

Ensayos

Medwave 2013;13(9):e5810 doi: 10.5867/medwave.2013.09.5810

Creando una cultura de calidad hospitalaria

Towards a culture of quality hospitals

Autora: Anette Rodríguez L.⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Hospital de San Javier, Chile

E-mail: arodriguez@ssmaule.cl

Citación: Rodríguez A. Towards a culture of quality hospitals. *Medwave* 2013;13(9):e5810 doi: 10.5867/medwave.2013.09.5810

Fecha de envío: 17/7/2013

Fecha de aceptación: 25/9/2013

Fecha de publicación: 2/10/2013

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores, a doble ciego

Palabras clave: calidad, cultura, garantía de calidad, gestión de la calidad

Resumen

Introducción: en Chile nos enfrentamos hoy a una cultura de calidad inmadura y cambiar la cultura no es fácil. En nuestro país estamos comenzando a utilizar este concepto a propósito de la garantía explícita en salud de calidad y por la acreditación institucional de los establecimientos de salud.

Objetivo: entregar una orientación sobre lo que significa calidad y seguridad del paciente orientado no solo al usuario externo o cliente sino a nosotros como profesionales que trabajamos en equipo y para un equipo. **Perspectiva:** un sistema de calidad total está articulado en torno a las necesidades y preferencias de los pacientes, se basa en la participación de los profesionales y el trabajo en equipo, considerando a todos los actores de la institución, mediante un aprovechamiento óptimo de los recursos. **Conclusión:** al lograr optimizar los procesos y realizar nuestro quehacer con calidad se disminuyen los costos financieros, recursos humanos y físicos, equipamiento y tiempo, generando más recursos para entregar más prestaciones. Además, así se promueve la mejora continua de los procesos.

Abstract

Introduction. In Chile we have an incipient culture on quality in healthcare and changing this culture is not easy. In our country we are just beginning to use this concept with respect to the explicit guarantee on quality in healthcare provision and corresponding institutional accreditation of healthcare facilities. **Purpose.** To provide guidance on the meaning of quality in healthcare, geared not just toward patient safety and the external user or client, but also toward the professionals who conduct their work as a team. **Viewpoint.** Total quality is built around the needs and preferences of patients, is based on the participation of professionals and teamwork, and considers all stakeholders of the institution, through optimum utilization of resources. **Conclusion.** The optimization of processes and the enhancement of quality in our work will lead to lower financial, human and physical costs, as well as in equipment and time, thus freeing resources that become available for the provision of healthcare. Moreover, a cycle of continuous improvement can be promoted.

Introducción

En Chile nos enfrentamos hoy a una cultura de calidad inmadura. Expresiones como "yo lo hago a mi manera y siempre me ha dado buen resultado", "ya tenemos bastante trabajo y nos exigen más", "qué el hospital esté acreditado, supone que ¿nos van subir el sueldo?, ¿para qué necesitamos más trabajo?", son algunas de las muchas observaciones que los funcionarios realizan

cuando se habla de calidad y de los procesos de acreditación de prestadores.

Cambiar la cultura no es fácil. Muchas veces se ha pensado que no se puede, pero con lo que aquí se expone se pretende abordar la base, el cambio en la mentalidad de los usuarios internos para poder entregar un mejor servicio a los pacientes y sus familias. No sólo debemos

crear una cultura de calidad sino además ser conscientes de la trascendencia de la calidad asistencial. Debemos partir primero por el equipo directivo de la organización e identificar a aquellos líderes que servirán para influir en la población interna y llegar a todos los componentes del equipo de una forma clara y concreta, entregando el mensaje final de lo que significa trabajar con calidad.

Con la reforma de la salud en Chile, durante el año 2005 nacen las garantías explícitas en salud que permiten al Estado entregar prestaciones a patologías específicas, que incluyen cuatro garantías: acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Las tres primeras garantías están vigentes y pueden ser exigibles por la población. A partir de la entrada en vigencia de la garantía explícita en salud de calidad, los establecimientos que podrán otorgar prestaciones garantizadas explícitamente, deberán estar acreditados en la Superintendencia de Salud, si el Ministerio de Salud así lo exige (Figura 1)¹.

En Cuba, Francia y en las regiones de España es el propio Estado el que lleva adelante los programas de acreditación. En Brasil la *Organização Nacional da Acreditação* es un organismo privado, formado y sostenido por las entidades acreditadoras a la que el Estado otorgó carácter de superintendencia².

