

# GESTIÓN INTEGRADA E INTEGRABLE DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

## LOS DIEZ PRINCIPIOS DE GESTION

**Dr. Roberto Rubén Pittaluga y Lic. Florencia Alicia Pittaluga**

### **INTRODUCCION:**

Como ha dicho Deming, el empleo de procesos estructurados da, a mediano plazo, mejores resultados que la resolución de los problemas en forma no estructurada.

Planificar, hacer, verificar y actuar nos permite ser más eficaces que el estar apagando incendios permanentemente.

En las organizaciones de Salud, incluidos los Ministerios, Secretarías y sus dependencias, las financiadoras, con o sin fines de lucro y las asistenciales; es una realidad cotidiana observar como se desperdician esfuerzos y recursos por fallas de gestión. Diferentes modelos han sido empleados con éxito variado. Los modelos de los premios a la calidad, de acreditación y de certificación de sistemas de gestión han aportado una rica experiencia que no debe ser desaprovechada.

Nuestro equipo ha realizado una síntesis, con miras a la posible aplicación de un modelo integrador que incluya seis subsistemas de gestión:

#### **Cuatro sustanciales:**

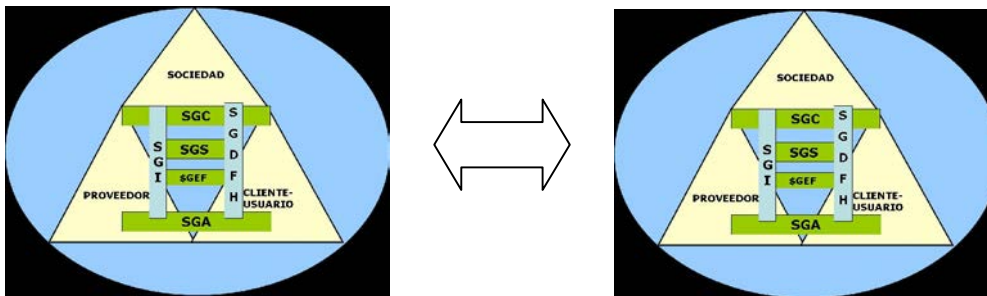
El de gestión de la calidad  
El de gestión ambiental  
El de gestión de la seguridad  
El de gestión económico-financiero

#### **Dos Integradores:**

El de gestión de la información  
El de gestión y desarrollo del factor humano

Todos ellos regidos por diez principios que si son comprendidos y aplicados adecuadamente podrían asegurar la implementación de un sistema integrado e integrable y sostener desde la planificación estratégica y operativa hasta la medición, seguimiento y mejora de las organizaciones de salud.

Figura 1 –Sistemas de gestión integrado (SGI) interactuando con el de otra organización.



## LOS DIEZ PRINCIPIOS RECTORES

Alineados con los valores sustentados por la Organización Mundial de la Salud, de Ética, Solidaridad, Accesibilidad, Equidad y Eficiencia, los ocho principios mencionados en la norma ISO 9000:2005 y la experiencia recogida en más de 30 años, consideramos oportuno fijar los siguientes principios rectores en la implementación de sistemas de gestión en la organizaciones de salud:

1. Enfoque sistémico para la gestión
2. Gestión por procesos
3. Enfoque basado en hechos (*evidencias-indicadores*) para la toma de decisiones
4. Mejora continua
5. Trabajo en equipo interdisciplinario y en Red.
6. Enfoque en el ciudadano-paciente-usuario
7. Liderazgo
8. Desarrollo y participación del factor humano
9. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.
10. Respeto del marco ético-profesional/Compromiso Social.

Es fundamental que la conducción y el personal de las organizaciones de salud logren asimilarlos para asegurar el éxito en la gestión.

Favorecen la interpretación de los requisitos establecidos por la OPS-OMS, el Programa Nacional de Garantía de la Calidad, los de los Premios Nacionales y en la Norma ISO 9001:2008, ISO 14000, OSHAS 18000 y

**otras referenciales de gestión, buenas prácticas o de productos, y permite aplicar con criterio las directrices para la mejora del desempeño contenidas en la Norma ISO 9004:2009, el documento IWA 1, y otros modelos de gestión.**

#### **UTILIDAD DE LOS PRINCIPIOS.**

- **Estos principios pueden usarse para:**
- Determinar la solidez de los sistemas de gestión integrados e integrables (SGIeI) de la organización y sus componentes (la política, los objetivos, los planes, los documentos y los procesos).
- Implementar diferentes modelos de gestión bajo condiciones controladas.
- Modificar el enfoque y la metodología de realización de las auditorías internas de sistema y articularlas satisfactoriamente con las auditorías médicas y administrativas tradicionales.
- Contar con una referencia de valores a armonizar con los de la propia organización.

**El conocimiento y la aplicación de estos principios tienen por propósito que los responsables de los procesos críticos<sup>1</sup> que tienen lugar en una organización de salud:**

- Diseñen y gestionen eficazmente<sup>2</sup> sus procesos para lograr objetivos integrados
- Superen la piramidal administración por funciones y por recursos.
- Elijan las actividades correctas<sup>3</sup> y adecuadas<sup>4</sup> a desarrollar, basándose en un análisis objetivo<sup>5</sup> del ambiente en el que trabajan.
- No sigan procedimientos que no se ajustan a la práctica ni agregan valor.
- Creen un ambiente en el cual el personal se sienta motivado superando los esquemas sustentados en el miedo y reemplazándolos por los basados en la confianza.

---

<sup>1</sup> Proceso crítico: Es aquel que afecta los resultados de los procesos de realización de la organización de salud.

<sup>2</sup> Eficacia: Alcanzar los resultados planificados.

<sup>3</sup> Correcto: Lo que cumple con los requisitos establecidos. Sinónimo: Conforme.

<sup>4</sup> Adecuado: Lo que alcanza o mejora el resultado planificado.

<sup>5</sup> Análisis objetivo: Es el sustentado en la evaluación sistemática de los indicadores de gestión u otro tipo de evidencia verificable.

- o Eviten el uso de documentación burocrática que anule la iniciativa y la creatividad

La falta de la adecuada aplicación de los principios de gestión es la causa principal de los problemas y costos por mala gestión de las organizaciones de Salud. Se estima en el orden de 30 al 40 % del presupuesto total según se trate del sector privado o del sector público<sup>6</sup>.

Este modelo apunta a un cambio real en el rumbo: pasar de la administración de recursos y por funciones a la gestión por objetivos, por procesos y por resultados con el objeto de satisfacer una demanda creciente en cantidad y complejidad con medios siempre limitados.

### CICLO DE DEMING

Los sistemas de gestión apuntan a la prevención de riesgos y la mejora continua. El ciclo de Deming está implícito en ellos. Cuando se implantan estos modelos es conveniente:

