

**AUDITORÍA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL
PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA IPS CLÍNICA CES.
PERÍODO 2009 -2010**

Gloria Yanet Vargas Gutiérrez c.c. 43'567.308
Alejandra María Zapata Henao. c.c. 43'251.728
Ángela Zuluaga G. c.c. 43'251.896

Asesora: Clara Inés Sánchez Franco

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE SALUD PUBLICA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 54
MEDELLÍN – ANTIOQUIA. 2011**

**AUDITORÍA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL
PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA IPS CLÍNICA CES.
PERÍODO 2009 -2010**

Gloria Yanet Vargas Gutiérrez c.c. 43'567.308
Alejandra María Zapata Henao. c.c. 43'251.728
Ángela Zuluaga G. c.c. 43'251.896

Asesora: Clara Inés Sánchez Franco

Título al que aspira: Especialista en Auditoría en Salud

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE SALUD PUBLICA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 54
MEDELLÍN – ANTIOQUIA. 2011**

CONTENIDO

	N° Página
LISTA DE ANEXOS	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
MARCO TEÓRICO	7
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	35
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	69

LISTA DE ANEXOS

	N° Página
ANEXO 1 HERRAMIENTA DE AUDITORÍA IPS OBJETO DE ESTUDIO	49
ANEXO 2 INSTRUCTIVO DE AUDITORÍA IPS OBJETO DE ESTUDIO	52
ANEXO 3 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	61
ANEXO 4. INSTRUMENTO MODIFICADO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN LA IPS OBJETO DE ESTUDIO	63

RESUMEN

La Auditoría y la evaluación del cuidado de enfermería ha probado ser una estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios de salud, motivo por el cual se pretende realizar una monografía que permita conocer y estimar la auditoría de la calidad de la atención del personal Auxiliar de Enfermería en la IPS Clínica CES, en el período 2009 -2010 y así evaluar la metodología para la realización de la auditoría, la adherencia a estándares institucionales y el diseño de una estrategia de auditoría en enfermería y una propuesta de socialización de los resultados obtenidos.

Este trabajo se justifica porque pretende brindar un aporte teórico y herramientas metodológicas, que impliquen evidencia empírica para ayudar a determinar si en el trabajo realizado por el personal Auxiliar de Enfermería se aplican los estándares de calidad de acuerdo al cumplimiento de guías y protocolos establecidos.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, y se tomó como universo al personal de Auxiliares de Enfermería que laboraban en la IPS Clínica CES de la ciudad de Medellín, durante los años 2009 y 2010.

Durante la investigación se encuentra que el nivel de adherencia del personal Auxiliar de Enfermería a los protocolos y procedimientos de enfermería en el cumplimiento de los estándares de calidad, según el instrumento de auditoría de historias clínicas, fue calificado como regular según la escala de calificación empleada en la institución y se evidenció que la información debe ser recolectada y consolidada por una persona que tenga esta responsabilidad claramente definida.

Palabras Claves

Auditoría en Salud, Enfermería, Mejoramiento Continuo, adherencia, protocolos de Enfermería

ABSTRACT

The nursing audit has proven to be a strategy for continuous improvement of health services, for which a monograph is intended to perform the audit to estimate the quality of care for nursing assistants in the IPS study CES Clinic the period 2009 -2010 and thus evaluate the methodology for conducting the audit, adherence to institutional standards and design of a nursing audit strategy and a proposal for the socialization of the results.

This work is justified because it seeks to make a theoretical contribution, which involves empirical evidence to help determine if the work of nursing assistants practice quality standards according to compliance guidelines and protocols.

We performed a cross-sectional study, and was taken as personal universe nursing assistants who worked on the CES Clinic IPS Medellin, during the years 2009 and 2010.

During the investigation it is found that the grip level of the auxiliary nurses to nursing protocols and procedures in compliance with the standards of quality, depending on the instrument audit of medical records, was classified as regular as the rating scale used in the institution and it was shown that the information must be collected and consolidated by a person who has this responsibility clearly defined.

KEYWORDS

Health audit, nursing, continuous improvement, adhesion, nursing protocols.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad que se aplica en Colombia, está compuesto por: el sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento continuo, el sistema único de acreditación y sistemas de información. Todos tienen un aspecto en común que es la auditoría, como herramienta gerencial para el funcionamiento de los procesos, estructura resultado e impacto de las acciones derivadas de un equipo de salud.

Para los profesionales de enfermería determinar o evaluar si los cuidados prestados y/o relacionados con la calidad de los servicios, cumplen con lo planificado, lo pactado y si estos han sido implementadas de manera efectiva, es un tema obligado del cuidado y del servicio prestado por estos profesionales; los efectos en la calidad han cobrado vital importancia en el posicionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas.

La auditoría de enfermería ha probado ser una estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios de salud, por lo cual este grupo de trabajo pretende realizar una monografía que permita estimar la auditoría de la calidad de la atención del personal de Auxiliares de Enfermería en la IPS Clínica CES de estudio en el período 2009 -2010 y así con esto evaluar la metodología para la realización de la auditoría, la adherencia a estándares institucionales y el diseño de una estrategia de auditoría de enfermería y una propuesta de socialización de los resultados obtenidos.

JUSTIFICACIÓN

La realización de este trabajo de investigación se justifica porque pretende efectuar un aporte de carácter teórico, que desde luego implica evidencia empírica para ayudar a determinar si en el trabajo realizado de las Auxiliares de Enfermería practican los estándares de calidad de acuerdo al cumplimiento de guías y protocolos de enfermería, este aporte consta de dos puntos de impacto: el conceptual y el operacional. El conceptual, por medio de la revisión sistemática de las principales definiciones de dicha construcción, en tanto que el operacional, por medio de la inspección de las fuentes de datos secundarios que han sido incluidas para evaluar la calidad del personal Auxiliar de Enfermería.

La auditoría de enfermería ha sido uno de los factores más importantes para determinar o evaluar si las actividades prestadas relacionadas con la calidad de los servicios, cumplen con lo planificado, lo pactado y si estas han sido implementadas de manera efectiva produciendo efectos en la calidad, esta última entendida como “un procedimiento documentado en el cual se establecen tanto las responsabilidades como los requisitos de la planificación y de su realización, también incluye el registro de la difusión de los resultados” (1)

La auditoría en enfermería “es una subárea de la auditoría en salud, que se basa en la revisión sistemática y la evaluación técnica de las prácticas de enfermería, como garantía de la calidad de la atención brindada al paciente, mediante las acciones correctivas y docentes emergentes” (2)

Resulta de gran importancia porque en el equipo de salud el personal de Enfermería mantiene un vínculo estrecho con los pacientes y con las demás unidades de atención generando impacto en el servicio prestado .y en los objetivos propuestos sobre calidad de atención.

Calidad de atención, entendida como la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los

recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable.

"Conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial que satisfagan por igual a administradores, profesionales y usuarios.

La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta ilustración está basada en la definición de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson”(1) y como consecuencia la disminución de glosas hospitalarias, el mejoramiento del cuidado de enfermería por parte de la auxiliar de enfermería, la percepción de los pacientes y la garantía de una atención más segura y confiable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Históricamente enfermería es una de las profesiones más antiguas y directamente relacionadas con la atención y cuidado en salud, los cuidados de enfermeros son parte fundamental del contexto total de la atención y, por este motivo, influyen decisivamente en la calidad general por la que se valora a una institución. Hoy nadie se atreve a negar la influencia que un buen servicio de enfermería tiene en una organización de salud y en que ésta obtenga unos buenos resultados. Sin embargo, es a veces difícil determinar y evaluar el impacto que estos cuidados de enfermería tienen en el total del servicio prestado.

Enfermería puede y debe hacer estas mediciones a través de la Auditoría de sus acciones en un contexto de autonomía y responsabilidad profesional propia, en relación de cooperación e interdependencia con otros profesionales. Y tal autonomía sólo es posible si se acompaña de una seguridad y calidad en la acción, un modelo y metodología propio que les guíe y sobretodo plasmado en unos registros que no son otros que la Historia Clínica del paciente, garantizando que los servicios se presten en los niveles de calidad idóneos e incluso tendiendo a la excelencia.

De acuerdo a lo anterior, es de gran importancia la investigación en este tema debido a que las instituciones de salud se ven cada día más obligadas a establecer acciones encaminadas a realizar auditorías realmente efectivas que permitan detectar fallas en los procesos y realizar planes de mejoramiento a las mismas con el fin de generar impacto en las instituciones donde se realizan, tales como lograr la disminución de glosas hospitalarias, mejorar la calidad de la atención de la auxiliar de enfermería, la percepción de los pacientes y brindar atención segura y confiable.

La Investigación sobre las auditorías de calidad efectivas a auxiliares de enfermería es pertinente en la medida en que estas últimas se concentran en

un porcentaje alto dentro del total de la población, teniendo en cuenta que el volumen de personal de Enfermería es aproximadamente el 50% de la plantilla de un hospital, dada la continuidad de la asistencia que presta y el porcentaje del presupuesto global que utiliza, se hace absolutamente necesario que los directivos de enfermería establezcan sus propios sistemas de control para conocer de forma sistemática y periódica, que calidad de servicio se está ofreciendo en comparación con estándares previamente elaborados (³), dado que las acciones implementadas a este personal muestran impacto en la seguridad de los pacientes y por tanto en la política de la IPS objeto de estudio “modelo de seguridad del paciente” y en los protocolos existentes en la misma, debido a que el trabajo de enfermería es óptimo según la utilización de procedimientos y protocolos y en consecuencia la mejor utilización de los recursos, la disminución de costos, continuidad del servicio, mejoramiento de la calidad, seguimiento a estándares y disminución de eventos adversos.

Es útil también porque al consolidar la información de la fuente de datos secundarios obtenidos por la institución y los procesos de evaluación permiten arrojar información para la socialización al personal de enfermería, toma de decisiones y la realización de planes de mejoramiento continuo.

La investigación se realizó con base a las auditorías realizadas al personal Auxiliar de Enfermería de la IPS objeto de estudio, con el fin de responder a la pregunta sobre si el trabajo de estas cumple con los estándares de calidad y seguridad del paciente, de acuerdo al cumplimiento de guías y protocolos de enfermería

OBJETIVO GENERAL

Estimar el nivel de adherencia de las Auxiliares de Enfermería a los protocolos y procedimientos de enfermería en el cumplimiento de los estándares de calidad, durante la atención al usuario en la IPS Clínica CES, entre 2009 y 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el cumplimiento de los requisitos exigidos para el diligenciamiento de los registros oportunos de la historia clínica, según las normas institucionales.
- Verificar la adherencia a los protocolos y guías de medicamentos y procedimientos, por parte del personal Auxiliar de Enfermería de la IPS, Clínica CES
- Establecer el grado de satisfacción del usuario durante el cuidado de enfermería

MARCO TEÓRICO

Históricamente el enfoque del cuidado de enfermería, sus características y elementos son claves indispensables para la comprensión de la profesión de la enfermera actualmente.

Al remontarnos al cuidado y prácticas cuidadoras, que en todas las etapas han estado ligadas a la conservación de la especie humana y a las prácticas de cuidados relacionadas con los determinantes espacio-temporales, han sido asumidas de forma preferente por la mujer a lo largo de la historia, primero en el ámbito doméstico y después en otros ámbitos. Podemos decir que los elementos del cuidado han sido una constante histórica, ya que desde el comienzo de la humanidad surgen con carácter propio e independiente para asegurar la continuidad de la vida y enfrentarse a la enfermedad y la muerte.