En Chile, la Superintendencia de Salud implementó en 2009 un programa de acreditación destinado a los establecimientos públicos y privados, con una condicionante: quienes no se acrediten no podrán brindar servicios a beneficiarios del plan de garantías explícitas en salud. Su finalidad es que la población pueda comparar a los prestadores de salud no sólo por precio, sino también por calidad.

En agosto de 2010 se había acreditado un establecimiento público, seis privados y otros 11 estaban desarrollando el proceso. En la actualidad existen 10 entidades con estas características: dos en Valparaíso y las restantes en Santiago, la capital del país. A la fecha, según lo informado por la Superintendencia de Salud, existen 35 instituciones acreditadas en Chile, encontrándose en la región del Maule sólo una: el Centro Mutual de Seguridad Cámara Chilena de la Construcción de Curicó. Del total solo tres hospitales públicos están acreditados (Figura 2): Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Hospital Padre Alberto Hurtado, Hospital San Juan de Dios, todos de Santiago. Hay que considerar que la fecha máxima puesta por el gobierno es a junio de 2013, lo que nos muestra la tendencia cultural en este concepto³.

Entendiendo el concepto de calidad

En 1910 Abraham Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos –conocido como Flexner Report–, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica⁴. Dos años más tarde Ernest Amory Codman desarrolló un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 el Colegio

Americano de Cirujanos emprendió estudios sobre la normalización de los hospitales⁵.

Para 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales. En 1951, en Estados Unidos, varios colegios de especialistas y agrupaciones estadounidenses y canadienses crean la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* <http://www.jointcommission.org>, que permite la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y las primeras definiciones de parámetros de calidad.

Una década después, en 1961, Avedis Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, donde expresa conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Esto es, la calidad en la asistencia sanitaria que considera tres pilares básicos: análisis de la estructura, del proceso y los resultados.

Cerca de los años setenta nacen los audits médicos, como método de control interno de la organización, con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro⁵.

La OMS ha manifestado interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud. En los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo y la administración total de la calidad. Asimismo, la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover la mejora en la calidad asistencial.

En Chile en 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en el área de infecciones intrahospitalarias y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El programa de evaluación de calidad de la atención hospitalaria empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud.

En la literatura existen en la actualidad variadas definiciones para el concepto de calidad. Roemer y Montoya-Aguilar⁶, definen calidad en salud como “*desempeño adecuado (de acuerdo a los estándares) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición*”. Por su parte Donabedian⁶ precisa que “*la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios*”. En tanto, el Ministerio de Salud y Población de Malawi planteaba en 1997 que “*la calidad es*

*hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y con la satisfacción de la comunidad*⁶.

Según lo antes expuesto, podemos distinguir que calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que debe ser la misma en todos los niveles de atención; es un proceso de mejoramiento continuo; es una cualidad objetivable y mensurable e involucra a toda la organización. Si las instituciones involucran en sus acciones la calidad, los resultados se traducirán en costos más bajos, ingresos más altos, clientes encantados y empleados con poder, es decir, un equipo de salud comprometido⁵.

Cómo debemos construir una cultura de calidad

Debemos basarnos en principios sólidos de liderazgo y rodearnos de “personas inteligentes”, es decir, personas con conocimiento y con habilidades blandas y de liderazgo⁷. Es importante comenzar con el trabajo en el equipo directivo del establecimiento. Además, se debe identificar e invitar a trabajar a aquellas personas que tengan características de líder, que sean seguidos por sus ideas o que representen a un grupo. Se trata de líderes que impliquen al resto del personal que participa en la actividad diaria sea cual sea su puesto de trabajo. Que lidere el grupo de trabajo, no de forma despótica sino consensuada. Y que desempeñe su trabajo bajo el cumplimiento de las normas éticas, con profesionalismo y de acuerdo a *lex artis*. Esta tarea lleva implícita el compromiso de servir a la sociedad.

Es importante sensibilizar a los profesionales, no sólo de la importancia del concepto de calidad, sino de por qué se creó, para qué, qué persigue y cuál es su fin último. También lo es el trabajar con un equipo que incluya todos los profesionales: técnicos, administrativos, auxiliares, residentes y facultativos, y realizar el trabajo con una organización más horizontal que permita la interrelación entre servicios para mejorar la atención al cliente. Es fundamental incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, fomentar y dar a conocer dentro de la organización la importancia de todos los actores, que cada uno cuenta y es determinante en la atención del paciente. De esta manera la atención se realizará con éxito y se conseguirán mejores resultados.