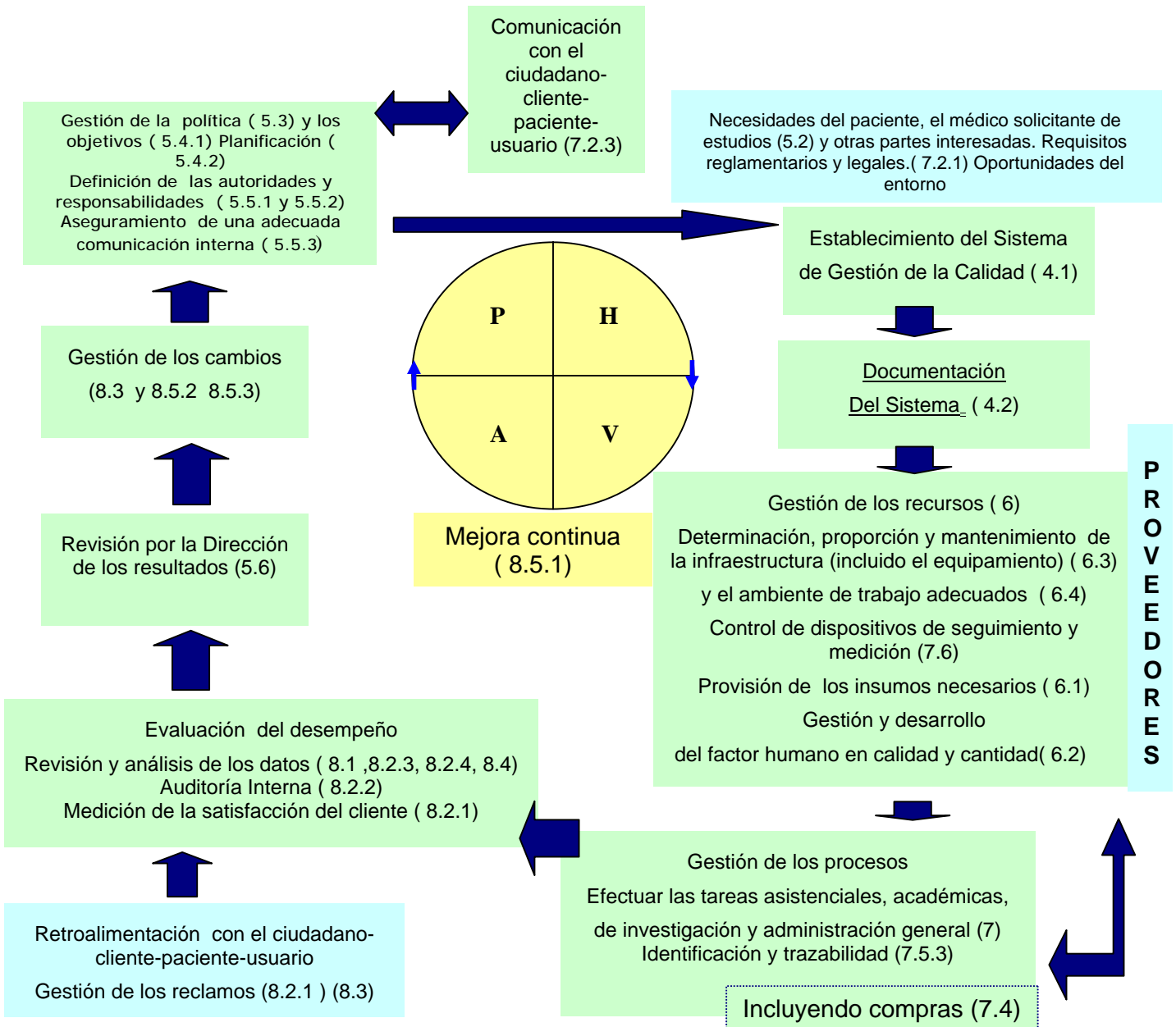
- 1) Definir claramente el propósito (**Misión**) y objetivos de la organización de Salud en función de satisfacer las necesidades de quien recibe un producto o servicio.<sup>7</sup>
- 2) Diseñar los procesos necesarios para alcanzar dichos objetivos.
- 3) Promover un ambiente favorable para el desarrollo y la participación del personal con el objeto de asegurar su competencia.
- 4) Planificar y ejecutar una eficaz gestión de los recursos<sup>8</sup>
- 5) Gestionar los procesos
- 6) Medir y analizar los resultados requeridos .Evaluar el desempeño de los productos, los procesos y las personas.
- 7) Emplear los resultados informados para la toma de decisiones efectivas con miras a la mejora continua. Realizar una sistemática revisión por la Dirección.

En la figura 2 se correlacionan los apartados de la norma ISO 9001:2008 y los diferentes pasos de Ciclo.

<sup>6</sup> Naveh, Eitan y cols. : "El Costo de la no calidad en Israel". 1996.

<sup>7</sup> Los ciudadanos-clientes-pacientes-usuarios .A partir de ahora utilizaremos el término usuario

<sup>8</sup> Recursos físicos y materiales , financieros y de información



**Figura 2 – Procesos de un sistema de gestión según los requisitos de normas de la serie ISO 9000:2005 a ser aplicado en las organizaciones de Salud.**

## SITUACION ACTUAL Y REQUISITOS PARA EL CAMBIO

Muchas áreas de las organizaciones de salud se gestionan en forma relativamente estanca con escasa comunicación efectiva entre ellas. Esto es más notable cuando se trata de la interacción entre los sectores asistenciales con los administrativos o de apoyo.

La organización actual está establecida por funciones. Sin embargo, lo que permite que las cosas que se deben hacer sean hechas bien, en tiempo y forma, es el conjunto de procesos interrelacionados que se entrecruzan en todos los sentidos, involucran a diferentes personas y de distintas maneras permanentemente. De allí que, si bien es importante contar con una estructura jerárquica, cargos y funciones claramente definidos, debemos repensar la forma en que abordamos nuestra gestión teniendo en cuenta orientarla por procesos.

Un SGIEI se sustenta en el reconocimiento de las necesidades de los usuarios y otras partes interesadas, y la transformación de dichas necesidades en requisitos a ser cumplidos.

Luego, a través de un correcto ejercicio de sus responsabilidades en la adecuada gestión de los recursos y de los procesos, la medición y el análisis sistemático de resultados logran ofrecer servicios que satisfacen las necesidades de dichos usuarios y las partes interesadas.

En la figura 2 se aprecia el esquema en el que se apoya esta lógica.<sup>9</sup>

Este esquema se complementa con el que muestra la interrelación entre los macro procesos relacionados con la mejora de la calidad asistencial.<sup>10</sup> (Fig. 3)

Para realizar este cambio cultural debemos considerar cinco aspectos fundamentales<sup>11</sup>:

- 1) Contar con una visión clara definida por la alta dirección. Su ausencia produce confusión.

---

<sup>9</sup> García Mónaco, Ricardo & Pittaluga, Roberto R.: *Introducción al gerenciamiento de diagnóstico por*

<sup>10</sup> Modificado de : Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina: Estandarización de procesos asistenciales –Calidad en la gestión clínica. Pag. 10 2007

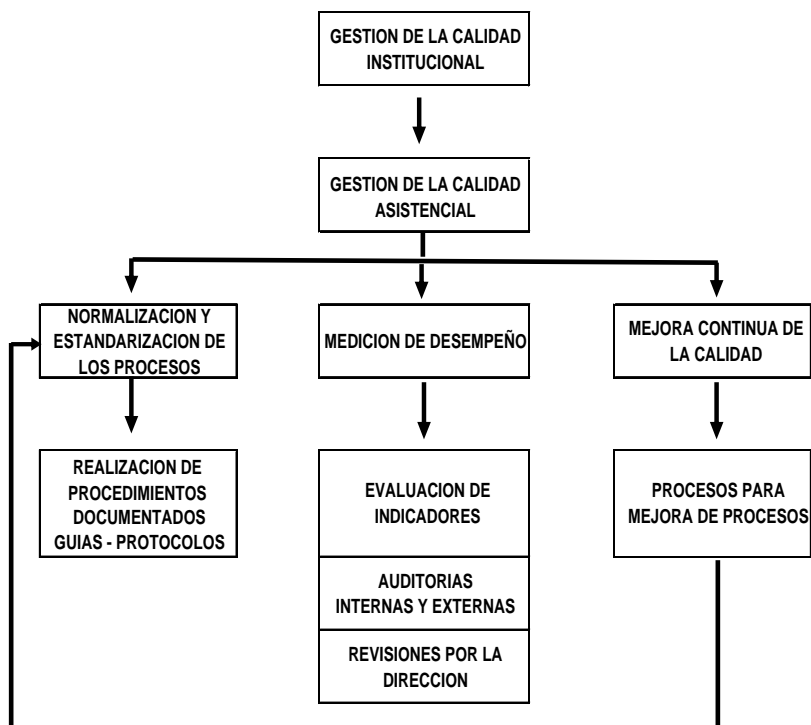
<sup>11</sup> Pittaluga, R.R. y cols.: *Gerenciamiento de cambios complejos*. Material de Delta Q SRL para la capacitación de gerentes de la AFIP, Junín. 1997.

- 2) Asegurar el nivel de competencia de las personas a involucrar. Caso contrario se sufrirá ansiedad y estrés con las consiguientes fallas en la implementación.
- 3) Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios. Su falta genera frustración del personal.
- 4) Contar con una política de reconocimiento que diferencie al que "contribuye con la constancia de propósito" respecto del que sólo cumple o incluso dificulta el proceso de cambio. De no hacerlo corremos el riesgo de que el proyecto se estanque o demore.
- 5) Desarrollar un plan que dé certidumbre sobre las metas a alcanzar y el cómo hacerlo.

Para este último paso hay que tener en cuenta tres cuestiones claves:

- 1) Contar con un proyecto de gobierno institucional que incluya la clara definición de la misión, visión, valores, política y objetivos así como los detalles del plan estratégico.
- 2) Determinar la capacidad actual de la organización para enfrentar el cambio.
- 3) Asegurar la gobernabilidad del sistema. Evaluar cuáles son los intereses contrapuestos y sinérgicos de los diferentes actores así como las circunstancias imperantes que pueden facilitar o entorpecer la factibilidad del proyecto de cambio.

Es fundamental contar con un buen análisis FODA que determine la situación de la organización y su entorno.



**Fig. 3. Macroprocesos relacionados con la gestión de la calidad asistencial<sup>12</sup>**

## ANALISIS DE CADA PRINCIPIO DE GESTION

### ENFOQUE SISTEMICO PARA LA GESTIÓN

*Identificar, definir, describir, documentar, medir, controlar y mejorar los procesos interrelacionados es lo que permite a un sistema de gestión facilitar que una organización de Salud alcance la eficacia y eficiencia en el logro de sus objetivos.*

#### Generalidades

Para alcanzar un adecuado desempeño en una organización de Salud, no alcanza con asegurar la calidad técnico profesional, aunque ésta sea el eje primordial de toda la actividad. Es indispensable, además conseguir una eficiente gestión y lograr que la interrelación entre los miembros de la

<sup>12</sup> Modificado de un esquema similar publicado por el Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina en : "Estandarización de procesos asistenciales –Calidad en la gestión clínica". 2007



institución se sustente en un esquema de valores orientados a asegurar la calidad de los servicios y sobre todo de las personas.

