más altos (tabla 5 y figura 4).

Tabla 5. Encuesta de satisfacción del usuario.

ENCUESTA SATISFACCIÓN DEL USUARIO							
Agradecemos dar su respuesta con la mayor transparencia y veracidad a las diversas preguntas del cuestionario señalando con una x en el recuadro que Ud. elija, en la escala del 1 al 7, donde 7 es muy bueno y 1 es muy malo.							
	1	2	3	4	5	6	7
Es fácil contactar por teléfono al centro médico	0	0	0	0	0	10	10
Le fue fácil conseguir la hora que usted necesitaba	0	0	0	0	0	0	50
Las consultas médicas se atienden con puntualidad	0	0	0	0	10	30	10
La amabilidad con que fue atendido(a) por los médicos	0	0	0	0	0	0	50
La amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal de enfermería	0	0	0	0	5	40	5
La amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado los técnicos paramédicos	0	0	0	0	0	40	10
La amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal de auxiliar de servicios	0	0	0	0	10	35	5
La amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal administrativo (dación de horas, informaciones, etc)	0	0	0	0	0	10	40
La información proporcionada por el personal administrativo	0	0	0	0	0	10	40
Si su familia lo necesitara ¿le recomendaría este centro médico?	0	0	0	0	0	10	40
Respecto a lo que usted esperaba, la atención que ha recibido en este centro médico ha sido...	0	0	0	0	0	10	40

Figura 4. Resultado de la encuesta satisfacción de usuarios en la Institución de Salud. Se encuestaron 50 pacientes incluyendo a los usuarios de la Sala de Diálisis, este instrumento creado para el SGC fue aplicado en un tiempo de 1 semana.



Finalmente en la **fase de evaluación** se efectuó un *Plan Piloto de Auditoría Interna* que permitió realizar una revisión general del progreso de la implementación del SGC y de los registros de información. Se evidenciaron acciones correctivas tomando como punto de partida los resultados de la primera medición de indicadores (antes de la implementación del SGC). Se usaron los verificadores correspondientes a las características obligatorias por cada ámbito señalado en el Manual de Estándares para Prestadores de Salud de Atención Abierta (tabla 6) y a dos ámbitos para salas de diálisis (tabla 7).

Tabla 6. Verificadores de gestión correspondientes a las características obligatorias registrados en la auditoría interna en comparación a la fase previa a la implementación del SGC.

VERIFICADORES	ESTÁNDAR	ANTES DEL SGC	C/NC	DESPÚES DEL SGC	C/NC
Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de gestión de los reclamos	100%	Existía libros de reclamos, pero no una gestión o seguimiento de los mismos	NC	Existe un protocolo de gestión de reclamos.	C
Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la institución	100%	Noexistía manual de calidad	NC	Existe un SGC implementado, manual de calidad, procedimientos, protocolos, formatos.	C

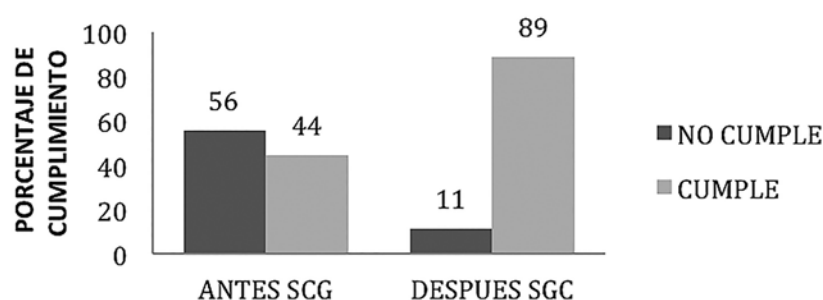
Existe un programa escrito de evaluación y mejora de prácticas clínicas de enfermería	≥ 66%	No existe programa escrito de evaluación de prácticas clínicas	NC	No existe programa escrito de evaluación de prácticas clínicas	NC
Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia	100%	No existe registro de algún procedimiento aplicado en situación de emergencia	NC	Existe procedimientos de emergencias documentados, se registran los responsables	C
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el estado, de médicos que cumplen funciones permanentes	100%	Todos los profesionales están habilitados, existe respaldo de título en cada caso	C	Todos los profesionales están habilitados, existe respaldo de título en cada caso	C
Se constata la existencia de ficha clínica única	100%	El prestador cuenta con fecha clínica única	C	El prestador cuenta con fecha clínica única	C
Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos	100%	Existe constancia de mantenimientos preventivos de equipos	C	Existe constancia de mantenimientos preventivos de equipos	C
Se documenta un plan institucional de evacuación, que contempla al menos las funciones y responsables del plan en caso de incendio, sismo o inundación	100%	Existe un plan de contingencia solamente para centro médico, no así para la sala de hemodiálisis	N/C	Existe planes de contingencia para el centro médico y la sala de hemodiálisis documentada	C
Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados	≥ 75%	El laboratorio al cual se le compra los servicios se encuentra acreditado	C	El laboratorio al cual se le compra los servicios se encuentra acreditado	C