Otro aspecto fundamental es explicar y definir el objetivo de que todos los funcionarios deben comprender que el hospital está para la atención del paciente y sus familiares. Los objetivos deben ser gestionar mejor los recursos (gestión sanitaria), mejorar la asistencia de los pacientes (humanización de la sanidad), utilizar una política de calidad total, aplicar en la actividad diaria las terapias con mayor nivel de evidencia y recuperar el prestigio y el reconocimiento del facultativo (véase Tabla I).

En este sentido también cobra importancia el mejorar la información, obtenerla y analizarla. La tecnología es un apoyo a la gestión de la mejora de la información. Con

una información adecuada podemos disminuir errores, tener datos claros y certeros, ordenando la información del paciente. Es importante mantener los equipos computacionales en buenas condiciones, pero no es necesaria una tecnología de punta si no tenemos el personal capacitado o idóneo. En muchos casos una falla tecnológica o la mala utilización en alguno de los equipos puede hacer que los resultados de algún análisis clínico sean erróneos y eso puede conducir a graves consecuencias.

Aspectos claves a considerar para generar un cambio cultural

En primer lugar debemos reconocer que estamos en los albores del conocimiento de lo que es calidad, para qué sirve y cuál es su finalidad. Además debemos darnos cuenta como organización que el trabajar con calidad facilitará nuestro quehacer, disminuyendo la probabilidad de errores, mejorando la seguridad de nuestros pacientes, obteniendo más eficiencia y satisfacción para el paciente. Asimismo, mejorando el trato al usuario tendremos más beneficios personales en nuestra área laboral, el reconocimiento de nuestros pares y equipo de trabajo, lo que aumenta nuestra autoestima convirtiéndose en un círculo virtuoso. Esto quiere decir que nuestros actos forman parte de un circuito de trabajo que produce una mejora continua.

En este contexto, para producir el cambio cultural es necesario tener en cuenta:

- **La calidad con enfoque en el paciente:** debe estar íntegramente centrada en las necesidades del paciente y su familia.
- **Enfoque en la mejora de procesos:** al identificar las necesidades del paciente podremos dirigir mejor los procesos en virtud de lo que la población requiere. Como los procesos son atendidos por más de una persona, debemos comprometer al equipo que participa en cada uno de ellos. Esto implica un plan de humanización de la sanidad en el que la atención sanitaria va orientada al paciente que es el eje de nuestro trabajo. Hay que mejorar la accesibilidad al sistema, aumentar el confort durante su estancia y aumentar en la medida de lo posible los recursos optimizando su rendimiento.
- **La mejora continua siempre como meta:** hay que establecer metas a corto, mediano y largo plazo de forma constante y continua, que permitan estar siempre revisando la proactividad de los usuarios internos y producir formas de medición como indicadores que nos permita visualizar una mejora continua en calidad. A esto denominamos mejora continuada de la calidad mediante el sistema de gestión de la calidad: CHECK/ACT/PLAN/DO.
- **Reconocimiento de los éxitos para consolidar:** hay que incentivar a nuestros funcionarios, reconocer sus éxitos, resaltar entre sus pares cuando realicen una tarea de forma exitosa, dar a conocer y hacerlos distinguir entre sus pares. Este sistema nos lleva a crear una “marca” propia del centro.

Todos los funcionarios deben comprender que la institución está para prestar servicios al paciente y sus familias. El paciente es el eje de nuestra actividad y debe ser tratado con el respeto que se merece, fomentando la comunicación médico-paciente-familia y permitiéndole asumir todos los derechos que ostenta.

Aprender a trabajar con calidad no sólo beneficiará a nuestros pacientes y sus familias, sino que creará un nuevo ambiente interno, con un grupo de trabajo más consolidado, responsable de su quehacer y comprometido con la causa común de entregar un servicio de la mejor forma. Ello se traduce en el reconocimiento público que puede llevar a la organización a ser identificada como el mejor centro de atención de la red.