Todo esto teniendo en cuenta el permanente cambio de un entorno dominado por la incertidumbre.

Los procesos que se llevan a cabo en los Ministerios y sus organismos dependientes así como en las diferentes empresas de Salud y sus proveedores interactúan de manera tal que un cambio en uno de ellos repercutirá seguramente en otros y por ende, en todo el sistema.

Aun predomina en muchas organizaciones de Salud un sistema de gestión cerrado, vertical, por funciones y basado en el miedo donde los errores se ocultaban para evitar sanciones.

Hay que trabajar arduamente para revertir esta situación y convertirlos en dinámicos, horizontales, abiertos (involucrando a proveedores y usuarios), basados en la gestión por procesos, sustentados en la confianza.

Los desvíos y fallas se deben considerar posibilidades de mejora y se deben buscar, evaluar y aplicar las acciones correctivas, controlarse los resultados y establecerse los cambios. También, debe promoverse la propuesta de acciones preventivas.

Por otra parte, las organizaciones de Salud deberían contar con varios subsistemas de gestión (de la calidad, ambiental, de la seguridad, económico – financiero, de la información y de desarrollo del factor humano). Todos ellos deberían ser diseñados, implementados, controlados y mejorados teniendo en cuenta su interacción.

Son escasos los jefes de las organizaciones de salud que cuentan con esta capacidad y suelen tomar medidas que parecen *prima facie* lógicas pero que con el tiempo se observan consecuencias negativas, por no haber tenido en cuenta en la elección de ésta, las posibles repercusiones en los procesos con los que interacciona.

Un ejemplo es cuando se descuidan las actividades de formación del personal para bajar costos o tiempos y luego se terminan pagando sumas mayores por costos de mala calidad relacionadas con las quejas, fallas, repeticiones, reprocesos y juicios por mala praxis.

**Posibles medidas para la implementación de este principio:**

- Estructurar un sistema para alcanzar los objetivos de la organización de Salud de la forma más eficaz y eficiente.
- Capacitar a las jefaturas para que tomen conciencia y entiendan las interdependencias existentes entre los diferentes procesos del sistema.
- Mejorar la comprensión de los roles y responsabilidades para el alcance de los objetivos comunes .Reducir las barreras interpersonales e interinstitucionales.
- Entender las limitaciones en las capacidades de la organización antes de actuar.
- Definir como deberían funcionar las actividades específicas dentro del sistema.
- Establecer métodos de seguimiento y medición para la mejora continua del sistema.

#### **Resultados esperables:**

- Mejorar el alcance de los resultados deseados
- Mejorar la capacidad para enfocar los esfuerzos en los procesos críticos
- Aumentar la confianza en la calidad de la organización

### **GESTIÓN POR PROCESOS**

#### **Generalidades**

*Un resultado deseado se logra más eficientemente cuando las actividades y sus recursos son gestionados como un proceso.*

Los procesos son actos dinámicos y están sujetos a factores cambiantes. Mediante ellos se llevan a cabo todas las actividades de la organización de salud. Conocer y definir claramente los procesos críticos, tanto de dirección, como de realización, soporte y gestión; así como lograr su adecuada interrelación asegura la calidad de los resultados.

Los procedimientos, expresión documentada del proceso, son más estáticos. Cambian sólo cuando los responsables consideran que las variaciones son lo suficientemente significativas para volcarlas al documento de referencia. Si son empleados correctamente facilitan al personal la realización de sus tareas.

La gestión por procesos permite repensar la forma en que se hacen las cosas y redefinir las autoridades y responsabilidades ya no por las funciones jerárquicas sino por el rol que le compete a la persona en las diferentes etapas del proceso. Apunta a la mejora de la eficiencia mediante la reducción de los tiempos y los costos a través del aprovechamiento de los talentos, los recursos económicos, los materiales, y las metodologías de trabajo.

La prevención de los riesgos e impactos no deseados de las actividades en los pacientes y el personal, los proveedores y otros es un aspecto insoslayable en este tipo de gestión.

**Posibles medidas para la implementación de este principio:**

- Diseñar e implementar un programa de capacitación y entrenamiento del personal en la gestión por procesos y en la técnica de procesos para mejora de los procesos
- Capacitar y entrenar a los jefes de cada organismo, programa o servicio para que puedan desarrollar su diagrama de procesos críticos y gestionarlos con enfoque sistémico.
- Promover los equipos de mejora interdisciplinarios que apliquen este principio.

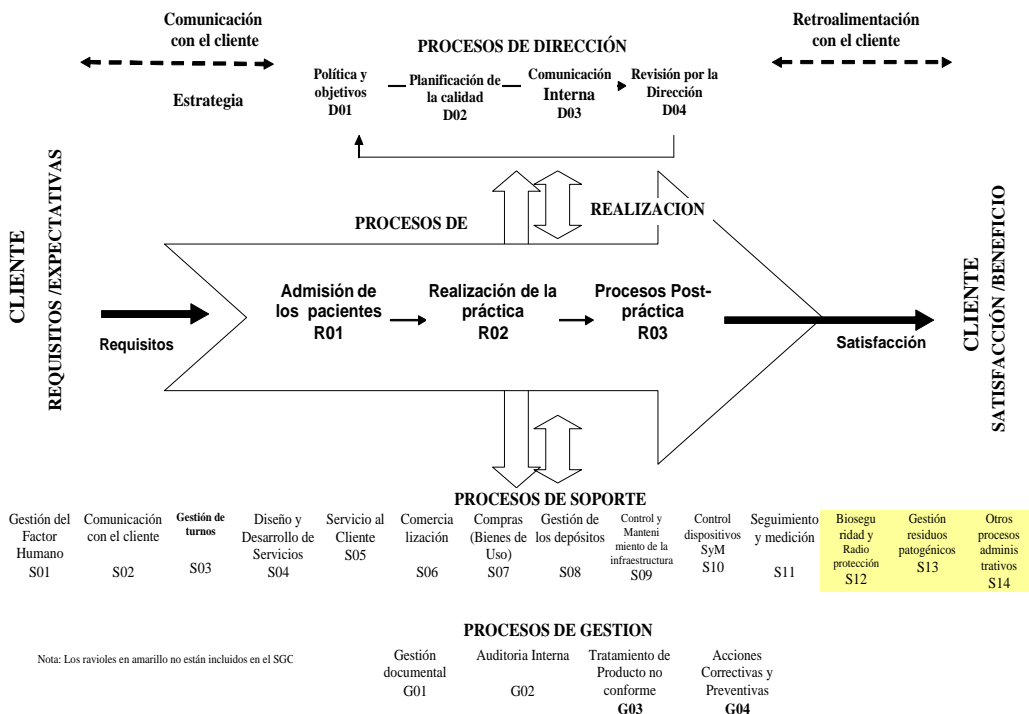
- Mostrar a través de los resultados obtenidos las ventajas del modelo
- Reconocer a las personas y servicios que se involucren en las pruebas piloto

**Resultados esperables:**

- Lograr una mejor comprensión por parte de los diferentes actores de su necesidad recíproca de apoyarse en la búsqueda de las soluciones a los problemas que le son comunes
- Lograr una mayor interacción efectiva entre los diferentes sectores de la organización
- Alcanzar una mejora objetiva y medible en los resultados de los procesos .
- Conocer de forma integral a la organización por parte de todos los niveles involucrados
- Lograr la toma de conciencia del personal de la importancia e impacto de su tarea.
- Lograr darse cuenta del potencial efecto mariposa de una medida aparentemente focal.

- Mejorar la capacidad para generar y compartir datos, información y conocimiento.
- Fomentar el sentimiento de "equipo de salud" entre las partes involucradas.

(Ver figura 4-Modelo de un diagrama de proceso aplicable a un servicio de un hospital público)<sup>13</sup>



## ENFOQUE BASADO EN HECHOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

### Generalidades

*Las decisiones efectivas están basadas en el adecuado análisis del dato.*

La norma ISO 9001:2008 asigna a este aspecto suma trascendencia (Apartado 8.4) así como los modelos de excelencia (Premios Nacionales a la Calidad).

Mediante el análisis de los datos se construye la información que al ser aplicada a la mejora de la organización de salud genera conocimiento. Del uso conveniente del conocimiento depende el nivel de desempeño de las personas y de la institución de Salud.