Tabla 7. Verificadores de gestión relacionados con la sala de diálisis, registrados en la auditoría interna en comparación a la fase previa a la implementación del SGC.

VERIFICADORES	ESTÁNDAR	ANTES DEL SGC	C/NC	DESPUÉS DEL SGC	C/NC
Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados	≥ 75%	El prestador, es quien realiza este procedimiento, es decir no compra esta prestación a terceros	NC	El prestador no está acreditado, se encuentra en proceso de implementación de un SGC	NC
Se escriben en documentos procedimientos de hemodiálisis y los responsables de la aplicación	≥ 66%	El prestador aplica protocolos y normas por conocimiento, pero no están documentados	NC	Existen procedimientos hemodiálisis documentados, responsables asignados, se definieron indicadores y estándares para futuras evaluaciones	C
Se describen en documentos las prácticas clínicas para prevenir infecciones asociadas a hemodiálisis y evalúa su cumplimiento	≥ 66%	El prestador mantiene un manual de prevención de infecciones asociadas a hemodiálisis, pero no evalúa su cumplimiento	NC	No se evalúa el cumplimiento de las prácticas clínicas relevantes para prevenir infecciones, asociadas a hemodiálisis	NC
Se describen en documentos un programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis	100%	Se realiza control de calidad del agua, pero no está documentado el programa	NC	El prestador cuenta con un programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis documentado	C

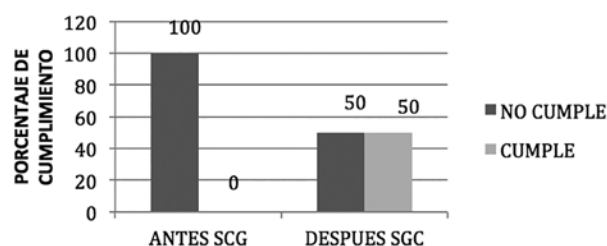
En función de esta medición de verificadores se observa claramente en la figura 5 que mediante la implementación del SGC se consiguió que, de un 44% de cumplimiento inicial se incrementa a un 89% de lo exigido en el manual.

Figura 5: Grado de cumplimiento de verificadores de las características obligatorias, definidas en el Manual del Estándar de Acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.



Con respecto a la Sala de Diálisis, en la figura 6 se observan los resultados de la medición de verificadores, se obtuvo un avance del 0% al 50% de lo exigido en el manual. Este resultado demostró un progreso significativo después de la implementación del SGC, sin embargo es evidente que se deberá seguir trabajando para alcanzar el 100% de cumplimiento.

Figura 6. Grado de cumplimiento de verificadores para servicios de apoyo, específicamente centros de diálisis, de acuerdo al Manual del Estándar de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.



DISCUSIÓN

Calidad es un término que tiene múltiples definiciones, en este trabajo de investigación se consideró relevante lo expuesto por P. Crosby y J. Jurán [11], que encasillan al concepto de calidad como un ajuste a las especificaciones que responden a las necesidades del cliente y a la ausencia de deficiencias. Precisamente, para lograr la implementación de un SGC en la Institución de Salud de Salamanca, IV Región de Chile, se tomaron como marco regulatorio a los requisitos establecidos por la superintendencia de salud de Chile en la búsqueda de satisfacer las necesidades de los usuarios y de esta manera operar acorde con las recomendaciones de la autoridad sanitaria [8, 9].