La tríada de calidad

La pirámide o triángulo de calidad (Figura 3), tiene como objetivo asegurar el involucramiento de toda la organización a través de tres áreas claramente identificables de la institución. La estructura permite insertar la calidad dentro de la organización a través de comprensión, medida y gestión de indicadores y procesos, los que deben incluirse en nuestras actividades.

Esta pirámide obliga a que exista un equipo de trabajo que se focalice en los procesos y determine si son necesarias algunas modificaciones.

Lean six sigma

Lean six sigma, es un programa de gestión de calidad que identifica la forma de mirar un proceso y desarrollar uno mejor. Se centra en la reducción o eliminación de los defectos o fallas en la prestación o entrega de un producto o servicio. Los esfuerzos de calidad pueden ser llevados a niveles mayores introduciendo un programa de calidad en la organización que permita hablar un lenguaje común⁸. En el enfoque de este programa hay un mayor énfasis en la medición, mejora y control sustentado en la eliminación de los procesos que no están funcionando.

En este contexto se puede identificar un sistema o programa que permita medir nuestros procesos de calidad, pudiendo revisar los resultados mediante la clave que es la satisfacción del paciente, lo que permite revisar datos y usarlos como herramientas de calidad.

Disminución de los errores

Implementar prácticas de seguridad es difícil, porque sabemos que involucra cambios de comportamiento, es decir cambios culturales.

Con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente debemos tener claridad que errar es humano. Todos nos equivocamos y nadie los hace en forma voluntaria. Lo importante es darse cuenta que los errores existen y que es necesario identificar los errores futuros diseñando procesos y programas de seguridad que permitan disminuir estas brechas (Tabla II).

Los errores latentes se pueden dar por el diseño del trabajo, las condiciones de trabajo, la práctica, y el diseño y mantenimiento de los equipos. Una vez determinadas las posibles causas de errores, debemos concentrarnos en eliminar estas fallas.

Por tanto para implementar el trabajo con calidad debemos tener claridad en que nos estamos equivocando, como podemos disminuir la brecha de errores de procesos cometidos, centrándonos principalmente en los factores humanos, para ir estableciendo prácticas de seguridad como: lavado de manos obligatorio, sistemas computarizados de atención médica y de profesionales, realización de protocolos, dosificación unitaria de medicamentos, entre otros. Al implementar y aumentar los controles podremos disminuir los errores (Tabla II)⁹.

Cultura de seguridad

Para lograr seguridad se deben cambiar las costumbres, para ello debemos convencernos de que la seguridad es una prioridad en nuestra actividad. Debemos tener liderazgo en nuestras acciones, buscar a las personas indicadas, habilitar a las personas del control de sus vidas y dar mayor responsabilidad de sus actos.

En este proceso prioritario debemos ser honestos y transparentes en el actuar, no castigar los errores, fomentar el respeto mutuo, trabajo en equipo y trabajar de acuerdo a las regulaciones, normas y procedimientos establecidos. Además, tenemos que recordar que todos son valiosos y necesarios en la organización, nadie es más o mejor que otro.

Satisfacción del paciente

Según las nuevas tendencias debemos concentrarnos en la satisfacción del paciente y sus familias. Uno de nuestros mejores indicadores para saber si las cosas las estamos haciendo bien son nuestros propios usuarios. Para ello es fundamental elaborar cuestionarios de calidad para los pacientes, quienes son un barómetro de nuestra actuación¹⁰ y con ello trabajar en mejorar los procesos, implementar las carencias y estar constantemente mejorando.

Las encuestas de satisfacción usuaria deben abarcar diferentes ámbitos: tratamiento, hospitalización, cuidados de enfermería, atención profesional no médica, servicio de administración, logística, trato, transparencia, etc.

Los tres pilares de desempeño en calidad

Las mediciones e indicadores permiten al usuario tener información, poder elegir y aumentar el grado de satisfacción¹¹. El desempeño en calidad se sustenta en:

1. Medición de resultados: midiendo los resultados podemos mejorar los procesos, revisando los indicadores como mortalidad, morbilidad, natalidad, entre otros. No sacamos nada con tener indicadores si no somos capaces de revisarlos y actuar.
2. Mediciones de procesos: cumplimiento de los protocolos. Por ejemplo, la medición del número de

ataques cardíacos, neumonías, mejoras en el cuidado quirúrgico, problemas respiratorios infantiles, etc.