<sup>13</sup> Dr. Pittaluga, R.R. y cols. Experiencias en el Hospital Pedro de Elizalde-Buenos Aires (1998-2008) y Hospital San Roque -Gonnet (2007-2010) Hospital de Niños Avelino Castelán - Resistencia (2008-2010)

Los hechos surgen de la observación de evidencias objetivas interpretadas por gente calificada (Personal con conocimientos de control estadístico de procesos (CEP) y auditores de sistemas de gestión entre otros) y usando herramientas apropiadas. El CEP permite tener una visión mensurable y comparable de la evolución de los objetivos y resultados. Contribuye a contar con una percepción más ajustada de la realidad y de esa forma reducir el riesgo de la toma de decisiones inadecuadas. La información debe ser conocida y aprovechada por todo el personal en forma rápida, precisa y segura. Por eso asegurar su fácil accesibilidad es clave en la medida que le resulte útil al personal para la operación y el control adecuados de los procesos de los cuales es responsable.

Posibles medidas para la implementación de este principio:

- Una vez definida la política y determinados los objetivos a ser alcanzados por los procesos generales, los jefes intermedios deben alinear a ellos los de los procesos que le competen, luego definir los métodos de seguimiento y medición, los criterios a emplear y los estándares e indicadores necesarios para tener el control de la medida en que se van cumpliendo esos objetivos establecidos.

Una vez realizado esto se debería:

- Asegurar que los datos y la información son suficientemente precisos y fiables
- Hacer accesibles los datos a quienes los necesiten.
- Analizar los datos y la información empleando métodos sujetos a validación.
- Elaborar tableros de comando según el nivel de incumbencia.
- Asegurar mediante el soporte informático la gestión rápida y segura de dichos datos 14.
- Asegurar que la gestión de los datos respondan a los requisitos legales vigentes.
- Tomar decisiones y acciones basadas en el análisis de los hechos en forma equilibrada y teniendo en cuenta el entorno, los antecedentes, la experiencia

---

<sup>14</sup> Norma IRAM-ISO/IEC 27002:2008:Tecnología de la información. Código de práctica para la gestión de la seguridad de la información. Norma IRAM-ISO/IEC 90003: Ingeniería de software. Directrices para la aplicación de la norma IRAM-ISO 9001:2008 al software.2006

previa y otras circunstancias (políticas, sociales, culturales, gremiales , económico-financieras y otras)

Resultados esperables

- Reducir los errores gracias al empleo de información fidedigna y confiable.
- Aumentar la capacidad de la organización para demostrar el grado de efectividad de las decisiones tomadas en el pasado a través de la referencia a registros objetivos.
- Aumentar la capacidad para revisar, cuestionar y cambiar las opiniones y decisiones.
- Disminuir los riesgos y los costos por mala gestión o praxis.
- Diseñar y emplear los indicadores de desempeño que resulten útiles en cada nivel
- Posibilitar contar con tableros de comando efectivos y dinámicos.
- Aumentar la velocidad y seguridad en la toma de decisiones.
- Ampliar el uso de dichos indicadores en otros miembros de la red de atención, en el caso de la salud pública o de redes privadas de atención (Ejemplo Redes de Farmacias) .
- Compartir esta metodología y los datos con otras organizaciones a fin de fortalecer la gestión integral, mejorar los resultados combinados y conjuntos y disminuir el nivel de incertidumbre en la toma de decisiones.(Colaboración y coopetición)<sup>15</sup>
- Poder comparar resultados entre diferentes áreas u organizaciones.

## **MEJORA CONTINUA**

*La mejora continua es una actitud que adquiere una organización en la búsqueda permanente por superarse a si misma. La mejora continua es verbo, es acción.*

### **Generalidades**

La mejora continua debe ser un objetivo permanente en el desempeño integral de cualquier organización de salud. Tal es su importancia que la Alta Dirección debe expresar su compromiso con ella en la política <sup>16</sup> .Para la progresiva

---

<sup>15</sup> **Coopetición:** Capacidad para colaborar con los competidores en la búsqueda de soluciones a los problemas comunes.

<sup>16</sup> Norma ISO 9001:2008. Apartado 5.3 b.

mejora de la eficacia y la eficiencia hay que aplicar procesos que permitan emplear sistemáticamente las herramientas de gestión de la calidad y de trabajo en equipo. No es sólo para señalar los problemas (control de las no conformidades), sino para seguir y controlar los cambios propuestos (acciones correctivas y preventivas) para el efectivo aprovechamiento de los errores y las fallas como posibilidades de mejora y para generar una cultura basada en la confianza y la generación del conocimiento.

Como suele decir el Dr. Daniel Angeleri el error humano es ubicuo. Es decir está potencialmente presente en todas partes y al mismo tiempo. El ser humano es perfectible pero no perfecto. Sus organizaciones heredan esta característica. Es de esperar que por mejor diseñado que esté un sistema de gestión, la falla es una posibilidad. Debemos estar atentos para su prevención y cuando no sea factible su detección precoz con el objeto de reducir al máximo posible el riesgo para todos los involucrados.

#### **Posibles medidas para la implementación de este principio**

- Instaurar progresivamente la conciencia sobre la necesidad de mejora de la organización a través de la adecuación de su capacidad de responder satisfactoriamente a las necesidades generadas por el cambio en los requisitos de los usuarios, las otras partes interesadas, las leyes vigentes, la propia organización, la sociedad y el medio.
- Articular las Posibles medidas para la implementación de este principio con el foco puesto en la mejora continua del desempeño global de la organización de salud.

#### **Resultados esperables.**

- Implantar una forma sistemática de encarar los problemas en equipo.
- Realizar de forma participativa la toma de decisiones.
- Mejorar la comunicación interna y con los proveedores y usuarios
- Gestionar de forma más eficaz la cadena de valor.
- Agregar valor a los procesos.
- Bajar los costos por mala gestión <sup>17</sup> con un más eficiente uso de los recursos.
- Reducir desperdicios, descartes, reprocesamientos, repeticiones.

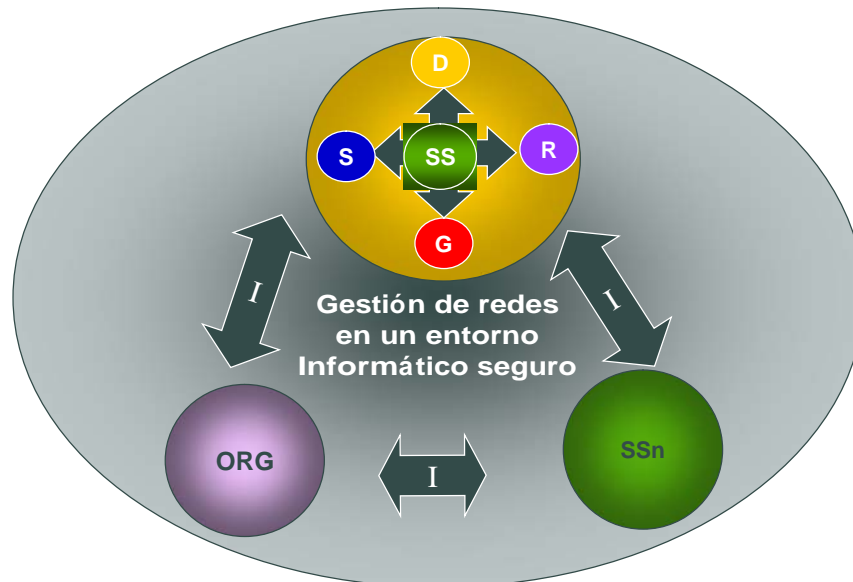
---

<sup>17</sup> Del orden estimado del 30 al 40% en Israel.

- Mejorar la satisfacción de los beneficiarios de los resultados de los procesos.
- Reducir de manera significativa los riesgos operativos y legales.
- Asegurar un nivel de capacidad y competencia que permita a la organización de salud posicionarse en la comunidad y el sistema para convertirse en un modelo por la calidad de su personal, los servicios ofrecidos y de su organización.

### **TRABAJO EN EQUIPO Y EN RED.**

*El individuo es un ser social por naturaleza. La adaptabilidad al entorno agresivo, incierto y cambiante depende en gran medida de su capacidad para el trabajo en equipo y en red como estrategia.*



*Fig. 5 Gestión de redes*

### **Generalidades**

Las tareas de las organizaciones de salud se realizan en una sociedad y un entorno cambiante e incierto. Forman parte de diferentes grupos de organizaciones administrativas y /o asistenciales que se interrelacionan en el Sistema de Salud del País al que pertenecen y que deberían constituir una efectiva Red de atención focalizada en satisfacer las necesidades del usuario. Cada una de dichas organizaciones debe contribuir a la mejora de su eficacia y eficiencia considerando además las necesidades de la sociedad y el medio. Esto está íntimamente relacionado con el concepto de Compromiso Social.