En este sentido la significación histórica de los "cuidados", es tan obvia como la propia existencia del hombre, con tiempos de larga duración y estructuras profundas y estables, sin relegar las adaptaciones coyunturales oportunas.

Los auténticos orígenes de la enfermería se pierden en el principio de los tiempos. Las actividades más primitivas para, "dar cuidados", son una acción ligada a cualquier forma de vida y proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de supervivencia de los seres humanos, de la continuidad de la vida en grupo, del desarrollo y mantenimiento de la vida.

Cuidar es por tanto "conservar la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, que se manifiestan de diferentes maneras según los grupos y civilizaciones.

Este cuidado tuvo un mayor aporte desde Florence Nightingale, una mujer de mentalidad científica, con un valor y empuje extraordinario que cambiaron la concepción de la Enfermería. e incorporó "elementos de los cuidados", que hoy incluiríamos dentro de los psicosociales y contempló aspectos físicos del color,

música y la influencia del cuerpo sobre el espíritu como medios de recuperación, que hoy se están retomando nuevamente por considerarse importantes para los cuidados.

Las enfermeras seguían considerando en estos momentos al hospital, como la antesala de la muerte, Florence Nightingale, se pronunció en sus escritos sobre la situación de los mismos y realizó observaciones sobre las modificaciones necesarias, de acuerdo a los conocimientos del momento. A pesar de todo el "arte de cuidar" quedó relegado, durante más de un siglo a tareas derivadas de los avances médicos que si vieron consagrado su prestigio. Florence Nightingale legó la idea de lo que es y no es la Enfermería como profesión.

Enfermería definida, según el Consejo Internacional de Enfermería, como aquella que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

De acuerdo a lo anterior podemos enfocar el contexto en el cual se desarrolla la auditoria de la calidad del cuidado brindado por el personal Auxiliar de Enfermería en la Clínica CES en el período 2009 -2010 caracterizándose por los siguientes elementos conceptuales: la atención en salud, como un conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”.

Durante este proceso de salud es importante tener claro el concepto de auditoría, definida como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluaciones del cumplimiento de estándares de calidad “concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”.(4).

Para tener un mejor claridad es preciso clasificarla según su enfoque; en primer lugar, la auditoria de la salud aborda todo el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso, resultados e impactos del equipo multidisciplinario de salud; en segundo lugar, la auditoria de enfermería está relacionada con auditoria de la salud, pero tiene su punto objetivo en el acto de enfermería; en tercer lugar, la auditoría interna “es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita.

Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna” (5); en cuarto lugar, la auditoría externa, “es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada.

Igualmente, es propósito verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa” (6); en quinto lugar, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. La importancia del mejoramiento

continuo radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización.

Por medio del mejoramiento continuo se logra ser más productivo y competitivo en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

Los primeros estudios sobre la calidad se hicieron en los años 30 antes de la Segunda Guerra Mundial, la calidad no mejoró sustancialmente, pero se hicieron los primeros experimentos para lograr que ésta se mejorara. Durante la historia muchos padres de la calidad han hecho su aporte a lo largo de la historia, para lo cual citamos algunos: En primer lugar, James Harrington (1993), para él mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso, en segundo lugar, Fadi Kabboul (1994), define el Mejoramiento Continuo como una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las empresas de los países en vías de desarrollo cierran la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado, en tercer lugar, Abell, D. (1994), da como concepto de Mejoramiento Continuo una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado (tomado del Curso de Mejoramiento Continuo dictado por Fadi Kbbaul).

En cuarto lugar L.P. Sullivan (1CC 994), define el Mejoramiento Continuo, como un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de las organización a lo que se entrega a clientes y por último, Eduardo Deming (1996), según la óptica de este autor, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección

nunca se logra pero siempre se busca. El Mejoramiento Continuo es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a lo largo del tiempo. Este mejoramiento continuo de la calidad comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección. (6)

Dentro de estos protocolos de seguimiento encontramos un término muy común conocido como estándar, que para el propósito de la auditoría el estándar se define como: el referente que los auditores tienen para comparar (7). La definición refleja la característica de "modelo, patrón de medida, valor tipo o regla de determinada actividad": los estándares son promedios de los valores observados en la evaluación, muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable, en general se trata del cumplimiento de las normas mínimas establecidas. (8). Para evaluar los estándares de buena asistencia (7) se puede utilizar las siguientes fórmulas: Suficiencia (S) = $(\text{Criterios establecidos que se cumplen} / \text{Total de criterios que están establecidos}) \times 100$, Eficacia (E) = $(\text{Criterios establecidos que se cumplen} / \text{Todos los criterios que están registrados}) \times 100$ y Competencia = $((S \times E / 100) + S / 2) \times 100$.

Son múltiples las metodologías para la evaluación de la calidad, esta utiliza para ello la selección de actividades y/o problemas de salud que puedan ser considerados como "trazadores" para el proceso, y métodos participativos para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación, en los que interviene el propio personal de la institución objeto de la misma, y se refieren no sólo a los resultados de la atención, sino también a la estructura y el proceso. Se incluye la opinión de los usuarios del servicio. La aplicación de esta metodología permite un mayor compromiso de los proveedores de los servicios con los resultados del proceso y con las medidas correctoras que de

él deriven, por lo que se hacen más factibles las soluciones a los problemas que se detecten.

Elevar la calidad de la atención en salud constituye una de las directrices específicas en los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población en el país. Es indispensable en un proceso de evaluación de la calidad, que el personal de las unidades queden informados acerca del proceso y participe en él.

Con relación a la esfera de los servicios, y dentro de ellos, los de salud, la evolución del control de la calidad ha sufrido diversas transformaciones, desde la tendencia a la inspección de la calidad mediante normas y medidas, predominante en la etapa de la Revolución Industrial, pasa por el control estadístico de la etapa de 1930 a 1949; el aseguramiento de la calidad mediante programas y sistemas en la etapa del 50 al 79, donde existía el convencimiento de que la calidad se construía desde la administración; hasta la etapa desde los años 80' hasta nuestros días, en que se habla de una administración estratégica de la calidad, con una movilización de toda la organización hacia el logro de la calidad, y el convencimiento en las organizaciones de que la calidad se administra.

Para aplicar los términos actuales de garantía de la calidad o mejora continua de la calidad, ninguna definición es de utilidad, si no va acompañada de cómo o con qué puede ser medida. Sin embargo, al existir gran cantidad de definiciones de calidad es de suponer que existían también gran variedad de esquemas de dimensiones, factores, componentes o atributos, que pueden ser medidos para tratar de caracterizar la calidad de un servicio asistencial.

Son muchos los atributos o dimensiones de la calidad que aparecen reflejados en la literatura, pero los que son de mayor utilidad en nuestro medio se refieren a: competencia y desempeño profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación y continuidad.

Es necesario operacionalizar estos atributos según el contexto de cada institución de servicios de salud. Para poder evaluar diferentes atributos de calidad en instituciones de salud, debemos contar con una participación activa en el proceso de los trabajadores de la propia institución.

Para que esta participación sea efectiva es importante tener en cuenta algunas definiciones: en primer lugar, la calidad de la atención o calidad asistencial: entendida como actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida. En segundo lugar; las dimensiones de calidad, atributos o componentes de la calidad. Los que aparecen más frecuentemente en la literatura son: eficiencia, efectividad, calidad técnico científica (competencia y desempeño profesional), accesibilidad y satisfacción o aceptabilidad del usuario; en tercer lugar, criterios de calidad: característica observable que permite conceptualizar lo que significa una buena práctica. Pueden ser: implícitos (los que reflejan lo que debía hacerse por un buen profesional en una situación determinada), y explícitos (especifican en su enunciado las condiciones a seguir en una determinada situación, y son resultado de un proceso de discusión y consenso entre los profesionales implicados).

También es importante tener presente los indicadores de calidad, parámetro susceptible de evaluación, que puede identificar problemas y/o variaciones en los modelos de actuación en la práctica profesional; en sexto lugar, problema de salud trazado, problema específico que puede servir de patrón para evaluar la atención que se brinda en el sistema de salud; en séptimo lugar, actividad trazadora, aquella actividad que por su frecuencia, importancia, repercusión en la salud y/o satisfacción de los usuarios, posibilidad de modificarse de acuerdo con la calidad con que se realice, puede servir de patrón para evaluar la calidad del servicio que se brinda en una institución.(9)

El procedimiento para la determinación y evaluación de estándares de calidad requiere del diseño y aplicación de un procedimiento compuesto por cuatro fases y pasos cuyo objetivo es implementar un sistema de evaluación a través de estándares e indicadores de calidad, desde la perspectiva de las tres dimensiones de calidad planteadas en el modelo desarrollado por Donabedian, (1966), diferenciando tres áreas, a saber: la estructura, procesos y los resultados, que permita obtener información sobre los principales problemas a estudiar en los procesos de la atención en salud, con el propósito de indagar sobre la capacidad de las instituciones para la implementación del sistema de monitoreo; el análisis de la variación en los procesos identificados para el seguimiento, el establecimiento de acciones de mejora de los procesos y resultados, en términos de efectividad, eficiencia y el cumplimiento de las normas mínimas de la calidad.

Los servicios de salud están evolucionando continuamente en todo el mundo, con el propósito de satisfacer las necesidades cambiantes de la población a la que asisten, estos han sido objeto de continuo mejoramiento y reformas. "En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio, por lo que el término "excelencia" empieza cada vez más a encontrar un espacio en el campo de las administraciones sanitarias como un concepto indispensable en las organizaciones y direcciones de las mismas" Ruelas Barajas, 1990. Un sustento importante para lograr estos resultados en todas las instituciones sanitarias es el desarrollo de un proceso de evaluación que nos permita: identificar, cuantificar, valorar y comparar comportamientos, situaciones y actuaciones, es por ello que se hace necesario fortalecer institucionalmente a los servicios de salud para que puedan constituir y desarrollar una cultura de promoción, evaluación y resguardo de la calidad de la atención.

Por estas razones las instituciones de salud deben contar con un sistema de evaluación como complemento al desarrollo de una infraestructura de calidad, que permita por medio de instrumentos metodológicos estandarizar variables

y/o Indicadores, criterios, requisitos o prácticas que faciliten la medición de la eficacia de los procesos, la toma de medidas oportunas que conlleven a: un mejoramiento continuo de la calidad de los servicios sanitarios, cumplimiento de las Buenas prácticas de distribución y alcanzar niveles óptimos de calidad para lograr servicios de "Excelencias".

La preocupación por la calidad asistencial es tan antigua como el propio ejercicio médico, las experiencias de evaluación de la misma se remontan a Mesopotámica, el código que regulaba la atención médica se encontró en Babilonia e incluía las multas que se impondrían cuando se produjeran malos resultados. Los primeros estándares de práctica médica datan de la misma época, y aparecían en el papiro de Edwin Smith. Al comienzo de los años cincuenta la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, comienza al exigir unos estándares a los hospitales, explicita qué centros tienen capacidad para hacerlo bien. En la actualidad la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) considera en su proceso de acreditación, además de la estructura, la gestión de los recursos humanos, la orientación al paciente y la mejora de los procesos.

En la Primera Cumbre de las Américas celebrada en Miami, Estados Unidos de América, en diciembre de 1994, los Gobiernos de la Región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de reforma del sector de la salud mecanismos para evaluar la calidad con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los servicios básicos de salud y de mejorar la calidad. Al año siguiente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la participación de otras agencias internacionales, patrocinó la Reunión Especial sobre Reforma del Sector de la Salud donde se establecieron sus criterios rectores, basados en los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Desde entonces, el mejoramiento de la calidad ha sido uno de los objetivos proclamados de las reformas del sector de la salud.