3. Mediciones de satisfacción de los pacientes y sus familias: medir mediante indicadores cuán satisfechos están nuestros usuarios con nuestro quehacer, nuestro trato y el resultado final.

Aspectos importantes a considerar

Existen muchos factores a considerar al momento de potenciar el desempeño con calidad. En la Tabla III se presentan algunos aspectos claves:

Podemos relacionar la satisfacción del usuario, con indicadores como menor mortalidad, baja en la readmisión de pacientes, baja demanda por malas praxis, menores costos y mayor rentabilidad, coordinación y gestión de altas, optimización en la utilización de pabellones quirúrgicos, tiempos de ocupación, estancias hospitalarias, satisfacción del cliente interno, codificación de las patologías, reducción de listas de espera quirúrgica, protocolos de antiagregación.

Comunicación con las familias

Otro aspecto importante es la comunicación con los familiares del paciente. Debemos mantenerlos siempre informados. Esto disminuirá potencialmente la carga emocional de las familias en relación con su paciente, lo que permite mejorar la satisfacción usuaria. Una buena comunicación médico-paciente-familia mejora la percepción de la atención. Eso, sin contar con la reducción de la tasa de días de estada del paciente y de readmisión, así como de una mayor conformidad del usuario.

Si bien existen protocolos de información, se hace relevante en nuestra cultura actual considerar no sólo la entrega de información personalmente. Por ejemplo, se puede implementar la información del estado de su paciente por mensajes de textos, aprovechando el aumento de celulares en la población.

En Estados Unidos, específicamente en *Tufts Medical Center*, Boston, se ha implementado la mejora de la comunicación a través de los enfermeros o jefes coordinadores de la unidad personalmente, además de la incorporación de mensajes estándares donde sólo se cambia el nombre del paciente. Este mecanismo ha permitido la contención del familiar angustiado por su paciente, aumentando la lealtad con la institución.

Al aumentar la comunicación se disminuye la carga en el médico y enfermera al ser requeridos por todos los familiares que quieren saber sobre el estado de un paciente. Además, no es un sistema difícil ni costoso de implementar.

Tareas concretas a realizar

Debemos comenzar con sonoros principios de gestión y liderazgo, rodeándonos de personas útiles.

- Identificar a cada funcionario y lograr que todos conozcan su hospital.

- Exponer al director del hospital que calidad involucra mucho más que sólo el médico realice bien una intervención, o que determine oportunamente un diagnóstico. El primer paso es implicar al director en qué es calidad y cuál es su objetivo final.
- Realizar exposición al equipo directivo.
- Conformar un equipo de trabajo.
- Crear procesos de información de forma transversal y lineal de la organización. Una alternativa son los comités de trabajo donde los líderes y representantes comuniquen y bajen la información con herramientas que puedan ser recibidas por todos los funcionarios, de forma clara y concisa.
- Crear líneas de trabajo a seguir para protocolizar el proceso de intervención de la población interna.
- Establecer indicadores de gestión de procedimientos que permitan revisar continuamente las mejoras que se han obtenido.
- Crear un comité de atención de usuarios que trabaje mancomunadamente con el equipo de las oficinas de informaciones, reclamos y sugerencias, así como con representantes de la dirección. El comité revisará los reclamos, sugerencias y observaciones para establecer criterios de cambios de procesos cuando sea necesario. Es lo que se denomina servicios de atención al usuario, los que deben responder a las reclamaciones y sugerencias de los clientes externos, permitiendo un impacto interno en la organización.
- Transmitir la información utilizando medios como el consejo de desarrollo local para hacer partícipe a la población del cambio. Aprovechar los órganos coparticipativos con los hospitales para difundir la información.
- Revisar constantemente el registro de prestadores de todos los funcionarios contratados para verificar su acreditación individual en el sistema.
- Realizar y/o revisar indicadores que permitan a los equipos compararse con instituciones similares. Por ejemplo, tasa infecciones intrahospitalarias por unidad o servicio, promedio días de hospitalización, mortalidad, morbilidad, tasa de úlceras por presión, infecciones de catéter, problemas respiratorios post-cirugía. Los indicadores serán evaluados constantemente por un comité de trabajo con el objetivo de mejorar lo que denominamos *bench-marking* que compara centros de características parecidas los resultados que tienen. Para ello podemos aplicar los grupos relacionados a diagnóstico.
- Revisar indicadores medibles como total egresos hospitalarios por patologías para determinar la frecuencia de ciertas enfermedades, época de mayor afluencia y tomar decisiones que permitan apoyar mejor al equipo de trabajo.
- Realizar un estudio que revise la tasa de readmisión hospitalaria dentro de los 30 días luego del alta, con el objeto de determinar cómo estaban los pacientes de preparados antes de dejar el hospital.
- Informar mediante ficheros en lugares estratégicos del hospital del avance, de los resultados de los indicadores, qué unidad o servicio ha disminuido o mejorado su indicador y estimularlos siempre mediante incentivos.