Además la organización en sí puede concebirse como una intranet de individuos y áreas que interaccionan entre sí y con otras organizaciones ( Ver fig. 5)

Por ej: El servicio de emergencias de una institución de salud es el responsable de los procesos de admisión del paciente, realización de la atención de la salud y de los procesos post-atención inmediata que se dan en su área de incumbencia. El equipo de salud responsable sabe que los resultados de esos procesos de realización dependen en gran medida de una adecuada interacción con los procesos de dirección, realización, soporte y gestión dependientes de otras áreas de la organización pero también se pueden ver beneficiados por la transferencia de tecnología, información o recursos con otros servicios análogos y con organizaciones tan variadas como las sociedades científicas, los organismos gubernamentales, las organizaciones sociales civiles, los proveedores y cualquier otra parte interesada a nivel local como nacional e internacional.

Por ende la interacción efectiva de la "*intranet de individuos y áreas*" con la "*internet organizacional*" puede mejorar la eficiencia en el logro de los objetivos.

Para optimizar el funcionamiento de estas redes es fundamental contar con entornos informáticos ágiles y seguros.

Aplicar los principios a la gestión de redes es útil para lograr una adecuada sinergia entre los Ministerios y las otras organizaciones que tengan valores, intereses y objetivos comunes. Esto se aplica tanto a los efectores del sistema que deben cumplir las políticas y objetivos fijados por los Ministerios de Salud y otros organismos de Gobierno, como a la relación entre y con las organizaciones sanitarias, sociales, científicas, educativas y empresariales que puedan aportar al logro de la misión y la visión de la Red de referencia compatibilizada con las de la propia organización de salud. Como se ha dicho, toda organización de salud está constituida por una verdadera red de individuos que en su interacción por la vía formal e informal está continuamente tomando decisiones que afectan los resultados de los procesos en los que intervienen. Para crear un ambiente que favorezca esa interacción en un clima de creatividad y cambio se debe estructurar un mecanismo que permita la operación y control adecuados de dicha red.

Tanto en un caso como el otro, el establecimiento de un sistema de gestión de la información y de control de los documentos y registros eficiente es fundamental.<sup>18</sup> También lo es que el personal conozca y aplique las herramientas y técnicas de trabajo en equipo.

### **Posibles medidas para la implementación de este principio**

#### **En cuanto a las Redes externas:**

- Reconocer el estado de situación actual de las redes externas de la organización.
- Capacitar al personal en la temática para que puede ejecutar de forma activa y sistemática lo aprendido desde la teoría,
- Favorecer la capacidad crítica y de participación del personal fomentando su intervención en la toma de decisiones.
- Componer un equipo guía para la mejora del desempeño y para la gestión y desarrollo de la interacción efectiva con otras organizaciones
- Desarrollar un sistema informático que permita el control y operación de la información de la Red y facilite el acceso de la misma a todos sus miembros.
- Realizar el seguimiento y medición del proceso de interrelación.
- Aplicar la experiencia que genere el análisis de los resultados a la mejora continua.
- Aprovechar internet y toda otra tecnología disponible para su gestión efectiva

#### **En cuanto a la Red interna:**

- Registrar para el control y aprendizaje de la iniciativas tomadas por el personal
- Canalizar dichas iniciativas a través de los equipos de mejora
- Capacitar al personal en las herramientas y técnicas de trabajo en equipo y el uso de la tecnología de la comunicación efectiva.
- Promover el uso de las mismas en la resolución de problemas.
- Desarrollar una intranet para la toma de decisiones

---

<sup>18</sup> Normas IRAM-ISO –IEC 27001 y 90003 .

### **Resultados esperables:**

- Lograr un mayor acceso a la información y una generación más fácil y ágil del conocimiento
- Mejorar integración del personal.
- Aunque debemos tener siempre presente la importancia del contacto personal limitar este a reuniones efectivas permitiendo que viajen las ideas y no las personas.
- Mejorar el aprovechamiento del tiempo disponible.
- Posibilitar la realización de reuniones e intercambio de opiniones y experiencias a distancia mediante teleconferencias.
- Posibilitar la capacitación y formación a distancia.
- Posibilitar la realización de interconsultas no sólo médicas sino de gestión.
- Logar una mayor y mejor integración de la Organización con la Sociedad

### **ENFOQUE EN EL CIUDADANO-PACIENTE-USUARIO**

*Las organizaciones de salud tienen sentido de existir porque la comunidad confía en ellas, y más aun le confía la atención de su salud y la de sus hijos.*

#### **Generalidades:**

Si bien el sector público tiene su foco en la equidad, el social en la solidaridad y el privado en la rentabilidad todos comparten, un compromiso social y deben asegurar la calidad y la seguridad en las prestaciones y otros servicios que brindan.

Es necesario que los gobiernos fijen políticas de Estado que mediante una adecuada normalización, fiscalización y control aseguren el acceso a la salud a toda la población.

Por tal razón es muy importante que comprendamos las necesidades actuales y futuras de los habitantes de la zona de influencia de la organización de salud a los cuales se les brinda productos o servicios. Estos son considerados por la Norma ISO 9000:2005 como **clientes** de la organización <sup>19</sup>.

Hay que poner un especial énfasis en los más vulnerables (niños, adolescentes, madres, ancianos, pueblos originarios, pacientes con inmunodeficientes o con patologías complejas, droga dependientes y otros)

---

<sup>19</sup> Norma IRAM ISO 9000:2005 Sistemas de gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.

Es importante conocer, entender y satisfacer las necesidades y expectativas de las otras **partes interesadas**<sup>20</sup> quienes tienen interés en el éxito de la gestión de la organización de salud. (Por ej.: Las asociaciones sociales civiles, los organismos internacionales, los Ministerios de Salud ( Nacional y provinciales) , las Secretarías de Salud municipales, los terceros pagadores, los proveedores, las cámaras empresariales y otros )

Deberían traducirse dichas necesidades a requisitos a ser cumplidos y esforzarse por superar incluso las expectativas que armonicen con los criterios de calidad establecidos.

Se debería focalizar la energía en la satisfacción de las necesidades de los usuarios, entendiendo que la mejor relación costo-beneficio en la gestión, la mejora del desempeño e imagen global de la propia organización proviene de dicha satisfacción.

Hay que tener en cuenta que de ella también depende el reconocimiento de los involucrados y la comunidad con el consiguiente aumento del apoyo tangible y del prestigio logrado por los profesionales y los mandatarios que impulsen las mejoras.

#### **Posibles medidas para la implementación de este principio:**

- Establecer una sistemática para la investigación y comprensión de las necesidades y expectativas de los ciudadanos-pacientes-usuarios y otras partes interesadas.
- Asegurar que los objetivos de la organización de salud estén orientados a satisfacer dichas necesidades y expectativas.
- Lograr que toda la organización conozca las mismas mediante una adecuada comunicación interna.
- Medir la satisfacción y tener en cuenta los resultados para la mejora continua del servicio.
- Lograr implementar un sistema de gestión de los reclamos efectivo.<sup>21</sup>
- Gestionar de forma sistemática las relaciones con los ciudadanos-pacientes-usuarios y otras partes interesadas.

---

<sup>20</sup> Norma IRAM ISO 9000:2005 Sistemas de gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario. 30/05/2001. Pag. 15

<sup>21</sup> Normas IRAM-ISO 10002 e IRAM 90600.

- Mejorar la eficacia de la comunicación con los ciudadanos-pacientes-usuarios y otras partes interesadas mediante el diseño de medios que consideren los diferentes aspectos relacionados.( Educativos, sociales, culturales)
- Asegurar el equilibrio entre la satisfacción de los requisitos del ciudadanos-pacientes-usuarios, los de las otras partes interesadas (tales como profesionales, empleados, proveedores.), los reglamentarios y legales y los establecidos por la propia organización con la capacidad real de la organización.

### **Resultados esperables:**

- Aumentar y mejorar la participación efectiva de los ciudadanos-pacientes-usuarios en la gestión de la organización de salud.
- Aumentar el prestigio
- Aumentar los ingresos (por aumento de la facturación y cobranza a los terceros pagadores y donaciones)
- Una respuesta flexible y rápida a las oportunidades del entorno, en parte debida a la mejora del trato dado a la información suministrada por los ciudadanos-pacientes-usuarios.
- Aumentar la eficiencia en el uso de los recursos para aumentar la satisfacción de los ciudadanos-pacientes-usuarios
- Mejorar la confianza de los pacientes, familiares y la comunidad toda. Esto conduce al aseguramiento de la continuidad en la relación y al afianzamiento de una imagen positiva de la organización de salud en el medio y la posibilidad del desarrollo sustentable de la organización.

Es importante que cada organización determine con claridad cuales serán sus prioridades en el reconocimiento de necesidades de sus usuarios.