La evaluación de un producto o servicio siempre es compleja de evaluar. La razón es simple, la medida de la calidad puede abordarse desde muy diferentes perspectivas y tiene multitud de posibles soluciones. Cuando se evalúa la calidad de la asistencia, se contemplan a un tiempo elementos de la estructura (se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros), del proceso (corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención) y de los resultados (representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados), de acuerdo al modelo desarrollado por Donabedian. Y para ello nada mejor que recurrir a estándares y/o indicadores, tarea que encierra una dimensión técnica (pertinencia, especificidad y sensibilidad) y una dimensión política (aceptabilidad para los distintos actores involucrados).

Por esta razón, para hablar de calidad de la forma más objetiva posible, se debe primero definir qué entender por esa calidad, segundo especificar cómo se va a evaluar esa calidad y tercero dejar claro qué nivel de calidad se desea y, si se puede alcanzar. El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento, de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. Para alcanzar estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales.

Después de analizar los criterios planteados sobre los sistemas referidos, se concibió y desarrolló un procedimiento general para la gestión de un sistema de evaluación y determinación de estándares e indicadores de calidad para las instituciones de salud, el cual debe convertirse en una herramienta de intervención profesional por los propios actores del sistema ya que en el mismo

se contemplan todos los elementos que propician el desarrollo de acciones de diagnóstico y mejoras en los procesos.

El procedimiento para la determinación y evaluación de criterios, estándares de calidad en las instituciones de salud está compuesto por cuatro fases y 12 pasos, con el enfoque de las tres dimensiones de la evaluación de la calidad en la salud (estructura, procesos y resultados) sobre la base de estas se estructuran las acciones a realizar.

La primera fase consiste en la caracterización de la entidad como objeto de estudio, organización del proceso de evaluación. Esta fase tiene como objetivo caracterizar la organización objeto de estudio para una mejor comprensión de la investigación así como garantizar la preparación del proceso de evaluación y determinación de criterios, estándares e indicadores de calidad logrando el involucramiento, información, comunicación de todo el personal interesado, la creación de los equipos de trabajo, así como su entrenamiento y capacitación para llevar a cabo con éxito el proceso. Durante esta fase se deben realizar los siguientes pasos:

Caracterización de la Organización Objeto de Estudio

Se debe señalar ubicación de la institución objeto de estudio, relacionar los clientes, proveedores con los que cuenta la organización y caracterizar la composición de la fuerza de trabajo. Así mismo describir ciclo de vida del servicio en los procesos claves de la institución

Estrategias de Comunicación del Proyecto

Se implementa el plan de comunicación para que todos los involucrados e interesados en el proceso estén informados del papel que le corresponde y el rol que desempeñan en esta tarea, así como de conocer la importancia que tiene la implementación de estándares para la gestión de la calidad en la organización. Se utilizan herramientas actualmente disponibles para

comunicarse con el personal, como carteleras internas, publicaciones, correos electrónicos, y permitir la creación de nuevas herramientas. Se debe mantener a la alta dirección al tanto de la evaluación, para ello se programan en sus agendas reuniones de actualización del proceso de preparación.

Creación, capacitación y preparación de los Equipos de Trabajo

Se conforma el equipo con personal técnico, profesional y todos aquéllos que dentro de la institución, servicio o programa, tienen incidencia directa o indirecta en los resultados. Se debe valorar necesidades educativas del equipo y capacitarlos en función de las mismas. La formación básica deberá incluir conceptos claros sobre los sistemas, controles obligatorios para la garantía de calidad, las normas básicas, regulaciones, procedimientos, principios internacionales para estándares de atención en salud y los requisitos que deben cumplirse.

Así mismo evaluar experiencias de otras organizaciones similares para aprender y(o) encontrar todos los aspectos valiosos durante y después del proceso de identificación, evaluación de los estándares de calidad y planificar aspectos logísticos, lugar de reuniones, frecuencia, agendas, tiempos en los que estas se deben llevar a cabo, establecer plazos para las revisiones y evaluaciones del comportamiento de los estándares de calidad.

En la segunda fase se realiza la definición de criterios, diseño de indicadores y estándares de calidad, formas de evaluación de los mismos

Esta fase constituye el centro del procedimiento ya que teniendo en cuenta las tres dimensiones de la calidad se definen criterios y diseñan indicadores, estándares de calidad, para: las entradas (estructuras), procesos y resultados, los que nos especifican como vamos a evaluar la calidad, qué nivel deseamos y, si lo podremos alcanzar. Esta fase comprende los siguientes pasos:

Definición de los Criterios

Se identifican los objetivos que se persiguen en materia de calidad para las entradas, procesos y resultados, determinado cómo expresarlo de la forma más objetiva posible. Se debe verificar que los criterios reúnan los requisitos: explícito, dejar muy claro y sin lugar a dudas a qué se refiere, qué se pretende, debe estar expresado con claridad, objetividad, flexibilidad, capaz de adaptarse a cambios difícilmente previsibles, aceptado por los diferentes interesados (productores y clientes) y asegurarse de que en su elaboración participe el mayor número de personas y que todos los implicados acepten el criterio y que se comprometan a alcanzarlo.

Diseño de Estándares

Se define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad del proceso objeto de estudio, se verifica que por lo general no se prefijaron valores del 100 % de los estándares, dado en que siempre sucederán imprevistos que impedirán tal cumplimiento y se elabora una tabla donde se presente la información siguiente:

- Establecer una forma (normalmente en forma de un índice numérico que informe por dónde se va) para conocer si se alcanzan dichos objetivos en las entradas, procesos y resultados.
- Comprobar que los indicadores sean fáciles de diseñar y recolectar, enunciados con objetividad y de la forma más sencilla posible, que resulten relevantes para la toma de decisiones, que no impliquen un elevado grado de dificultad en su interpretación y que abarquen un amplio número de posibilidades, con el fin de construir un "cuadro de mando" que permita monitorear el indicador de forma sencilla y, definida para que todos los profesionales entiendan, midan lo mismo y de idéntica forma para que los términos usados en el indicador no induzcan a dudas, o sean susceptibles a diferentes interpretaciones.

- Identificar los factores que pueden explicar las posibles desviaciones en los mismos, teniendo presente todos los factores ajenos que puedan existir en el proceso de trabajo que afecten negativamente al indicador. Como problemas de competencia y desempeño, problemas de organización, uso de recursos disponibles, establecimiento y ejecución de mecanismos de apoyo, funcionalidad de la estructura organizativa.
- Determinar la fuente que proporcionará el dato.
- Proceder a elaborar una tabla donde se presente la información siguiente:
- Para desarrollar este paso puede apoyarse en las fuentes de información siguientes: revisión documental de resultados de inspecciones realizadas a la institución relacionadas con la calidad y el cumplimiento de las Buenas prácticas, resultados de evaluaciones del personal .Se podrán utilizar técnicas como: Observación directa, Entrevistas, encuestas, Tormentas de ideas, Diagrama causa efecto, entre otros.
- Es preciso combinar nociones metodológicas y un profundo conocimiento del sector de los medicamentos para lograr realizar una correcta definición de criterios, indicadores y estándares.

Periodicidad de evaluación los procesos

Se define la periodicidad de evaluación de los procesos teniendo en cuenta las interrogantes planteadas.

- ¿Cuáles son los procesos que presenten un alto riesgo para los pacientes u otros clientes?
- ¿Qué procesos se realizan más frecuentemente o en un alto volumen?
- Qué procesos no están funcionando bien o son propensos a generar problemas?
- Así mismo realizar una evaluación de la periodicidad de las evaluaciones de los procesos de acuerdo a los aspectos críticos identificados basado fundamentalmente en el análisis: de las interrogantes planteadas

anteriormente, proceder a elaborar una tabla donde se presente la información siguiente:

En la tercera fase se realiza la evaluación y calificación de los criterios de calidad.

Esta fase tiene como objetivo el análisis de los criterios de calidad frente a los niveles desempeño propuesto (estándares / indicadores) en los procesos objeto de evaluación y su calificación atendiendo a su comportamiento. Los pasos son los siguientes:

Evaluación de los criterios

Se da lectura a todos los criterios, estándares para su interpretación y entendimiento de los mismos. Se calculan los indicadores planteados para identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico de la situación actual.

Es fundamental para la discusión de los resultados alcanzados de la evaluación de los estándares de calidad propuestos que los equipos respondan las preguntas siguientes.

- ¿Cuáles son los procesos a través de los cuales la organización obtiene el cumplimiento de los estándares?
- ¿Qué, de lo que se hace, es un hecho o una evidencia de cumplimiento de los estándares?
- ¿Hacia dónde se van a enfocar las energías?

Calificación de los criterios

Se debe examinar cuidadosamente para la calificación el grado de cumplimiento del criterio de acuerdo al estándar establecido para comprobar si

es aceptable o no el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso, atendiendo a las situaciones que se explican a continuación:

Si el valor del indicador se encuentra dentro del rango significa que se está cumpliendo con el criterio de calidad que se había definido y que las cosas transcurren conforme a lo previsto. Es decir que se cumple con el objetivo de calidad, por lo que se califica como una fortaleza para la organización.

- Si, por el contrario, se comporta por debajo del rango significa que no se cumple con el compromiso de calidad y se debe actuar en consecuencia, esta situación será calificada como una debilidad para la organización.
- Por el contrario, si está por encima, o bien se tendrá que redefinir el criterio o, se estará gastando (en términos de esfuerzo) más de lo que era necesario.

Es necesario que los estándares se mantengan en niveles aceptables, idealmente, que presenten una clara tendencia de mejora, es indispensable evidenciar la obtención de umbrales aceptables en el comportamiento de los mismos, con vista a lograr servicios de excelencia.

En la fase 4 se realiza el mejoramiento de los procesos

Esta fase tendrá como propósito incentivar el mejoramiento como cultura organizacional y asegurar los procesos mejorados. Y se realizan los siguientes pasos:

Definir las causas de los incumplimientos de los criterios

Se definen claramente los procesos donde se reflejan los mayores incumplimientos de los estándares. Así mismo se relaciona y establece prioridad de las causas que propician los incumplimientos de los criterios de calidad propuesto, para la primera utilizando diferentes técnicas como: tormentas de ideas, diagrama causa efecto y observación directa, etc.

Diseño y documentación de acciones de mejoras para el cumplimiento de los criterios de calidad

Se planifica, documenta y estandariza acciones preventivas, correctivas para sostener el cambio y mejorar la calidad de los procesos teniendo en cuenta los elementos que se presentan a continuación:

- Comunicar a la organización los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad, con el propósito de incentivar el mejoramiento como cultura organizacional y asegurar los procesos mejorados.
- De no modificarse las desviaciones de los estándares de calidad según lo esperado, deberá discutirse en colectivo el programa para su reevaluación y adecuación de acuerdo con las necesidades.