- Publicar los éxitos y los resultados, reconociendo al equipo de trabajo, unidad o persona, enviando correos electrónicos o por alto parlantes.
- Identificar la brecha de la necesidad de educar, informar y comunicar.
- Poner a disposición los datos a todas las unidades de enfermería, que sean discutidos por el equipo y en reuniones de trabajo.
- Definir los errores e implementar prácticas de seguridad.

Conclusión

Hoy nuestros esfuerzos máximos deben orientarse a cómo hacemos las cosas, estandarizar procesos, acreditar establecimientos. Dichas herramientas nos permitirán progresar en calidad, mejorando el trato al usuario, disminuyendo los errores clínicos y administrativos que permitirán tener un mejor manejo, que sin duda será reconocido en un corto y mediano plazo por nuestra población. No debemos olvidar que el paciente o cliente externo es nuestro eje de trabajo.

Reconocimiento, incentivos, metas, son aspectos claves para fomentar a nuestros funcionarios a realizar mejor y más tareas, a trabajar en equipo, a identificarnos con nuestra organización, reconociendo que somos parte importante y que cada uno cuenta para lograr los objetivos, resaltando a aquel que logre metas o permita algún logro hospitalario. Es importante distinguir los incentivos para lo que debemos conocer a nuestro personal, pues los incentivos son importantes pero deben ser individualizados y no colectivos, tema extremadamente complejos en algunas sociedades.

Debemos darnos cuenta que nuestra principal meta es el servicio prestado a nuestros pacientes y sus familias. Que el mundo está cambiando, al igual que la población y que debemos embarcarnos en el trabajo en y con calidad. Este proceso generará un círculo virtuoso dentro de la organización en el que el trabajo en equipo, en que las decisiones y acciones realizadas con calidad, involucren un beneficio para todos.

El gran desafío es generar una nueva cultura, un cambio en nuestro quehacer habitual.

Al lograr optimizar los procesos y realizar nuestro quehacer con calidad, seremos capaces de disminuir los costos, no sólo financieros sino de tiempo, de recursos humanos, físicos, de equipamiento, y obtener más recursos que serán invertidos en más prestaciones. Así propiciamos la mejora continua de los procesos. Seguir trabajando para mejorar la satisfacción del cliente externo, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y disminuir los errores, trabajar en equipo, hacer

participe a todos los funcionarios partiendo por el director y el equipo directivo, sentirse parte de una organización que nos necesita y que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y el mundo necesita, son la quintaesencia de la cultura de calidad.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

La autora ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del artículo; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando a la autora responsable.

Referencias

1. Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud. Pagina web. Supersalud.gob.cl [on line]. | [Link](#) |
2. Otero R. La acreditación en salud. Itaes. 2011;13(3):10-17. | [Link](#) |
3. Superintendencia de Salud. Registro de prestadores acreditados. Supersalud.gob.cl [on line]. | [Link](#) |
4. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. Bulletin number four. New York: Carnegie Foundation, 1910. | [Link](#) |
5. Chandia Y. Introducción a la calidad en salud. Sociedad Chilena de enfermeras de pabellones y esterilización, 2006. | [Link](#) |
6. Calidad en la Atención de Salud, capítulo II. Acreditación en Salud. [curso e-learning]. | [Link](#) |
7. Zane EM. Cultura de calidad. En: Seminario Salud en el siglo XXI. Harvard School of Public Health, Harvard University; Boston, Massachusetts; Noviembre 2012.
8. Glasgow JM, Scott-Caziewell JR, Kaboli PJ. Guiding inpatient quality improvement: a systematic review of Lean and Six Sigma. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010 Dec;36(12):533-40. | [PubMed](#) |
9. Leape L. Mejoras en la Seguridad del paciente. En: Seminario Salud en el siglo XXI. Harvard School of Public Health, Harvard University; Boston, Massachusetts; Noviembre 2012
10. Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994 Dec 21;272(23):1851-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Siegrist Jr, Richard B. Nuevos enfoques sobre la mejora de calidad hospitalaria, eficiencia y satisfacción del paciente. En: Seminario Salud en el siglo XXI. Harvard School of Public Health, Harvard University; Boston, Massachusetts; Noviembre 2012.