Como se observa en la declaración de la política de calidad de la empresa, y se explicita en su misión y visión, la mejora continua estuvo centrada fundamentalmente en lograr el bienestar del paciente. Para objetivar el logro de esta meta, se realizó la aproximación desde varios puntos considerando a todos los factores que influyen en la calidad de un servicio [11]. Por ello fue importante contar con el personal capacitado, las mejores técnicas y equipos, así como también las buenas condiciones de la planta física, permitiendo por lo tanto que las atenciones dispensadas por los profesionales de la salud a los pacientes sean el resultado de una suma de acciones concretas, efectivas, eficientes y también accesibles. El modelo base usado para la implementación del SGC resultó totalmente aplicable en la práctica, permitiendo que paso a paso se fueran desarrollando cada una de las etapas, que posibilitaron cumplir a cabalidad con los objetivos específicos planteados en esta investigación. Un punto clave en la fase de puesta en marcha del SGC fue el liderazgo en la gestión, tal como lo enuncia Aja Quiroga en su trabajo “Gestión de información, gestión del conocimiento y gestión de la calidad en las organizaciones”; el directorio encabezó el proceso, motivando a los trabajadores para que se involucren y participen activamente [12]. Según lo recomendado en la guía de planeación del SGC bajo la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP 1000:2004 [13], fue mandatorio realizar la definición de la nueva documentación para describir los procesos de la institución; por ello se elaboró el manual de calidad, manuales de procedimientos, registros y formatos. Corroborando lo que indica la literatura, la creación de la estructura documental mejoró los procesos de la entidad en relación con la calidad de los servicios, y garantizó el cumplimiento de la normativa vigente [13]. La razón de ser de esta institución de salud regional es prestar un servicio dirigido al bienestar de sus pacientes siguiendo los lineamientos de la OMS [3]; por lo tanto, un punto clave fue

evaluar la satisfacción de los usuarios con el fin de efectuar una permanente retroalimentación y por supuesto la mejora continua [14]. Resultó muy gratificante para el directorio y el personal que cumple labor asistencial conocer el resultado de la encuesta, en la que los pacientes calificaron satisfactoriamente la atención recibida; demostrando así que el SGC se está implementando adecuadamente y de acuerdo a lo planificado, generando un impacto positivo en la comunidad. El alcance de este trabajo llegó a la fase de evaluación, la cual consistió en un plan piloto de auditoría interna que usó como herramienta de calidad la medición de indicadores seleccionados en la fase previa. Para iniciar dicho proceso fue requisito seleccionar un auditor cuyo trabajo, como está definido en el contexto asistencial consistió en obtener información precisa y completa sobre actividades específicas y realizar juicios determinantes sobre ellas [2, 12]. La implementación de un SGC no debe entenderse como el fin de un camino, sino como la oportunidad de establecer nuevas alternativas para mejorar la calidad de las prestaciones en salud [6, 13]. Por lo que esta institución deberá mantener el sistema mediante auditorías internas que serán realizadas de manera periódica, abrir un camino para postular al proceso de acreditación para prestadores de salud de atención abierta y obtener el reconocimiento público no sólo de la institución sino también de los profesionales que lo cumplan y demuestren. La implementación del SGC en la Institución permitió brindar un mejor servicio y dar bienestar a los pacientes de la comunidad de Salamanca que son usuarios de este centro. Este logro tiene una significancia aun mayor, ya que en su sala de hemodiálisis recibe a aquellos pacientes que estando en una etapa avanzada de insuficiencia renal, tienen como única alternativa para sobrevivir ser sometidos al tratamiento de hemodiálisis [15].