Por ejemplo: El MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL CHACO, en su plan estratégico 2008-2011<sup>22</sup> reconoció los siguientes **ciudadanos-pacientes-usuarios** críticos en cuyas necesidades y expectativas enfocará su actividad:

1) El niño

---

<sup>22</sup> Ministerio de Salud del Chaco. Plan estratégico 2008-2011

- 2) El púber y el adolescente
- 3) La mujer embarazada
- 4) El miembro de una población aborígen en situación de riesgo
- 5) El anciano sin cobertura médica asegurada
- 6) El paciente con una enfermedad compleja
- 7) El dependiente del alcohol, el tabaco , las drogas
- 8) La persona con capacidades disminuidas

Por otro lado el servicio de Radiología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde <sup>23</sup> reconoció como sus dos principales clientes al:

- 1) Paciente
- 2) Médico solicitante del estudio

En ambos casos todos los mencionados presentan necesidades que les son comunes y otras propias de cada grupo.

Así es como una multiplicidad de variables deberían considerarse al momento del análisis de los resultados de los diferentes métodos de satisfacción. <sup>24</sup>

Por eso se debería tener en cuenta esta premisa:

Si bien no debe dejarse de considerar la evaluación de los resultados de la medición de la satisfacción de los usuarios para la toma de decisiones, ésta debería realizarse teniendo en cuenta todos los factores condicionantes, con el cruce de la información con otros indicadores que nos acerquen a una evaluación más ajustada de la realidad.

En salud no puede dejarse de considerar las expectativas de los ciudadanos-pacientes-usuarios pero el foco deberíamos ponerlo en satisfacer sus necesidades, sean explícitas o no.

---

<sup>23</sup> Hospital General de Niños Pedro de Elizalde-Manual de la Calidad. R05.2008

<sup>24</sup> García Mónaco, Ricardo & Pittaluga, Roberto R.: *Introducción al gerenciamiento de diagnóstico por imágenes*. Cap. 1: Págs. 6 y 7. Ed. Journal -Buenos Aires.

## **LIDERAZGO**

*La dirección debe contar con la participación y el compromiso de todos los que trabajan en la organización de salud, no se trata de dirigir a los seres humanos si no de dirigir con los seres humanos.*

### **Generalidades:**

La Alta Dirección de las organizaciones de salud tienen responsabilidades ineludibles en diversos aspectos relacionados con la gestión global de la organización. A saber:

- Establecer una unidad de propósitos y el rumbo que debe llevar la organización
- Crear, favorecer y mantener un ambiente interno<sup>25</sup> donde los colaboradores tengan la posibilidad de involucrarse completamente en el alcance de los objetivos
- Asegurar una comunicación interna fluida, práctica, positiva y constante que permita un adecuado flujo de la información y la participación ordenada en la toma de decisiones.
- Desarrollar el empoderamiento<sup>26</sup>
- Proveer el modelo de conducta de acuerdo con los valores mediante el ejemplo y la práctica.<sup>27</sup>
- Tener una conducta coherente con la política y los objetivos enunciados.

### **Posibles medidas para la implementación de este principio:**

Todo esto requiere por parte de la Alta Dirección y los responsables de las áreas involucradas dar evidencia de su compromiso con el cambio a través de:

- La definición clara de la misión y la visión
- La expresión del compromiso con la mejora continua en la política aplicada
- La fijación de los objetivos

---

<sup>25</sup> El ambiente interno responde a la cultura y el clima organizacional, el estilo de conducción, los valores, la confianza, la motivación y la contención. Si es adecuado reduce los problemas relacionadas con la comunicación.

<sup>26</sup> Empoderamiento: Empowerment: Delegación del poder previo aseguramiento de los niveles de competencia del personal.

<sup>27</sup> Secretaría Técnica de Premio Nacional a la Calidad : Cuadernillo guía.1994.

- La difusión entre los colaboradores de los valores a través de las actividades cotidianas
- La escucha de las opiniones del personal
- La transmisión adecuada de los requisitos
- La participación en las reuniones de mejora del desempeño
- El seguimiento del desempeño de los procesos y las personas en forma perceptible por el resto del personal
- La participación activa en el diseño y control del programa de actualización de los niveles de competencia
- La práctica periódica de revisiones por la dirección incluyendo el análisis de los resultados de las auditorías internas, los indicadores, las encuestas de satisfacción y otras fuentes de información.
- El establecimiento de una política de reconocimientos equitativa
- El aseguramiento de los recursos requeridos para la ejecución del plan operativo anual
- La definición precisa de autoridades y responsabilidades no sólo por funciones sino también en los diferentes procesos críticos.
- La aplicación efectiva de un método de delegación responsable (*Empowerment-Empoderamiento*)

**Resultados esperables:**

- Alcanzar una definición clara de la visión del futuro de la organización que contribuya a la unidad de propósitos y de dirección y evitará la confusión.
- Crear y mantener a través del ejemplo y la práctica de los valores compartidos que contribuya al comportamiento adecuado en todos los niveles
- Logar que las actividades se alineen, implementen y evalúen en forma integrada gracias a la visión sistémica de los niveles intermedios.
- Definir y difundir la política y objetivos de la calidad que motiven al personal para lograr las metas fijadas para la Dirección.
- Logar una buena comunicación entre los niveles de la organización de salud facilitando el intercambio de opiniones y la contribución participativa del personal.



- Lograr un clima basado en la confianza generado por la comunicación efectiva que reduce los costos de mala gestión por estrés, miedo o conflictos. (Ej: es de esperar una reducción del ausentismo)
- Asegurar en mayor medida la provisión de los recursos necesarios, la formación y la libertad para actuar con responsabilidad y autoridad.
- Lograr una adecuada política de reconocimiento que estimula al personal a efectuar contribuciones que aseguren un buen ritmo en el avance de la implementación de los procesos de mejora.
- Afianzar los contactos propios de los líderes de la institución, dentro y fuera de la organización que le permiten tener acceso a la información de todas las partes interesadas y por ende poder considerar sus necesidades en forma equilibrada al momento de diseñar el Sistema de Gestión. Además dichos contactos permiten realizar una mejor gestión de las redes
- Definir los criterios relacionados con la misión, visión, valores, política y objetivos de la calidad que se efectúa a través de talleres de planificación estratégica y su difusión se logra a través de diferentes medios de comunicación interna.
- Definir inequívoca y claramente las autoridades y responsabilidades por funciones que se realiza a través de un *organigrama funcional* y un manual de descripción de perfiles de cargo y funciones.
- Definir inequívoca y claramente las autoridades y responsabilidades por proceso que se define en los procedimientos documentados, descripciones de proceso, flujogramas o cursogramas o documentos de igual nivel jerárquico documental que se establecen oportunamente.
- Determinar la relación con la organización de salud de profesionales no rentados o asesores honorarios que contribuyen a su mejora.

Todas estas medidas dan un marco de referencia sostenido desde la más Alta Dirección que da certidumbre dentro de la organización de salud y hace que sus miembros interactúen con mayor efectividad y en un clima amigable.

## **DESARROLLO Y PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL**

*Solo en un clima de libertad de acción y de dialogo es posible llevar a las organizaciones hacia un terreno en que los intereses de la empresa no sean incompatibles con los del hombre y su trabajo*

### **Generalidades**

El factor humano, con independencia de su función es esencial para el aseguramiento del adecuado desempeño de las organizaciones de salud.

De su nivel de competencia y su participación coordinada y activa depende la eficacia y eficiencia de los procesos.

Esto posibilita que sus talentos y capacidades sean aprovechados para beneficio de la organización de salud y los ciudadanos- pacientes-usuarios.

Es importante que el personal perciba que su trabajo es valorado en forma equitativa y sistemática.

Sólo así éste deseará participar con creatividad e innovación, contribuyendo en la mejora continua.

Es común observar como se selecciona personal sin tener en cuenta los perfiles del cargo y como las organizaciones se desentienden de su responsabilidad de asegurar su competencia.<sup>28</sup>

También es característico observar como en las planificaciones relacionadas con cambios de procesos, estructura o equipamientos no se considera la necesidad de actualizar las competencias del personal tal como lo indican las más elementales normas.<sup>29</sup>

### **Posibles medidas para la implementación de este principio**

- Establecer actividades a fin de lograr que el personal se involucre con la mejora continua de la organización de Salud ( Por ejemplo: Comités de mejora de desempeño, comités de otro tipo: de la calidad, de bioética, salud ambiental, de control de infecciones, de seguridad y salud

---

<sup>28</sup> Competencia: Conjunto de conocimientos, habilidades y conductas requeridas para el adecuado desempeño.

<sup>29</sup> Norma ISO 10015:1999, Quality management – Guidelines for training.

ocupacional, de control de historias clínicas, etc., equipos de mejora entre otros)

- Promover una participación efectiva del personal (con resultados evidentes) en el aseguramiento de la eficacia del SGC a través de un sistema de reconocimiento en función de los resultados por equipo, área o proceso.
- Relevo sistemático de las necesidades de actualización de competencias del personal
- Diseño y desarrollo de procesos de enseñanza-aprendizaje que permitan asegurar dicha actualización.
- Seguimiento y medición de la eficacia de la implementación de los procesos de enseñanza-aprendizaje y su impacto
- Desarrollo de una política de reconocimiento equitativa basada en una evolución de desempeño.