Aplicar las mejoras propuestas para el cumplimiento de los criterios de calidad

Se deben aplicar las acciones de mejora propuestas para cada criterio de calidad y evaluar el cumplimiento de estas acciones de mejoras en las revisiones por la dirección del sistema de Gestión de la calidad. (10)

El Proceso de Atención de Enfermería, P.A.E, es un método que le permite al personal de enfermería estructurar el cuidado de una forma racional, lógica y sistemática. Tiene sus orígenes desde 1955 cuando se consideró como proceso con varias etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación pasos secuenciales, relacionados entre sí, aplicables a todo paciente, necesarios para una atención integral. ⁽¹¹⁾

Actualmente los conocimientos sobre teorías y modelos de Enfermería son impartidos, en las universidades, en las asignaturas de Fundamentos de Enfermería, Teorías de Enfermería, Bases Conceptuales y Proceso de Enfermería. Este proceso, basado en una teoría o modelo de enfermería, se imparte desde la primera experiencia clínica, donde el alumno comprende que

trabajar desde un marco conceptual propio y con el método científico aplicado a las características y peculiaridades del paciente permitirá más adelante a estos profesionales asociar criterios, ahorrar tiempo, facilitar decisiones y unificar un lenguaje profesional. (12)

Teniendo como base que se debe definir un proceso de enfermería para lograr mejores resultados en la prestación del servicio, se debe buscar la adherencia al mismo, teniendo en cuenta que, según el Diccionario de la Real Academia de la lengua Española se entiende por adherencia el “someterse a un deseo, petición u orden de otra persona” (13). Dracup & Meleis (1982) la definen como “el grado en el cual un individuo opta entre diferentes conductas que coinciden con una prescripción de salud” y la definió en los artículos sobre adherencia como “conductas cooperativas” (14)

Otros la definen como un proceso de cambio de conductas por el cual pasa el usuario, en el cual es posible identificar tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación y c) Etapa de incorporación. Se considera la adherencia como un proceso de cambio de conductas por parte de las enfermeras, que puede declararse o manifestarse, y sobre la cual se intervendrá con capacitación como tratamiento experimental. (15)

Con todo esto, se busca lograr la calidad de la atención en salud, la cual se define como: “El desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.”(16) O la más conocida: “Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica”. (17

En Colombia, el Ministerio de Protección Social en su Decreto 1011 del 2006, por el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad, enfatiza que las acciones que se desarrollen deben estar orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, buscando su seguridad frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio, asegurando actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos prioritarios, a través de procesos de auditorías sistemáticas y estableciendo indicadores de calidad que son de obligatorio reporte. (18)

La Resolución 1043 del 2006, Sistema Único de Habilitación, del Ministerio de Protección Social, define: “Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos” (19) que incluyen los estándares y protocolos. Los primeros, definidos como el valor que toma un criterio y que actúa como límite entre lo aceptable y lo inaceptable. “El estándar, al igual que el criterio, puede ser ideal o empírico. A su vez, los estándares ideales pueden dividirse en <óptimos> y <absolutos>. Mientras que los estándares ideales y absolutos únicamente aceptarían valores de 0 ó 100% frecuencias del 100% o del 0%, los ideales y óptimos permiten valores intermedios o frecuencias que estarían basadas en los resultados de las mejores instituciones u opiniones de expertos.

Los estándares empíricos suelen ser promedios de resultados obtenidos de estadísticas o encuestas de instituciones similares. Al igual que con los criterios, al decidirse por emplear estándares empíricos o ideales hay que tener en cuenta los problemas de conformismo o frustración que respectivamente

conlleven. Aunque es necesario fijar correctamente todos los estándares a utilizar, de poco serviría hacerlo si estos no son consensuados o aceptados por clínicos.

Enfermería incide en los resultados del sistema de salud, al controlar los factores de estructura y proceso mediante instructivos elaborados para tal efecto, lo que a su vez utiliza en la retroalimentación del sistema. Con frecuencia son variados los resultados del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) el impacto económico (eficiencia); todos los procedimientos donde enfermería participa se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud". (20)

Los protocolos, definidos por la real academia de la lengua Española como un plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica. Así mismo los protocolos de enfermería precisan el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente. Además, permite su utilización como prototipo de medida a la hora de evaluar la actuación protocolizada desde el mismo protocolo, es decir, aporta criterios de cumplimiento propios, así como posible toma de decisiones. Describen actuaciones ordenadas en el tiempo con la finalidad de cubrir todo el proceso necesario para una determinada actividad en la que intervenga el personal de enfermería, pudiendo esta actividad pertenecer al área de conocimiento propia, o de colaboración con otros profesionales.

Para que estos puedan ser considerados de calidad deberán cumplir los siguientes requisitos: ser ordenados, precisos, detallados, simples, escritos y que utilicen un formato único, con el fin de definir el cambio esperado o la conducta a observar en el estado de salud, nivel de independencia en los

cuidados y su entorno mediante los cuidados de enfermería, así como el grado de satisfacción de los pacientes.

En la actualidad la medida de la satisfacción de los pacientes con los cuidados de salud o servicios sanitarios recibidos es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad de la atención prestada. Pero también es una forma de participación de los usuarios en el Sistema de Salud, al expresar su percepción y valoración de los servicios por tanto según Avedis Donabedian (1984): “la efectividad del cuidado... en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura en particular, es el valor último de la calidad del cuidado”. La idea de calidad del producto debe partir del concepto del propio producto, nace en la filosofía del cuidado enfermero. No puede, por tanto, centrarse el control en acciones puntuales, como encuestas de satisfacción del usuario, ni tampoco sobre el personal aunque sean elementos importantes a tener en cuenta.

La acogida del paciente, así como la despedida al alta, la alimentación ajustada a necesidades, a la temperatura adecuada, con una presentación digna e incluso adaptada a gustos; la vigilancia de un ambiente de confort y agradable, así como de una escrupulosa limpieza, el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas de forma idónea y en tiempo correcto, información en los registros de enfermería de todos los datos necesarios; un trato educado y en lo posible amable..., son puntos de posible medición que afectan a la calidad de atención, aunque ésta esté siempre sujeta a la propia valoración de la calidad del propio paciente. (1)

Calidad de atención definida en este trabajo según dos ámbitos legales en primer lugar en Colombia según el Decreto número 1011 de 2006, del 3 abril 2006 por el cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el artículo 2 como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y

colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (16) y en segundo lugar según la Ley 266 de 1996 del Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. Por medio del cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Artículo 19 de la calidad de atención de enfermería con el fin de asegurar un cuidado de enfermería de calidad científica, técnica, social, humana y ética se cumplirán las siguientes disposiciones:

“El ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se ejercerá dentro de los criterios y normas de calidad y atención y de educación que establezca la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, en concordancia con lo definido por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería y lo establecido por organismos gubernamentales. También se establece que la dirección de las facultades, escuelas de enfermería, instituciones, departamentos, carreras o programas que funcionen en las universidades y organismos educativos y cuya función se relacione con la formación básica del profesional de enfermería, estará a cargo de profesionales de enfermería.

Define que los profesionales de enfermería organizarán, dirigirán, controlarán y evaluarán los servicios de enfermería en las instituciones de salud, a través de una estructura orgánica y funcional. Igualmente, organizarán, dirigirán, controlarán y evaluarán las instituciones, centros o unidades de enfermería que presten sus servicios especiales en el hogar, comunidad, clínicas u hospitales en las diversas áreas de atención en salud. Así como también vigilarán la conformación cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos de enfermería que requieran las instituciones de salud y los centros de enfermería para su funcionamiento de acuerdo a los criterios y normas establecidas por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería”.

Por último establece disposiciones para el cálculo de personal de enfermería, basadas en normas nacionales e internacionales que tengan en cuenta el estado de salud de los usuarios, que demanden mayor o menor tiempo de atención de enfermería. ⁽²¹⁾

De acuerdo con lo anterior, se observa que la ley determina que los profesionales de enfermería vigilaran la conformación de los recursos de enfermería y evaluaran las unidades de enfermería que presten servicios de salud por esto y porque son las acciones de enfermería la que más honda repercusión tienen, en última instancia, sobre la calidad de la atención médica, y las que mejor son percibidas por la comunidad representada por el paciente y sus allegados. O sea que su actuación es interpretada, más que la de ningún otro de los participantes, como indicador de calidad por excelencia, (18) se ve la necesidad de incorporar herramientas para una eficaz labor administrativa como la auditoria de enfermería, que está directamente relacionada con el concepto de calidad de atención en salud y cuya finalidad es optimizar la prestación de servicios a través de la evaluación y continuo mejoramiento de los procesos.

Por tanto la auditoria de enfermería trae beneficios tales como el control administrativo para conocer exactamente la atención que brinda determinado servicio y si esta va encaminada al cumplimiento de objetivos propuestos. Así mismo, permite la realización de acciones, preventivas, correctivas, de mejoramiento y capacitación observables entre otras en el control de costos, mejor utilización de los recursos físicos, humanos de información con el fin de mejorar la productividad de los servicios. Con este control se demuestra un especial interés para detectar y analizar problemas concretos a partir de la revisión retrospectiva de las historias clínicas. ⁽²²⁾

Uno de los aspectos relevantes es que a parte de la revisión de historias clínicas, es importante tener en cuenta también la monitorización de los recursos humanos y materiales, del riesgo, y de la opinión del usuario esto podrá establecer acciones de mejoras en caso de ser necesarias durante el trabajo de enfermería.

Se puede lograr un trabajo de enfermería que cumpla con los estándares de calidad, si el personal de enfermería en especial las Auxiliares de Enfermería que son el último eslabón en la prestación del cuidado y por tanto quienes tienen el contacto directo con el paciente prestaran una asistencia con los conocimientos claros sobre sus fortalezas y debilidades aplicando correctamente los estándares y centrando su atención en el enfermo durante la prestación del servicio

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio descriptivo transversal

POBLACIÓN OBJETO

UNIVERSO: Se tomó como universo al personal de Auxiliares de Enfermería que laboraban en la IPS Clínica CES de la ciudad de Medellín, durante los años 2009 y 2010. No se tuvo en cuenta la población de enfermeras, teniendo en cuenta que la institución no cuenta con instrumentos para evaluar a las enfermeras profesionales.

MUESTRA: Por ser un grupo reducido de Auxiliares de Enfermería, se decidió tomar toda la población como muestra; teniendo entonces un total de 100 formatos de auditoría en la IPS objeto de estudio

VARIABLES:

Ver anexo 1

PRUEBA PILOTO

Por ser un estudio retrospectivo, el instructivo ya existía, por lo tanto prueba piloto no se aplicó en este estudio.

INSTRUMENTO

Se utilizó la herramienta de trabajo de la IPS objeto de estudio. Ver anexo 2.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Durante los meses de marzo, abril y Mayo de 2011 las autoras de este trabajo analizaron los datos encontrados en las evaluaciones del personal Auxiliar de Enfermería realizadas en el período 2009 y 2010 de la IPS objeto de estudio.

La herramienta de evaluación consta de un instructivo para el diligenciamiento objetivo durante la auditoría. Ver anexo 2

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenidos los datos correspondientes a las 100 evaluaciones realizadas a las Auxiliares de Enfermería, se ingresaran a una base de datos en Excel 2007, donde se procesaran y se obtuvo la información estadística para llevar a cabo el análisis.

Las variables de este estudio corresponden al nivel de medición nominal, y a estas se les calcularan las frecuencias relativas, la proporción, la razón, y los intervalos de confianza respectivos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo pretende determinar si el servicio y cuidado de enfermería brindado por el personal Auxiliar de Enfermería cumple con los estándares de calidad, de acuerdo al cumplimiento de guías y protocolos de enfermería. Por medio de este análisis se pretende contribuir al conocimiento en beneficio del paciente y así mismo con los resultados obtenidos se realizara una propuesta a la IPS objeto de estudio para socializar los resultados de las evaluaciones y que con los datos obtenidos la institución pueda implementar planes de mejoramiento a nivel administrativo y de calidad del servicio.

Teniendo en cuenta este objetivo, esta investigación se clasifica como investigación sin riesgo ya que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, por lo cual se tendrán en cuenta los principios éticos y las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, correspondiente a la Resolución Ministerial 008430 de 1993, con la cual se respetaran en todo la confidencialidad de la información suministrada por la IPS objeto de estudio.