Tablas y figuras

Aspectos a considerar en la cultura en calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación clara hacia la población, (reflejada expresamente en misión, visión y valores). • Focalización de intereses hacia su propio personal. • Capacidad de trabajo en y como un equipo • Búsqueda constante de seguridad en las actuaciones. • Crear un ambiente interno de trabajo con un clima de sinceridad y confianza para poder expresar realmente las opiniones. • Espíritu de mejora continua.

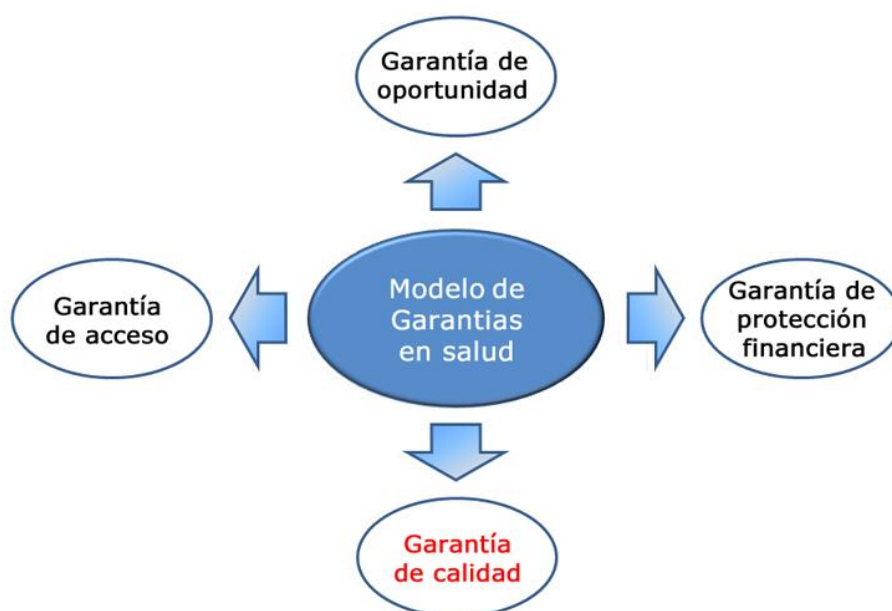
Tabla I. Elementos que debe internalizar la cultura en calidad.

Principales factores humanos que permiten cometer errores	
Depender de la memoria	Al no tener protocolizados los procesos y trabajar apoyado en su memoria permite aumentar la brecha de errores. Hoy la tendencia es tener guías clínicas para afrontar los diferentes procesos.
Trabajar con procesos complicados	Debemos orientarnos a simplificar los procesos (reducir la complejidad de los mismos).
No estandarizar	Debemos crear líneas estándares de funcionamiento, que sean una guía y herramienta de uso por la cual los profesionales deban normalizar su accionar.
Usar restricciones y obligar las funciones	
No usar protocolos y listas de verificación	

Tabla II. Factores humanos que posibilitan la comisión de errores.