**Resultados esperables:**

- Mejorar el nivel de motivación e involucro del personal con la mejora del desempeño global de la organización de salud.
- Aumentar la capacidad de innovación y la creatividad a fin de promover cambios beneficiosos para la organización, su personal y sus clientes.
- Lograr la tomar conciencia por parte del personal respecto al valor agregado que le da su trabajo a la organización y de la importancia de su contribución.
- Lograr la tomar conciencia por parte del personal respecto al alcance y las limitaciones de sus tareas habituales.
- Comprender por parte de los funcionarios, los médicos, los técnicos, los administrativos y el resto del personal sobre cuales son sus autoridades e interrelaciones en los diferentes procesos y aceptación de su interdependencia para la resolución de los problemas que pudieran presentarse.
- Establecer un método de evaluación de desempeño que incluya el grado de cumplimiento de los objetivos y metas personales en consonancia con los de los equipos y los institucionales.

- Actualizar de forma sistematizada los niveles de competencia de todo el personal a fin de responder de la forma más adecuada posible a los requisitos del Sistema de Gestión que permitirá el diseño de programas más equitativos y efectivos.<sup>30</sup>
- Generar el hábito por el trabajo en equipo, la discusión abierta y resolución participativa de los problemas que favorece la generación de conocimiento contribuyendo al desarrollo de una organización inteligente.

Cuando la organización de salud enfrente un problema no se pregunta inquisitoriamente **quién fue** sino que **se plantea en que proceso y circunstancias tuvo lugar**. Luego convoca a trabajar en su resolución a todos aquellos que tienen competencia para opinar al respecto a fin de buscar en conjunto las soluciones pertinentes y tomar las acciones correctivas. La cultura del miedo se reemplaza por la de la confianza y esto abre la puerta a una nueva forma de ser de la organización.

### **RELACIONES MUTUAMENTE BENEFICIOSAS CON LOS PROVEEDORES**

*Las organizaciones de salud y sus proveedores son interdependientes y pueden resultar mutuamente beneficiados si combinan la habilidad de todos para articular armoniosamente sus respectivas interfases en la creación de valor.*

#### **Generalidades**

Lamentablemente en muchas oportunidades la relación con los proveedores se establece sobre la base gana-pierde en la cual el proveedor trata de vender sus productos y servicios al mayor precio posible mientras los responsables los organismos de salud tratan de adquirir dichos productos y servicios en las condiciones más favorables, ambos sin tener en cuenta las necesidades de la contraparte.

A esto se agrega que parte de los insumos y servicios requeridos son adquiridos en el sector público por el Nivel Central que es quién mantiene dicha relación, en la cual los hospitales y otros efectores tienen una ingerencia escasa.

---

<sup>30</sup> Ver apartado 6.2.2 de las normas ISO 9001 y 9004:2009

En las organizaciones privadas muchas veces es el sector de compras y contrataciones la que cumple un rol análogo sin participación activa de los receptores de los productos y servicios adquiridos. Esto lleva a limitar las actividades conjuntas al proceso de compra-venta-mantenimiento-reparación según el caso.

Algunos proveedores tratan de crecer a expensas de las organizaciones de salud y desde éstas muchas veces se presiona para obtener ventajas puntuales y circunstanciales relacionadas con los precios y condiciones de compra.

Muchas veces todo esto acontece en un ambiente de desconfianza. El principio- relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor- por el contrario, apunta a que ambos, proveedor y la organización de salud extiendan su relación a otros planos, tratando de potenciar sus esfuerzos en la búsqueda de recíproco provecho.

Esto implica compartir los valores, la visión, los objetivos, los conocimientos, la experiencia y sus respectivos recursos para agregar valor a los procesos en los que intervienen.

La idea es entonces que los proveedores aspiren a crecer con la organización y no a expensas de ella.

Para ello es importante que, a través de una comunicación efectiva, se logre la comprensión mutua dentro del marco normativo existente.<sup>31</sup>

También es importante que la organización de salud cuente con una sistemática para la selección, seguimiento y calificación de los proveedores que le permita a ambos contar con información objetiva sobre su desempeño y el de la relación a fin de poder detectar las posibilidades de mejora.

### **Acciones a tomar:**

Interactuar, cuando sea aplicable, con el proveedor para lograr resultados adecuados en:

- El uso de la información sobre los costos del producto o servicio adquirido teniendo en cuenta las garantías, el desempeño, el precio y las actividades de entrega y post-venta, y cuando sea aplicable: necesidades de

---

<sup>31</sup> Ver apartado 7.4 de la norma ISO 9004:2009

competencia del personal, uso, mantenimiento, insumos, repuestos y otros aspectos claves para la toma de decisiones de compra.

- Los criterios para verificar la adecuación de los productos a los requisitos establecidos por la organización de salud.
- Los criterios para selección, evaluación, seguimiento, calificación y reconocimiento del proveedor.
- Los requisitos de acceso a las instalaciones del proveedor por parte del personal de la organización de salud a fin de evaluar mediante una auditoría de segunda parte el cumplimiento de los requisitos.
- La administración de los contratos y garantías.
- El tratamiento de los productos no conformes suministrados por el proveedor.
- La determinación de acciones correctivas y preventivas.
- Los criterios para la identificación y trazabilidad de los productos.
- Las pautas para el desarrollo del proveedor y de la organización de salud en conjunto (Por ej: A través de programas de capacitación compartidos)
- La identificación y mitigación de los riesgos asociados al producto/servicio comprado.<sup>32</sup>
- La realización de métodos que permitan inspirar, animar y reconocer las mejoras y los logros obtenidos por los proveedores

### **Resultados esperables**

- Mejorar el resultado de la cadena de creación de valor
- Aumentar la flexibilidad y rapidez en la respuesta en función de las necesidades cambiantes del cliente-paciente-usuario, del sistema, de la comunidad y del entorno.
- Aumentar la eficiencia en el uso de los recursos.
- Mejorar la gestión de los depósitos (Cuando sea aplicable posibilidad de aplicación de Just in time<sup>33</sup>)

---

<sup>32</sup> Ej: Utilización inadecuada de los líquidos de procesamiento de películas radiográficas que pueden llevar a : 1) Deterioro precoz de los rodillos y otras partes de la procesadora 2) Mala calidad del proceso dando lugar a radiografías inútiles y su repetición 3) Daño a la salud del personal por inhalación de gases

<sup>33</sup> Just in time: Justo a tiempo: Método de gestión logística que permite a las organizaciones contar con una reserva mínima en sus depósitos gracias a una óptima interacción con su proveedor.

- Reducir los costos para ambas partes.
- Aumentar el equilibrio entre los beneficios puntuales a corto plazo y con las consideraciones estratégicas a largo plazo.
- Mejorar la identificación y selección de los proveedores de productos y servicios críticos.
- Mejorar la comunicación, la información y el desarrollo conjunto de planes de mejora.

### **RESPECTO DEL MARCO ÉTICO-PROFESIONAL-COMPROMISO SOCIAL.**

*Hablar de calidad en salud centrándose exclusivamente en la eficiencia sin tener en cuenta el marco de los valores de ética, solidaridad, equidad y universalidad es sentar las bases de un sistema injusto y excluyente*

#### **Generalidades**

No se puede hablar de excelencia si no se acompaña de la ética aplicada a la asistencia, la educación, la investigación y la gestión; ejes de la actividad desempeñada por el personal de toda organización de salud.

Es por ello que basándonos en los principios rectores establecidos por las instituciones competentes cabe promover su respeto en el ejercicio de las tareas.<sup>34</sup>

Tanto en el ámbito público como privado es importante además impulsar la toma de conciencia y dar evidencias del compromiso social de la organización mediante medidas que demuestren la capacidad de la organización para favorecer su desarrollo sostenible en armonía con el de su entorno.

En este sentido el proceso de evaluación de conformidad SA8000 – IQNet de cual IRAM es un referente se sustenta en la verificación de sustentabilidad del proyecto institucional en la armonización de tres líneas de desarrollo: El crecimiento económico, el cuidado social y la preservación del medio ambiente.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Asociación Médica Argentina, Sociedad de ética en medicina. Código de ética para el equipo de Salud. Buenos Aires. 2001

<sup>35</sup> IRAM-IQNET: Ciclo de conferencias de IRAM. Tema: Responsabilidad Social Certificación SA8000-Esquema de certificación global de IQNet-Mayo 2007.