Por lo anterior queda claro que esta investigación no requiere de consentimiento informado para la población objeto de estudio, dado que los datos obtenidos son de fuentes secundarias.

Para lograr los objetivos propuestos en este trabajo fue necesario tener en cuenta en todo momento los tres principios éticos según el código de BELMONT del 18 de abril de 1979 (principio de beneficencia, principio de respeto a la dignidad humana y principio de justicia). Los datos adquiridos en

estas evaluaciones no serán publicados bajo ninguna circunstancia a personas ajenas a la IPS objeto de estudio. Así mismo la información obtenida de esta investigación será absolutamente confidencial, en esta medida la evaluación no divulgará ni el nombre ni datos de identificación ni de la Auxiliar de Enfermería ni de la institución.

Los beneficios que recibe la IPS objeto de estudio en la actual investigación no serán de tipo individual sino colectivo. El personal evaluado según la herramienta no recibirá por lo tanto, ninguna remuneración o bonificación económica ni en dinero ni en especie por su participación en la presente investigación.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

A continuación se describe lo encontrado en la consolidación de las Auditorías de Enfermería, realizadas al personal Auxiliar de Enfermería de los servicios asistenciales de la Clínica CES, los datos aquí presentados han sido interpretados según la escala utilizada y designada por la institución, valores menores o iguales a 1,2 se valoran como deficiente, valores entre 1,21 y 1,69 significa regular y mayor a 1,7 son interpretados como excelente, lo anterior se encuentra descrito en la herramienta de aplicación durante el período 2009 - 2010.

CONSOLIDACIÓN DE LOS DATOS ENCONTRADOS EN LA CLÍNICA

- La información debe ser recolectada y consolidada por una persona que tenga la función y la responsabilidad claramente definida, además se evidencia que no hay continuidad en el manejo de la información cuando hay cambio de personal encontrando con esto falta de información.
- Al parecer la información recogida no suministra los datos con los cuales la institución toma las decisiones.
- A pesar de tener un formato establecido para las evaluaciones, el personal encargado de realizarlas no se adhieren al formato establecido, sino que lo modifican de acuerdo a sus necesidades y comodidades.
- El formato es poco amigable, le falta información por lo cual las personas que la aplican la ajustan para poder calificar al personal a cargo.
- No se retroalimenta al personal luego de la auditoría realizada.
- El formato cuenta con una casilla para diligenciar observaciones, las cuales son de gran dificultad para la tabulación, debido a la gran cantidad de criterios que pueden utilizar para evaluar a una persona de forma cualitativa.
- Al evaluar la escala de interpretación de los resultados se encontró que los rangos establecidos no eran equitativos; calificaciones menores a 1,2

corresponden al 60 %; entre 1,21 y 1,69 corresponde entre el 60 y 85% y 1,7 a mayor del 85%; según lo anterior el rango, entre 1,21 y 1,69, que corresponde a la calificación de regular es más amplio que el rango de excelente, pareciera ser entonces ésta la razón por la cual la mayor parte de las evaluaciones de la clínica son interpretadas como regulares

- En el ítem correspondiente a examen físico, según la interpretación establecida por la institución para los servicios evaluados de cuarto piso, hospital día, unidad de cuidados especiales, urgencias, torre 2 unidad de cuidados intensivos y pediatría, el puntaje obtenido en el 2009 primer semestre fue de 1,78 %, calificado como excelente; para el segundo semestre 2009 este puntaje mejoro obteniéndose un 1,84; para el 2010, primer semestre, se mantuvo en 1,81 pero para el 2010 segundo semestre este valor descendió por debajo del primer semestre del 2009. Es de aclarar que en la última evaluación registrada se obtienen datos por 9 servicios , incluidos cirugía y tercer piso torre 1
- En la valoración de la oportunidad de registro de las notas de enfermería, la calificación siempre estuvo excelente con puntajes desde 1,81 hasta 1,91
- En el ítem registro de valoración de presentación del evento, se encontró cifras de 1,63 en el primer semestre de 2009, con un pico máximo de 1,76 durante el segundo semestre de 2010 y nuevamente un descenso de 1,67 durante el segundo semestre de 2010.
- El registro del traslado interno de pacientes durante todo el tiempo evaluado fue deficiente obteniéndose resultados desde 0,86 hasta 0,9.
- En lo relacionado al consentimiento informado de enfermería, la notificación de acompañante permanente y el consentimiento informado para acceder a la historia son ítems que fueron incluidos a partir del año 2010, tiempo durante el cual el personal se adhería a los nuevos cambios presentados a la historia clínica, lo que hizo que su adherencia durante el período evaluado tuviera una interpretación deficiente
- El registro de egreso de pacientes también obtuvo calificaciones deficientes, el promedio para cada semestre se ve muy afectado por que hay servicios

como hospital día y urgencias que en ocasiones no califican este ítem, porque para quien realiza la evaluación no aplica; así mismo, servicios como unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados especiales no manejan porcentajes altos de egresos, lo que limita la evaluación de la adherencia de este ítem por el personal de este servicio.

- La calidad de la nota de enfermería tuvo su mayor puntaje de 1,80 durante el primer semestre de 2009, esta evaluación disminuyó paulatinamente hasta 1,65 hasta el segundo semestre del 2010
- En la adherencia al control de ingresos y egresos su máxima calificación fue de 1,44 en el primer semestre de 2009 y de 0,98 al primer semestre de 2010, la calificación es deficiente; este valor se ve afectado en muchas ocasiones, porque no a todos los pacientes se les realiza este registro y la persona que lo realiza no siempre tiene presente realizar auditorías a las historias clínicas en las que se incluye esta variable.
- En el ítem correspondiente al uso de siglas autorizadas en el listado institucional se evidencia una máxima calificación de 1.621 como regular en el 2 semestre del 2010, presentando una leve mejoría a partir del primer semestre del 2009, en la que se obtiene una calificación de 0.26
- En remisión a controles de promoción y prevención durante todo el tiempo evaluado fue deficiente obteniéndose resultados desde 0,0 hasta 0,22, encontrándose que en su mayoría no realizaban registro para este ítem
- En el registro de actividades en la historia clínica se evidencia que durante el tiempo evaluado se obtiene una calificación de regular, dado que no se encuentra una gran variabilidad en los valores obtenidos durante este tiempo, los cuales están entre 1.69 y el mayor que está en el primer semestre del 2010, 1.72.
- En el registro de la temperatura de las neveras se encuentra un registro deficiente durante los cuatro semestres evaluados, donde la evaluación más alta es de 0.97.
- En la aplicación - sujeción a instructivos, se evidencia un buen registro en lo que corresponde a este ítem, se evidencia también una buena

calificación durante todo el tiempo evaluado; se encuentra un pequeño descenso en el primer semestre del 2010, con una calificación de 1.66, las demás se encuentran por encima de 1.74.

- En el registro de aplicación de los medicamentos según órdenes médicas, la calificación obtenida durante todos los semestres evaluados estuvo excelente, por encima de 1.91, sin embargo se encuentran algunos servicios como Urgencias, donde no se evidencia ninguna evaluación durante ningún semestre.
- Hay concordancia entre la realización de los procedimientos con las órdenes médicas y el plan de atención de enfermería; la calificación obtenida durante todos los semestres evaluados estuvo excelente con una calificación por encima de 1.72, sin embargo se encuentran algunos servicios como Urgencias donde no se evidencia evaluación durante el año 2009 y el primer semestres de 2010.
- En cuanto la entrega y recibo de turno, la calificación obtenida en todos los semestres evaluados estuvo excelente, superior a 1.77 a diferencia de primer semestre de 2010 que la calificación fue regular, con un puntaje de 1.62.
- En la segunda asignación, se evidencia una calificación regular de todos los semestres evaluados, encontrándose que en los dos últimos semestres (durante el año 2010), la calificación tiene un significativo descenso y el servicio de urgencias no presenta evaluaciones en este ítem.
- En la valoración del uso de elementos de protección personal, en este ítem se encontró una calificación, durante el primer semestre de 2009, de deficiente con un valor de 1.39, mejorando notoriamente durante el segundo semestre de 2009 y durante el año 2010 para una calificación excelente, sin embargo en el servicio de urgencias no se presenta ninguna calificación.
- En el ítems correspondiente a preparación de medicamentos, según la interpretación establecida por la institución para los servicios evaluados en este proyecto de investigación, el puntaje obtenido fue para el 2009 primer semestre 1.83%, calificado como excelente, para el segundo semestre del

2009 este puntaje mejoro obteniéndose 1.98%, para el primer semestre de 2010 bajo un poco pero se mantuvo dentro del nivel de excelente 1.7%, para el 2010 segundo semestre este valor volvió a aumentar quedando con un 1.8% calificado como excelente.

- En la ejecución de procedimientos se encuentran cifras de 1,8 en el primer semestre de 2009, con un pico máximo de 1,93 durante el segundo semestre de 2009, en el primer semestre de 2010 un descenso de 1,7 y durante el segundo semestre de 2010 nuevamente se observa un aumento a 1,9; lo que nos da como conclusión que durante los dos años consecutivos se encontró calificado este ítems como excelente.
- En el ítem de facturación se encuentra que el primer semestre 2009 fue calificado como deficiente con un 0.44%, en el segundo semestre tuvo una gran mejoría aumentando a un 1.89%, lo que logró la calificación de excelente; en el primer semestre de 2010 nuevamente decae la evaluación con un 1.6% obteniendo la calificación de regular, y finalmente incrementa nuevamente logrando la calificación de excelente con un 1.7%
- En cuanto a las normas de aislamiento podemos encontrar como en los dos primeros semestres de cada año obtienen una calificación regular con el siguiente porcentaje respectivamente 2009 primer semestre 1.68% y 2010 primer semestre 1.66%; y en los segundos semestres de cada año respectivamente se encuentra un incremento en la calificación de excelente con los siguientes porcentajes: 2009 segundo semestre 1.9% y 2010 segundo semestre 1.87% respectivamente.
- En el manejo de equipos se encuentra en el 2009, primer semestre, 1.68% lo cual califica como regular pero en el resto de semestres del 2009 y 2010 encontramos una gran mejoría con una calificación de excelente en cada uno de estos semestres así; 1.98% en el segundo semestre de 2009, 1.7% en el primer semestre de 2010 y 2% en el segundo semestre de 2010.
- En el ítem de educación al usuario, acompañante y registro de historia clínica se encuentra una calificación de deficiente en ambos semestres de 2009 y en el primer semestre de 2010 con porcentajes desde 0.77 hasta

1.15. pero en el segundo semestre de 2010 se notó una leve mejoría de la calificación obteniendo un 1.37% que le arroja un resultado regular.

- En identificación del paciente se evidencia una calificación de excelente en todos los períodos.
- En el plan de cuidados de enfermería realizados se identifica en el 2009, primer semestre 0.38% lo que da como calificación deficiente, en el segundo semestre de 2009 se encuentra una calificación de regular con un 1.54%, y durante todo el año 2010 continua estable la calificación regular.
- En la actividad docencia servicio, durante todo el período fue evaluado como deficiente, obteniéndose resultados desde 0,0 hasta 0,30.
- En la percepción paciente- familia podemos encontrar que en los dos primeros semestres de cada año se obtiene una calificación regular, con el siguiente porcentaje respectivamente 2009 primer semestre 1.65% y 2010 primer semestre 1.66%; y en los segundos semestres de cada año respectivamente se encuentra un incremento en la calificación a excelente con los siguientes porcentajes: 2009 segundo semestre 1.86% y 2010 segundo semestre 1.90% respectivamente.