CONCLUSIONES

La implementación de un SGC garantiza que las características del servicio prestado cumplan con los requisitos del usuario, es decir, satisfaga sus necesidades y expectativas, por lo tanto se concluye que el trabajo de implementación del SGC realizado en esta institución de salud marca un hito en esta organización en el espiral de mejora continua. El haber desarrollado en la organización una serie de actividades, procesos y procedimientos encaminados a dar cumplimiento a los requisitos que la autoridad sanitaria ha establecido, permite que la comunidad de Salamanca tenga acceso a una atención más segura en los servicios que se brindan. La metodología usada en este estudio ha mostrado ser un marco efectivo para la implementación de un SGC y dejó sentadas las bases para que el centro sea sometido a un proceso de evaluación externa, que implica la acreditación por parte de agencias autorizadas por la Superintendencia de Salud de Chile. La política de calidad que refleja el compromiso de la dirección y el personal de la organización de salud constituyó un factor fundamental para completar con éxito la implementación del SGC, y esto junto con el aporte realizado por el presente trabajo constituyen la base de un sistema de calidad efectivo.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

DECA: idea de investigación, diseño del estudio, recolección de datos, análisis de datos, redacción del artículo. DPCA y GFAG: revisión bibliográfica y redacción del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

-Doris Eliana Calderón Alemán. Doctora en Bioquímica y Farmacia, Magíster en Análisis Clínico, especialista en Biotecnología. Docente de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca. Azogues, Cañar – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5982-0738>

-Deniss Paúl Calderón Alemán. Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Otorrinolaringología. Médico tratante del servicio de Otorrinolaringología. Hospital “José Carrasco Arteaga”. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4089-1138>

-Galo Fernando Andrade Granda. Doctor en Medicina y Cirugía, becado Obstetricia y Ginecología. Universidad de Chile – Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. Santiago de Chile – Chile.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5615-0935>

ABREVIATURAS

SGC: Sistema de gestión de calidad; C: cumplido; NC: no cumplido.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Leticia Luna, Profesora Titular del Programa de Análisis Clínico en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso de Chile, por su tiempo, su apoyo, así como por la sabiduría que nos transmitió en el desarrollo de esta investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Calderón DE, Calderón DP, Andrade GF. Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en una Institución de Salud en Salamanca – Chile. Rev Med HJCA 2016; 8(2): 123-131. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.2.ao.20>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <http://publons.com>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corripio F. Diccionario etimológico general de la lengua castellana. Décima ed. Barcelona: Bruguera S.A.; 1979.
2. Zancajo J. Propuesta de perfil competencial uniforme para evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios. Rev. Calidad Asistencial. 2001; 16 (208-14).
3. OMS. Quality of care. Aprocess for making strategic choices in health systems. Geneva: Geneva World Health Organization; 2006.
4. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Rev. Milbank Q. 2005 Diciembre; 4(691-729).
5. ISO 9000:2005 *Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario*. Tercera ed. 2005.
6. Osorio G. Guía de diseño implementación del sistema de gestión de la calidad bajo la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP 1000:2004. Bogotá. 2007
7. Elaboración de planes de mejora continua para la gestión de calidad. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile. Serie de Cuadernos de Redes N°23,
8. Manual del Estándar para atención abierta. <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-7133.html> (Visitado el 04 de enero de 2014).
9. Manual del Estándar para Centro de Diálisis. <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-7135.html> (Visitado el 04 de enero de 2014).
10. Decreto Supremo N°15 del Ministerio de Salud de Chile: Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores institucionales de salud. promulgado el 19 de enero de 2007 y publicado en el Diario Oficial el 03 de julio de 2007. Última versión 23 de diciembre de 2013.
11. Miyahira JM. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible?. Rev. Med. Hered. 2001. 12 (3) 75-77.
12. Aja-Quiroga L. Gestión de información, gestión del conocimiento y gestión de la calidad en las organizaciones. Rev. Acimed. 2002. 10: 7-8.
13. Osorio G. Guía de planeación implementación del sistema de gestión de la calidad bajo la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP 1000:2004. Bogotá. 2006
14. Ruiz A. Guía de orientación para la realización de estudios de análisis de la demanda y de encuestas de satisfacción” Ministerio de Administraciones Públicas. Bogotá. 2006.
15. Guía Clínica Prevención Enfermedad Renal Crónica. 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a1bef2ae04001011f01678a.pdf> visitada el 11 de marzo de 2015.