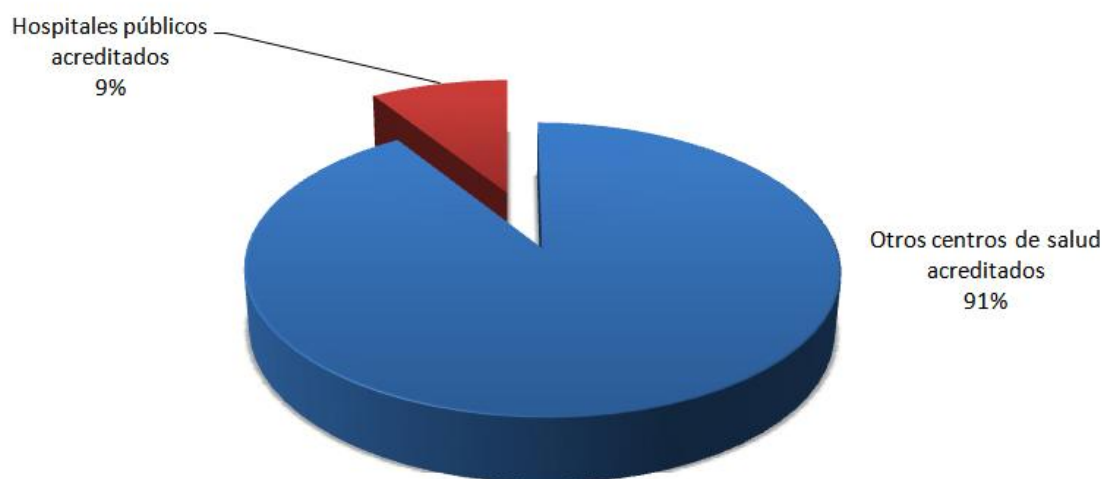
Aspectos fundamentales en el desempeño con calidad
Comunicación médico-paciente-familiar.
Enfoque biopsicosocial.
Comunicación con las enfermeras.
Capacidad de respuesta del personal
Limpieza del establecimiento
Manejo del dolor
Silencio dentro del establecimiento, que permita tranquilidad del paciente
Comunicación sobre los medicamentos a administrar
Información clara al alta médica
Potenciar cirugías ambulatorias
Reducción de estancia hospitalaria
Creación de unidades de atención domiciliaria
Facilitar accesibilidad por la red
Mejorar sistemas de información
Mejoras de equipamiento, en ocasiones no de última tecnología y mantenerlos con sus mantenciones al día
Potenciar la docencia y formación en el centro
Facilitar la investigación
Mejorar la salud laboral y la seguridad en el centro para pacientes y el personal
Aumentar el recurso humano
Mejorar la hotelería

Tabla III. Elementos claves para potenciar el desempeño en calidad.



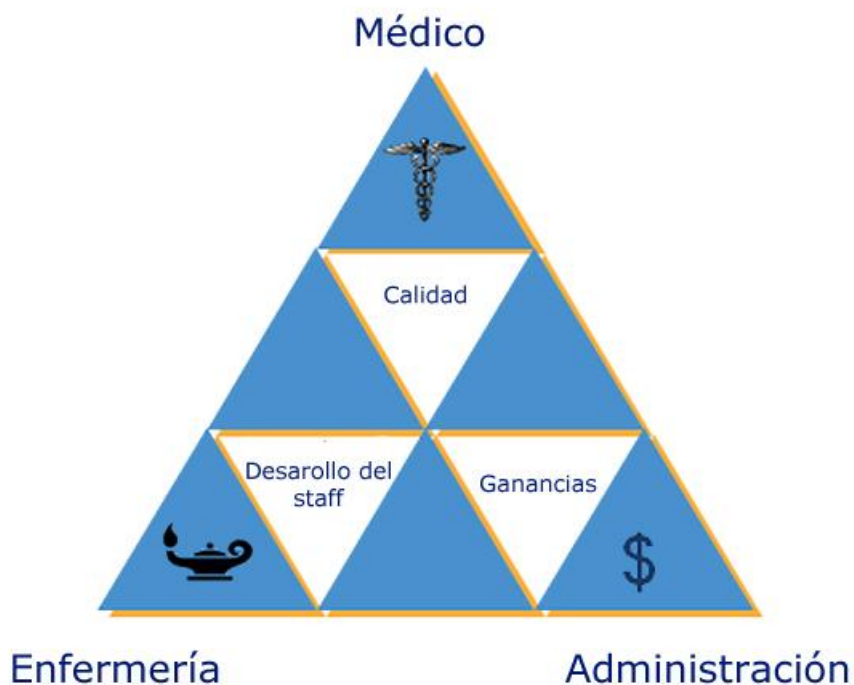
Adaptado de: Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

Figura 1. Modelo de Garantías en Salud.



Fuente: elaboración propia sobre la base de lo informado en <http://www.supersalud.gob.cl/acreditacion/567/w3-article-6681.html>

Figura 2. Hospitales públicos acreditados del total de centros de salud acreditados en Chile.



Fuente: Zane, Ellen M⁷.

Figura 3. Estructura triada de trabajo de calidad.

Correspondencia a:
Calle Riquelme N°1131
San Javier
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.