CONSOLIDACIÓN DE LOS DATOS DE CADA SERVICIO

Cuarto Piso Hospitalización

Para el año 2009 primero y segundo semestre, de las 13 auxiliares evaluadas, no hubo modificación del personal, pero durante el primer semestre de 2010 el personal bajo a 12 y durante el segundo semestre de 2010, salió una persona del servicio y entraron otras 5 a ser evaluadas, estas últimas a partir de octubre de ese último semestre, una de ellas aprendiz. El puntaje general durante 2009 1 semestre a 2010 2 semestre fue de 1,52 calificado como regular.

Los principales puntos a intervenir son el registro de traslado interno, el control de ingresos y egresos, la remisión a controles de promoción y prevención, las

actividades de docencia servicio, la educación al usuario y acompañante y registro en la historia clínica física así como la facturación congruente con el procedimiento, el plan de cuidados de enfermería y el uso de elementos de protección personal son puntos fuertes la oportunidad de registro en las notas de enfermería, el registro de aplicación de medicamentos según las órdenes médicas, la ejecución de procedimientos y la identificación del paciente.

Hospital Día

Durante el primer semestre de 2009 se evaluaron 9 personas, 3 de ellas no continúan en la institución, es decir se mantuvo el grupo constante con 6 personas hasta el primer semestre de 2010; durante el segundo semestre de 2010 ingresaron 2 personas nuevas, pero a pesar de esto solo se encuentra evaluación de 6 personas

Se destaca en las evaluaciones que el registro del examen físico, oportunidad de registro en las notas de enfermería, registro de valoración de presentación de eventos adversos, calidad de la nota de enfermería, aplicación sujeción a instructivos, preparación de medicamentos y normas de aislamiento se recomienda establecer acciones de mejora para el registro de egreso de pacientes, la remisión a controles de promoción y prevención el control de ingresos y egresos y el plan de cuidados de enfermería realizado, en total el servicio tiene una calificación de 1,47 como regular.

Cirugía

Solo se pudo obtener datos del segundo semestre de 2010, debido a que hubo pérdida de información entre el cambio de coordinadoras; en total se evaluaron 27 auxiliares, pero como el personal es numeroso, la coordinadora de este servicio, obtuvo permiso por la auditora de enfermería para realizar solo evaluación de 3 historias clínicas por cada auxiliar de enfermería, lo que dificulta la confiabilidad de los datos y la evaluación de los mismos.

Se destaca la oportunidad de registro de las notas de enfermería, en el uso de siglas autorizadas, aplicación a sujeción de instructivos, Registro de aplicación de medicamentos según órdenes médicas, Concordancia de realización de procedimientos con órdenes médicas y plan de enfermería, Entrega - Recibo de turno, Facturación congruente con los procedimientos, Manejo cuidadoso de equipos, entre otros.

Unidad de Cuidados Especiales

En el año 2009 (primero y segundo semestre) fueron evaluadas 8 auxiliares de enfermería; el puntaje obtenido en estas evaluaciones fue de 1.61 calificado como regular.

En el año 2010 primer semestre se encuentran evaluadas 11 auxiliares de enfermería, y en el segundo semestre fueron evaluadas 9 auxiliares, El puntaje general obtenido en las evaluaciones realizadas durante ambos semestres del 2010 fue de 1.61 calificado como regular.

Se encontró en el ítem de examen físico, calificado en ambos años como excelente, lo que nos da claridad que el buen diligenciamiento del examen físico es un punto fuerte en el servicio; además en la consolidación de la información de este servicio encontramos gran responsabilidad por el diligenciamiento de la encuesta en su totalidad, sin omitir ningún ítem de los establecidos por la institución; lo que lleva a entender que hay un buen compromiso del servicio y de la jefe encargada de dicha actividad.

Hospitalización Tercer Piso Torre II

Para el año 2009 primer semestre fueron evaluadas 12 auxiliares, y durante el segundo semestre del mismo año se nota un aumento del personal por lo cual se evaluaron 17 auxiliares, de las cuales 6 de ellas estaban la anterior evaluación y el resto de auxiliares al parecer eran de otros servicios remitidas/o nuevas en la institución. Para el año 2010 se encontró nuevamente cambios en el personal, en el primer semestre se encuentran 14 Auxiliares de Enfermería,

de las cuales permanecen 6 desde el primer semestre de 2009, 2 auxiliares desde el segundo semestre de 2009 y las 6 auxiliares restantes que llegan pueden ser nuevas en la institución o reubicadas de servicios.

En el segundo semestre de 2010 se incrementa el número de auxiliares a 17, lo cual no es claro si el personal ingresa nuevo a la institución, es por traslado entre servicios o están en etapa productiva. El puntaje general obtenido en las evaluaciones realizadas durante 2009 a 2010 (semestres 1y2 de cada año) fue de 1.28 calificado como regular.

Es importante dejar constancia que durante el primer semestre de 2009 la evaluación que le fue aplicada al personal Auxiliares de Enfermería no tuvo presente los siguientes ítems: consentimiento informado de enfermería, notificación de acompañante permanente, consentimiento informado para acceder a la historia clínica, uso de siglas autorizadas y remisión a programas de promoción y prevención; la falta de esa información hace que la evaluación de dicho semestre no sea completa. En el resto de semestres (2009 segundo semestre, 2010 primero y segundo) se pudo constatar que incluyeron los ítems antes expuestos para estas evaluaciones.

Urgencias

Para el año 2009 primero y segundo semestre se encontró 14 auxiliares evaluadas, no hubo modificación del personal; durante el año 2010, primer semestre, se aumentó el personal a 15 auxiliares, las cuales permanecieron para el segundo semestre también del mismo año. El puntaje general obtenido en las evaluaciones realizadas durante 2009 a 2010 (semestres 1y2 de cada año) fue de 0.47 calificado como deficiente.

Lo principal a intervenir en este servicio es que durante la evaluación a los auxiliares de enfermería se omitieron varios ítems para la evaluación, de la primera fase fueron consentimiento informado de enfermería, notificación acompañamiento permanente, consentimiento informado para acceder a historia clínica, uso de siglas autorizadas, remisión a controles de promoción y

prevención y de la segunda fase de la evaluación, la cual corresponde a ejecución de actividades, se omitieron evaluar los siguientes ítems: aplicación y sujeción a instructivos, registro de aplicación de medicamentos según orden médica, concordancia de la realización de procedimientos, con órdenes médicas y plan de enfermería, entrega y recibo de turno, segunda asignación, uso de elementos de protección personal, preparación de medicamentos, ejecución de procedimientos, facturación congruente con los procedimientos, normas de aislamiento, manejo de equipos, educación al usuario, acompañamiento y registro de historia clínica, identificación del paciente, plan de cuidados de enfermería, actividad docencia servicio, percepción paciente familia. Durante los periodos evaluados se encontró, que las personas encargadas de realizar las evaluaciones de las auxiliares de enfermería omiten ítems creando dificultad para realizar la consolidación y posterior análisis de la información

Pediatría

Durante el primer semestre 2009 y en el año 2010 la calificación obtenida a nivel general es regular, con una calificación máxima de 1.75 y calificación mínima de 1.26

Unidad de Cuidados Intensivos

Durante los cuatro semestres evaluados, la calificación fue regular, dado que durante el primer semestre de 2009 se obtiene un puntaje de 1.10, después una leve mejoría hasta lograr un puntaje máximo de 1.40 en el segundo semestre de 2010.

Hospitalización tercer piso Torre I

No se evidencian evaluaciones durante el año 2009 y en los dos semestres del 2010, la calificación es de regular, con un puntaje de 1.39 y 1.31.

CONCLUSIONES

- El nivel de adherencia del personal Auxiliar de Enfermería a los protocolos y procedimientos de enfermería en el cumplimiento de los estándares de calidad, durante la atención al usuario en la IPS Clínica CES, entre 2009 y 2010 según el instrumento de auditoría de historias clínicas, fue calificado como regular según la escala de calificación empleada en la institución
- Se encontró que el instrumento de recolección de información presenta espacios, lo que permite introducir varias respuestas o incluso dejarlos en blanco; se presenta falta de información y por ello errores en la consolidación de los datos finales de la evaluación.
- El instrumento permite la evaluación del personal Auxiliar de Enfermería en cuanto a la adherencia de protocolos, procedimientos y la percepción del auditor sobre el grado de satisfacción que tiene el usuario del cuidado de enfermería brindado por el auditado.
- Se evidencia que por las características del formato, es igual para todos los servicios, hace falta especificidad dejando por fuera de la encuesta aspectos importantes y únicos de cada servicio. Lo anterior, nos lleva a establecer que es necesario elaborar o incluir en el formato aspectos propios relacionados con la calidad del cuidado de enfermería en algunos servicios
- Se encontró disponibilidad por parte del personal de enfermería de la Clínica CES para acceder a la información, así como también para la aplicación del instrumento con las modificaciones hechas por el grupo investigador.
- El apoyo y colaboración brindado por el personal de Enfermería fue de gran importancia, ya que gracias a su disposición se pudo llevar a cabo este

proyecto de investigación, lo que facilitará que en un futuro se puedan realizar proyectos similares para realizar seguimiento y evaluación del cuidado de enfermería brindado por el personal Auxiliar de Enfermería.

RECOMENDACIONES

- Aplicar la propuesta presentada, el instrumento modificado de recolección de información para la auditoría de los procesos, de tal manera que permita al evaluador establecer el nivel de calificación del grupo de trabajo a nivel individual y grupal y que este nivel a su vez sea socializado, mostrando los indicadores en colectivo, con el fin de establecer estrategias de mejora en la calidad del cuidado y de la gestión de enfermería brindada por el personal Auxiliar de Enfermería de la Clínica.
- Sugerimos adoptar nuevas modificaciones al instrumento utilizado en la institución, con el fin de que solo se pueda diligenciar la encuesta con las cifras de calificación establecidas y no permita dejar espacios en blanco o digitar cifras diferentes
- Se recomienda que en el proceso de inducción de los profesionales de enfermería y del personal Auxiliar, incluir la información relacionada con la aplicación de la encuesta en cada servicio y la importancia que tiene en la valoración de la calidad del cuidado de enfermería
- Se sugiere generar mayor adherencia del personal auxiliar de enfermería a las variables que está midiendo este instrumento de recolección de la información.
- Se sugiere, que dada la falta de oportunidad y de tiempo de los profesionales de Enfermería en cada uno de los servicios, asignar un profesional para la realización de funciones administrativas que permita la realización de evaluaciones al personal Auxiliar, esto posibilitaría tomar mejores decisiones en el cuidado de enfermería y por ende alcanzar una mayor calidad y seguridad en el cuidado del paciente.
- Es importante contar con un software diseñado para tal fin, de tal manera que permita ver el trabajo realizado en tiempo real en cada uno de los servicios de la institución.

- Se recomienda realizar procesos de capacitación periódicos a los profesionales de Enfermería en todo lo relacionado con el diligenciamiento del instrumento de evaluación, explicando la importancia que tiene para la institución, al igual que el significado de cada ítem propuesto en el instrumento.

ANEXO 1. HERRAMIENTA APLICADA PARA LA AUDITORÍA IPS OBJETO DE ESTUDIO

VARIABLES DE ESTUDIO					
# CASILLA	ITEM EVALUADO	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES	CUALIDAD
1	Registro de Examen Físico	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completos
				1	Incompletos
				0	Ausentes
2	Oportunidad de registros en notas de enfermería	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completos
				1	Incompletos
				0	Ausentes
3	Registro de valoración de presentación del Evento Adverso	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completos
				1	Incompletos
				0	Ausentes
4	Registro de Traslado interno de pacientes	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completo
				1	Incompleto
				0	Ausente
5	Consentimiento informado de Enfermería	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completo
				0	Ausente
6	Notificación de acompañamiento permanente	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completo
				1	Ausente
				0	No aplica
7	Consentimiento informado para Acceder a la Historia clínica	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completo
				1	Ausente
				0	No aplica
8	Registro de Egreso de pacientes	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completo
				1	Incompleto
				0	Ausente
9	Calidad de la nota de enfermería	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Buena
				1	Regular
				0	Mala
10	Control de ingresos y egresos	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completo
				1	Incompleto
				0	Ausente

11	Uso de siglas autorizadas en el listado institucional	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
12	Remisión a controles de P y P	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
				N/A	No aplica
13	Registro de actividades en la historia clínica	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completo
				1	Incompleto
				0	Ausente
14	Registro de Temperatura de neveras	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
				N/A	No aplica
15	Aplicación - sujeción a instructivos	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
16	Registro de aplicación de medicamentos según órdenes medicas	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
17	Concordancia de realización de procedimientos con órdenes médicas y plan de enfermería	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
18	Entrega - Recibo de turno	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Completa
				0	Incompleta
19	Segunda asignación	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
				N/A	No aplica
20	Uso de EPP	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Usa
				0	No usa
21	Preparación de medicamentos	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
22	Ejecución de procedimientos	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Oportuno
				1	Inoportuno
				0	No ejecutado
23	Facturación congruente con los	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple

	procedimientos				
24	Normas de aislamiento	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
25	Manejo cuidadoso de equipos	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				0	No cumple
26	Educación al usuario y su acompañante y registro en HC	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Satisfactoria
				0	No satisfactoria
27	Identificación del paciente	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Satisfactoria
				0	No satisfactoria
28	Plan de Cuidados de Enfermería realizado	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				1	No cumple
				N/A	No aplica
29	Actividad Docencia - Servicio	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Cumple
				1	No cumple
				N/A	No aplica
30	Percepción del paciente y la familia	CUALITATIVA	NOMINAL	2	Satisfactoria
				0	No satisfactoria
	INTERPRETACION	Excelente	Mayor o igual a 1,7		
		Regular	Entre 1,21 y 1,69		
		Deficiente	Menor o igual a 1,2		

ANEXO 2. INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE LA AUDITORÍA EN LA IPS OBJETO DE ESTUDIO

#CASILLA	ITEM EVALUADO	CUALIDAD	VR MAX	DEFINICIÓN
1	Registro de Examen Físico	Completos	2	Contiene todos los datos según diagnóstico médico.
		Incompletos	1	Contiene parte de los datos.
		Ausentes	0	No se encuentran datos.
2	Oportunidad de registros en notas de enfermería	Completos	2	Se evidencian nota de recibo (En las primeras 6 horas del turno) y entrega de pacientes (En las segundas 6 horas del turno)
		Incompletos	1	Solo hay registro de una nota de enfermería o notas realizadas en horas posteriores a las descritas en el proceso.
		Ausentes	0	No se encuentra ningún registro.
3	Registro de valoración de presentación del Evento Adverso	Completos	2	Contiene todos los datos solicitados en la nota paramétrica.
		Incompletos	1	Contiene parte de los datos solicitados en la nota paramétrica.
		Ausentes	0	No se encuentran datos.
4	Registro de	Completo	2	Contiene todos los datos solicitados en la nota paramétrica.

	Traslado interno de pacientes	Incompleto	1	Contiene parte de los datos solicitados en la nota paramétrica.
		Ausente	0	No se encuentran datos.
5	Consentimiento informado de Enfermería	Completo	2	Está diligenciado en su totalidad el formato del consentimiento informado de acuerdo al procedimiento realizado se encuentra firmado por el personal de enfermería, fecha del procedimiento y firma del usuario y/o acompañante.
		Ausente	0	No se encuentra diligenciado el formato o se encuentra solo firmado por el usuario.
6	Notificación de acompañamiento permanente	Completo	2	Está diligenciado en su totalidad el formato del consentimiento informado de acuerdo al procedimiento realizado se encuentra firmado por el personal de enfermería, fecha del procedimiento y firma del usuario y/o acompañante.
		Ausente	1	No se encuentra diligenciado el formato o se encuentra solo firmado por el usuario.
		No aplica	0	No aplica
7	Consentimiento informado para Acceder a la	Completo	2	Está diligenciado en su totalidad el formato del consentimiento informado de acuerdo al procedimiento realizado se encuentra firmado por el personal de enfermería, fecha del procedimiento y firma del usuario y/o acompañante.

	Historia clínica	Ausente	1	No se encuentra diligenciado el formato o se encuentra solo firmado por el usuario.
		No aplica	0	No aplica
8	Registro de Egreso de pacientes	Completo	2	Contiene todos los datos solicitados en la nota paramétrica.
		Incompleto	1	Contiene parte de los datos solicitados en la nota paramétrica.
		Ausente	0	No se encuentran datos.
9	Calidad de la nota de enfermería	Buena	2	De acuerdo con el instructivo de notas de enfermería
		Regular	1	Concuerta en parte con el instructivo de notas de enfermería
		Mala	0	No concuerda con el instructivo de notas de enfermería.
10	Control de ingresos y egresos	Completo	2	Está completo por cada turno y se requería su realización.
		Incompleto	1	Solo tiene algunos datos.
		Ausente	0	No lo tiene o no lo requería.
11	Uso de siglas autorizadas en el listado institucional	Cumple	2	Utiliza solo las autorizadas en el listado de la clínica
		No cumple	0	Utiliza siglas o acrónimos no autorizados en el listado institucional.

12	Remisión a controles de promoción y prevención	Cumple	2	Deja registro en nota paramétrica de la información dada sobre controles de P y P.
		No cumple	0	No hay registro
		No aplica	N/A	No aplica
13	Registro de actividades en la historia clínica	Completo	2	Describe paso a paso la realización del procedimiento y la respuesta o tolerancia del paciente
		Incompleto	1	Describe parcialmente la realización del procedimiento y o la tolerancia del paciente.
		Ausente	0	No se encuentra nota del procedimiento realizado.
14	Registro de Temperatura de las neveras	Cumple	2	Diligencia todos los datos solicitados en el formato y reporta novedades
		No cumple	0	Omite alguno de los datos solicitados en el formato y algunas veces reporta novedades
		No aplica	N/A	Omite todos los datos solicitados en el formato y no reporta novedades
TOTAL				

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES				
15	Aplicación - sujeción a instructivos	Cumple	2	Conoce y aplica los estándares del manual de calidad en relación a los procedimientos de enfermería y políticas de la institución durante 1 o 2 procedimiento observados
		No cumple	0	No conoce ni aplica los estándares de calidad para enfermería y políticas de la institución durante los procedimientos observados
16	Registro de aplicación de medicamentos según órdenes medicas	Cumple	2	Registra la conducta seguida con el medicamento (aplicada, rechazada, suspendida etc.)
		No cumple	0	no hay registro (Medicamento continua programado)
17	Concordancia de realización de procedimientos con órdenes médicas y plan de enfermería	Cumple	2	Los procedimientos ordenados por el médico o planeados por la enfermera son realizados y registrados en la historia clínica
		No cumple	0	No realiza, ni registra los procedimientos ordenados por el médico o planeados por la enfermera


18	Entrega - Recibo de turno	Completa	2	De acuerdo con el estándar del proceso de enfermería, describe la evolución del paciente y los asuntos pendientes
		Incompleta	0	No cumple los criterios del proceso de enfermería u omite información importante
19	Segunda asignación	Cumple	2	Realiza las tareas asignadas
		No cumple	0	No realiza las tareas asignadas
		No aplica	N/A	no aplica para el servicio evaluado
20	Uso de Elementos de protección personal	Usa	2	Utiliza e identifica todos los equipos de protección personal según el riesgo del procedimiento
		No usa	0	No utiliza equipos de protección personal para lo ejecución de los procedimientos
21	Preparación de medicamentos	Cumple	2	Siempre mantiene técnica aséptica y revisa los 10 correctos
		No cumple	0	No lleva técnica aséptica y omite los 10 correctos

22	Ejecución de procedimientos	Oportuno	2	El procedimiento se realiza mínimo una hora después de ser ordenado
		Inoportuno	1	El procedimiento se realiza luego de 1 hora o más después de ser ordenado
		No ejecutado	0	El procedimiento no se realiza a pesar de estar ordenado
23	Facturación congruente con los procedimientos	Cumple	2	Factura todos los procedimientos realizados (micro métodos, nebulizaciones, aplicación de hemoderivados, EKG)etc.
		No cumple	0	No factura los procedimientos realizados.
24	Normas de aislamiento	Cumple	2	Identifica los pacientes que requieren aislamiento y lo lleva según lo establecido en las políticas de la institución
		No cumple	0	No identifica los tipos de aislamiento, ni los realiza
25	Manejo cuidadoso de equipos	Cumple	2	Acata recomendaciones del servicio de ingeniería y mantenimiento, reporta oportunamente daños, es delicada en su manipulación

		No cumple	0	No acata recomendaciones del servicio de ingeniería y mantenimiento, no reporta daños, no es delicada en su manipulación.
26	Educación al usuario y su acompañante y registro en HC	Satisfactoria	2	El paciente refiere conocimiento pleno de las actividades y procedimientos que recibe durante la atención de enfermería y existe registro de ello en HC.
		No satisfactoria	0	El paciente no se sintió a gusto con la información y/o educación por parte de esta o no se evidencia registro.
27	Identificación del paciente	Satisfactoria	2	El paciente refiere que ha sido tratado por nombres y apellidos, posee la identificación establecida por cada servicio (manilla, sticker, tablero)
		No satisfactoria	0	El paciente no está identificado, refiere que el personal no lo identifica por su nombre y apellidos.
28	Plan de Cuidados	Cumple	2	Se evidencia la realización y el cumplimiento del plan de cuidados de enfermería

	de Enfermería realizado	No cumple	1	No se realiza o no se cumple
		No aplica	N/A	No aplica
29	Actividad Docencia – Servicio	Cumple	2	Los registros en la HC de estudiantes de enfermería se encuentran aprobadas por el enfermero jefe de turno.
		No cumple	1	Los registros en la HC de estudiantes de enfermería no se encuentran aprobadas por el enfermero jefe de turno.
		No aplica	N/A	No aplica para Auxiliares de Enfermería
30	Percepción del paciente y la familia	Satisfactoria	2	El paciente refiere sentirse confiado, recibió un trato respetuoso y amable, además de información y educación.
		No satisfactoria	0	El paciente no se sintió a gusto con la atención recibida por la auxiliar de enfermería, ni recibió información y/o educación por parte de esta.

ANEXO 3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

		CRONOGRAMA DEL PROYECTO											Cód:	
													Mod:	
													Ver	
NOMBRE DEL PROYECTO		AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA IPS OBJETO DE ESTUDIO EN EL PERÍODO 2009 -2010												
DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES		9 Meses												
N°	ACTIVIDAD	MES												
		ENE 2011	FEB 2011	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEPT 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	
1	Recolección de información (Evaluaciones)													
2	Tabulación de la información													
3	Análisis de la información													
4	Elaboración de conclusiones													
5	Documento final y elaboración de presentación													
6	Diseño propuesta de artículo													

PRESUPUESTO DEL PROYECTO				
ACTIVIDAD O RECURSO	UNIDADES	VALOR UNITARIO	UNIDADES REQUERIDAS	TOTAL
Recurso humano investigadoras	Hora	\$ 36.925	150	\$ 5.538.750
Equipo de computo	Hora	\$ 3.000	150	\$ 450.000
Refrigerios	Unidad	\$ 2.000	17	\$ 34.000
Trasporte	Unidad	\$ 6.000	54	\$ 324.000
TOTAL				\$ 6.346.750

ANEXO 4. INSTRUMENTO MODIFICADO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN LA IPS OBJETO DE ESTUDIO

El presente instrumento fue modificado, tomando como base el instrumento establecido por la institución, se partió además del análisis realizado a la herramienta con el fin de introducir los cambios respectivos y establecer formatos específicos para los servicios que lo requerían, unificándolos en una hoja de cálculo en un archivo en Excel. El instrumento comprende 5 tablas de diferente color para facilitar la ubicación del auditor en cada servicio: la primera para Hospitalización, Unidad de Cuidado Intensivo, Unidad de Cuidados Especiales; la segunda para Cirugía; la tercera para Urgencias; la cuarta para Imagenología y Consulta Externa y la quinta es general y es de aplicación para todos los servicios a excepción de imagenología y consulta externa.

Cada tabla contiene diferentes ítems con sus respectivas instrucciones a manera de comentarios, así mismo, solo permite calificar según lo establecido en la herramienta; esto genera objetividad y permite la igualdad de calificación para todos los auditados. Se anexa también la fecha en la que se realiza cada auditoría de historia clínica.

La unidad de medición es el promedio, este determina el resultado final y por ende su interpretación, la cual fue modificada de manera que el rango fuera equitativo entre los ítems de excelente, regular o deficiente, calificaciones mayores al 80% (mayores a 2,4) entre 60 y 80 % (entre 1,83 y 2,39) y menores al 60 % (menores a 1,82), respectivamente.

Se diseñó una tabla general de consolidado del servicio que se diligencia automáticamente en la medida que se van realizando las auditorías, esta permite al auditor conocer el nivel de resultados de su grupo, realizar indicadores y planes de mejoramiento a quienes lo requieran o al servicio en general, gracias a que el resultado del auxiliar auditado y la evaluación promedio del servicio tomara un color rojo si su calificación es deficiente, amarillo si es regular y verde si es excelente. Así mismo se retiró la opción de observaciones debido a que no garantiza la objetividad ni la consolidación de la información.



AUDITORÍA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

F-AM-1

Para diligenciar el instrumento, siga las instrucciones consignadas como sugerencias en cada uno de los campos. Para ver el manual de auditoría click el enlace en el triángulo rojo que aparece en el campo.

AUXILIAR DE ENFERMERIA AUDITADA:

ITEMS HOSPITALIZACIÓN - UCE - UCI									
# CASILLA	ITEM EVALUADO	CUALIDAD	TR MAX	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	TOTAL
				NUMERO DE HISTORIA CLINICA AUDITADA					
1	Requítra de Examen Física	Completar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompletar	2						
		Auretor	1						
2	Oportunidad de requirir en notar de enfermería	Oportunar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Inapartunar	2						
		Aurentor	1						
3	Requítra de valoración del riesgo de presentacion del Evento Adverso	Completar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompletar	2						
		Aurentor	1						
4	Ercalar de enfermería y accionar	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Na cumple	1						
		Na aplica	0						
5	Ura de riqilar autorizar en el lirtada institucional	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Na cumple	1						
		Na aplica	0						
6	Requítra de aplicación de medicamentar según órdenar médicar	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Na cumple	1						
		Na aplica	0						
7	Requítra de actividadar en la hirtaria clínica	Completa	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompleta	2						
		Aurento	1						
8	Central de ingresar y egrar	Completa	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		Incompleta	2						
		Aurento	1						
9	Conentimiento informada de: procedimientar de enfermería, consultar de hirtaria clínica par personal administratiba, acompañaente permanente para paciente hospitalizada y autorización de representante.	Completa	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompleta	2						
		Aurento	1						
10	Requítra de Traslada interna de paciente	Completa	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		Incompleta	2						
		Aurento	1						

ITEMS CIRUGIA

# CASILLA	ITEM EVALUADO	CUALIDAD	VR MAX	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	TOTAL
				NUMERO DE HISTORIA CLINICA AUDITADA					
1	Requerimiento de preparación prequirúrgica y para otras procedimientos	Completar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompletar	2						
		Aurentar	1						
		Na aplica	0						
2	Requerimiento de Acta quirúrgica	Completar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompletar	2						
		Aurentar	1						
		Na aplica	0						
3	Requerimiento de evaluación post operatoria	Completa	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompleta	2						
		Aurente	1						
		Na aplica	0						
4	Oportunidad de registrar en notas de enfermería	Oportunar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Inoportunar	2						
		Aurentar	1						
		Na aplica	0						
5	Requerimiento de valoración del riesgo de presentación del Evento Adverso	Completar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompletar	2						
		Aurentar	1						
		Na aplica	0						
6	Escalar de enfermería y acciones	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Na cumple	1						
		Na aplica	0						
			0						
7	Una de registrar autorizar en el listado institucional	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Na cumple	1						
		Na aplica	0						
			0						
8	Requerimiento de aplicación de medicamentos según ordenes médicas	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Na cumple	1						
		Na aplica	0						
			0						
9	Control de ingresar y egronar	Completar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompleta	2						
		Aurente	1						
		Na aplica	0						
10	Consentimiento informado de: procedimientos de enfermería, consulta de historia clínica por personal administrativo, acompañante permanente para paciente hospitalizada y autorización	Completa	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompleta	2						
		Aurente	1						
		Na aplica	0						
11	Requerimiento de Traslado interno de pacientes	Completar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompleta	2						
		Aurente	1						
		Na aplica	0						
12	Requerimiento de Entrega de paciente que incluye, instrucción, entrega del plan de alta y verificación de la información suministrada al paciente.	Completar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompleta	2						
		Aurente	1						
		Na aplica	0						
14	Facturación congruente con los procedimientos	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Na cumple	1						

Cualificar todos los datos solicitados en la celda correspondiente.

Se califica en celdas, las observaciones y acciones de referencia en caso de fallas.

Se califica en celdas, las acciones que se completaron y las que no se completaron.

Cualificar parte de los datos solicitados en la celda correspondiente.

ITEMS IMAGENOLOGIA Y CONSULTA EXTERNA

CASILLA	ITEM EVALUADO	CUALIDAD	FR MAZ	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	TOTAL
				NUMERO DE HISTORIA CLINICA AUDITADA					
1	Oportunidad de registrar en nacer de enfermedad	Oportunar	3	0	0	0	0	0	0,00
		Aparentar	1						
2	Una de registrar autorizar en el libro de institucional	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
3	Registro de aplicación de medicamentos según ordenes médicas	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
4	Carente tiempo informado de: procedimientos de enfermería, consulta de historia clínica por personal administrativo, acompañante permanente	Completa	3	0	0	0	0	0	0,00
		Incompleta	2						
		Aparente	1						
5	Facturación congruente con los procedimientos	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
6	Aplicación de injeción sin instrucción	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
7	Entrega de pendientes y agenda	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
		Ha aplica	0						
8	Segunda asignación	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
9	Una de Elemental de Protección Personal	Una	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha una	1						
10	Registro oportuno y completo de eventos adversos	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
		Ha aplica	0						
11	Manejo de síndromes	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
12	Manejo cuidadoso de equipar	Cumple	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha cumple	1						
13	Educación al usuario y su acompañante y registro en HC	Satisfactoria	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha satisfactoria	1						
14	Identificación del paciente	Satisfactoria	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha satisfactoria	1						
15	Percepción del paciente y la familia	Satisfactoria	3	0	0	0	0	0	0,00
		Ha satisfactoria	1						
		Cumple	3						

ITEMS GENERALES APLICAN PARA TODOS LOS SERVICIOS				
# CASILLA	ITEM EVALUADO	CUALIDAD	VR MAX	TOTAL
1	Aplicación - ejecución e instructivo	Cumple	3	0
		No cumple	1	
2	Segunda asignación	Cumple	3	0
		No cumple	1	
		No aplica	0	
3	Ura de Elemental de Protección Personal	Ura	3	0
		No ura	1	
4	Requiere oportuna y completa de eventos adversos	Cumple	3	0
		No cumple	1	
		No aplica	0	
5	Normas de aislamiento	Cumple	3	0
		No cumple	1	
		No aplica	0	
6	Manejo cuidadoso de equipar	Cumple	3	0
		No cumple	1	
7	Educación al usuario y su acompañante y registro en HC	Satisfactoria	3	0
		No satisfactoria	1	
8	Identificación del paciente	Satisfactoria	3	0
		No satisfactoria	1	
9	Percepción del paciente y la familia	Satisfactoria	3	0
		No satisfactoria	1	
		No aplica	0	
TOTAL				0

INTERPRETACION	Mayor o igual a 2,4	Excelente	●●●
	Entre 1,83 y 2,39	Regular	
	Menor o igual a 1,82	Deficiente	

BIBLIOGRAFÍA

(1) JOYCE D. et al. Citado por Ortega y Suárez en “Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería: Estrategias para su aplicación”. P 23.

(2) PASSADORE, A., ZAMUNNER, M. Auditoría en Enfermería. Parte de: Temas de Enfermería Actualizados. V. 07 No. 34, Octubre de 1999. P. 35

(3) Enfermería global. Revista electrónica y semestral de enfermería. Citado 2010. Disponible en: www.um.es/eglobal/Mayo de 2005 N.6. Página 4

(4) Decreto 1011 de 2006, artículo 32

(5) Decreto 1011 de 2006, artículo 33

(6) Ministerio de la Protección Social. pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. 2007

(7) Vuori. Calidad de los Servicios Sanitarios Masson. 1993

(8) Piscocoya José. Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. En: Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos Vol. 61, Nº 3 – 2000

(9) Revista cubana de salud pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas la Habana, 1/1996, P 1-12

(10) Revista académica de economía de estándares de calidad, Mariluz Llanes Font, Publicaciones Seriadadas ISSN 1696-8352

(11) Dueñas Fuentes JR. El proceso de atención de Enfermería PAE. [Sitio en Internet] Hallado en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

(12) Reyes Luna J, Jara Concha P, Merino Escobar JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Ciencia y enfermería XIII (1): 45-57, 2007

(13) Diccionario de la Real Academia Española [DRAE] (2004). 21° ed., Madrid

(14) Dracup, K. y Meléis, A. Compliance: an Interactionist Approach. Nursing Research 31(1) Jan-Feb: 31-36, 1982

(15) Sepúlveda, E. Adherencia al control de pacientes hipertensos y factores que la influyen. Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción. Revista Ciencia y Enfermería. Vol. 3(1): 49-58, 1997

(16) Roemer MI, Montoya Aguilar C. Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud, OMS. 1988

(17) Dueñas Araque OA. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud Gerencia salud Colombia. [Publicación periódica en línea] 2003. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>

(18) Ministerio de Protección Social. Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2006

(19) Ministerio de Protección social. Resolución 1043, anexo técnico 1 Pág.139 Estándar de procesos prioritarios asistenciales, numeral 5.1. Colombia, 2006

(20) Álvarez Cano Lina María y otros. Calidad de la atención en enfermería. 2007

(21) Ley 266 de 1996 (Enero 25) Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se

dictan otras disposiciones. Citado 2010. Disponible en:
http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

(22) PASSADORE, Alicia Cristina y Hermana ZAMUNNER; Mercedes.
“Auditoria de Enfermería”. En: Revista temas de enfermería actualizados(Arg)
Vol. 7 N° 34 octubre 1999