Para mediados de 2007 más de 1200 organizaciones en el mundo habían certificado con al OS 8000 u otras normas análogas destacándose las empresas manufactureras, de transporte y servicios de limpieza y no habiendo mayores evidencias de organizaciones de salud involucradas.<sup>36</sup>

### **Posibles medidas para la implementación de este principio**

- Actualizar y fortalecer los Comité de Bioética, seguridad y salud ocupacional y salud ambiental en su interacción con otros comités.
- Incorporar sus secretarios al Comité de mejora de desempeño
- Desarrollar un área/comité dedicada a la interacción con la comunidad y al desarrollo del compromiso social

### **Resultados esperables.**

Dado que en el núcleo de los problemas que enfrenta el Sistema de Salud y sus organizaciones está en la crisis de valores, la jerarquización de los principios éticos en el accionar cotidiano redundará en la mejora del desempeño como consecuencia de la mejora en LA CONDUCTA de los individuos involucrados.

Difícil de medir cuantitativamente, su efecto cualitativo potencia la mejora en los Resultados esperables seguidos a través de los indicadores de calidad, seguridad, eficiencia, impacto ambiental, productividad debido a su positiva influencia en la mejora del clima institucional.

## **REFLEXIONES FINALES**

Si las organizaciones de Salud diseñan, implementan, controlan y mejoran un SGIEI ajustándose a los diez principios mencionados no quepa duda de que se habrán cumplido con todos los apartados establecidos por la norma ISO 9001: 2000<sup>37</sup>, otras normas de gestión y los requisitos establecidos por las autoridades, los reglamentarios y legales y los relacionados con el ciudadano-paciente-usuario.

Se estima que todo SGIEI adecuadamente instrumentado recupera lo invertido en su implementación en un lapso que dependerá del tamaño de la

<sup>36</sup> IRAM-IQNET: Ciclo de conferencias de IRAM. Tema: Responsabilidad Social Certificación SA8000-Esquema de certificación global de IQNet-Mayo 2007.

<sup>37</sup> García Mónaco, Ricardo & Pittaluga, Roberto R.: *Introducción al gerenciamiento de diagnóstico por imágenes*. Cap. 8: Pág.191 Ed. Journal –Buenos Aires.



organización, los procesos y áreas involucradas, el nivel previo de competencia del personal y la eficacia con que se desarrollaron las actividades. Por ese motivo, hoy no se trata de discutir si corresponde o es beneficioso implantarlo en las organizaciones de salud, sino que la decisión pasa por definir cómo, cuándo y con qué alcance emprenderemos la reforma.

Las circunstancias que enfrentan las diferentes organizaciones son tan disímiles que no hay un modelo estándar sino que es necesario diseñar uno a medida para cada organización.

La experiencia previa puede facilitar la acción pero es menester que tanto asesores como miembros de la organización se comprometan en realizar el mejor diagnóstico situacional posible dado que éste es la principal puerta de entrada al diseño.

Muchas veces las urgencias condicionan esta etapa crucial.

Nuestra experiencia indica que para tratar a las urgencias es recomendable la aplicación de "procesos para la mejora de procesos", pero sin dejar de emplear el tiempo necesario para, en paralelo, desarrollar un sistema de gestión sólido que tienda a la sistematización de la mejora continua en toda la organización de salud.

Ese es uno de los ejes alrededor del cual las organizaciones de salud pueden encarar con alta probabilidad de éxito un cambio que les permita asegurar hacia dentro y fuera de sí mismas su capacidad para dar respuesta adecuada a sus usuarios generando el clima de confianza que todos anhelan.

## Bibliografía:

- 01) Adams ,H. G. & Sudhir, A. "Total Quality in Radiology" A guide to implementation. St. Lucie Press and Am. Healthcare Radiology Administration. Education Foundation and Education Grant from Berlex Lab. 1993.
- 02) AENOR: Orientación acerca del enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión de la calidad -Documento: ISO/TC 176/SC 2/N 544R-Traducción -Mayo 2001
- 03) AENOR: Revisión de las normas UNE-EN ISO9000 de sistemas de gestión de la calidad para el año 2000-Traducción.2000
- 04)AENOR: Orientación acerca de los requisitos de documentación de la Norma ISO 9001:2008-Documento: ISO/TC 176/SC 2/N 525R-Traducción-Marzo 2001
- 04) Cartasegna,R; Erdoiz,J.; Espora,S.; Meleiro,L.; Pasarelli,I. & Pittaluga,R. R.; Monografía 314.1992. " Calidad Total en Atención Médica. Concepto, marco de referencia y aplicación a un servicio especializado de salud. " 1º Curso sobre administración de servicios de salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.
- 05) Correa, B. Informe de la situación medioambiental- Dirección de Saneamiento Ambiental, Ministerio de Salud Pública del Chaco. Diciembre 2008.
- 06) Dewar, J., Conferencia sobre Calidad Total, Primer Seminario de Calidad Total en Centros de Diagnostico. Organizado por Agfa Gevaert Argentina. Buenos Aires, 1993. (Vídeo)
- 07) Deutsche Gesellschaft fur Qualitat e.V.: Auditorías basadas en los procesos teniendo en cuenta la revisión ISO 9000:2005. Información suministrada en el Curso de Perfeccionamiento de auditores organizado por IRAM -2002.
- 08) García González, R. "De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud" Dirección General de Salud de Costa Rica, Ministerio de Salud de Costa Rica. Diciembre de 2007
- 09) García Mónaco, R., Pittaluga, R. y cols. "Introducción al Gerenciamiento en Diagnóstico por Imágenes". Editorial Journal. Buenos Aires. 2004
- 10) Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública; Borrador Plan estratégico para la salud pública. Junio 2006.

- 11) IRAM-IQNET: Ciclo de conferencias de IRAM. Tema: Responsabilidad Social  
Certificación SA8000-Esquema de certificación global de IQNet-Mayo 2007.
- 12) Kume, Hitoshi: Statistical Methods for Quality Improvement. The Association for Overseas Technical Scholarship. 1985
- 13) Laboucheix, V. "Tratado de la Calidad Total" (Tomos I y II) .Limusa-Noriega Eds. México 1994.
- 14) Malcolm Baldrige National Quality Award, Baldrige National Quality Program: "2002 Health care Criteria for Performance Excellence". 2002
- 15) Munro-Faure, Lesley & Malcolm; "La calidad total en acción". Ediciones Folio, S.A .Barcelona, España, 1994.
- 16) Ministerio de Salud de la Nación: Estandarización de procesos asistenciales –Calidad en la gestión clínica. 2007
- 17) Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Chaco: Plan estratégico para el Hospital Avelino Castelán. 2007
- 18) Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán: Plan cuatrienal de salud 2004-2007 .
- 19) National Council on Radiation Protection and Measurements (NCRP) Report N° 99; Quality Assurance for Diagnostic Imaging. 1997
- 20) Naveh, Eitan & Halevy, Avner: " El costo de la no calidad en Israel ". Centro para las ciencias de la calidad de la Universidad Hebrea y Unidad Consultora Estadística de la Universidad de Haifa. 1996
- 21) Pittaluga, R.; "Calidad Total en la Organización de Servicios de Imágenes ". Primer Seminario de Calidad Total en Centros de diagnóstico. Organizado por Agfa Gevaert Argentina. Bs As. 1993. (Video)
- 22) Pittaluga, R.; Textos suministrados en los Seminarios sobre Sistemas de Calidad y Normas IRAM –ISO 9000: 1994 y 9001:2008 en Diagnóstico por Imágenes". IRAM: 1998-2007
- 23) Pittaluga, R.; "Primer Seminario de Gestión de Calidad en el Hospital Público. "Presentación". Revista del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Ex-Casa Cuna. Año 5 N° 1.7-8. Julio 1995.
- 24) Pittaluga, R.; "Gestión de Calidad en los Hospitales Municipales (Más que una utopía, una necesidad)" .Incluye un proyecto sobre la conformación de los

Comité de Calidad para los Hospitales Municipales". Revista del SAME, Vol. 3 ,Nº 2,66-74.1995.

25) Pittaluga, R; Balbarisky, J.; Bonfil, R. ; Fazzini, A. y Sgrignieri, S. M.; " Calidad de Gestión en el Hospital Público, antes que una utopía, una necesidad". Nuestra experiencia. 1998-1999.Presentado en nombre del Comité de Calidad del H. Elizalde al Premio sobre Salud Pública de la AMM.

26) Pittaluga, R. Informe inédito "Plan estratégico para el Hospital Elizalde 2007-2011". Presentado por el Dr. Pittaluga a la Dirección de su Hospital en Abril de 2007.

27) Pittaluga, R; Pittaluga F. Informe inédito "Resultado de las encuestas de satisfacción realizadas a los participantes del taller de diagnóstico de situación y planificación estratégica para el Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco". Resistencia, Chaco 15-12-2007.

28) Pittaluga, R., Pittaluga, F.; Coll Martinopia, J. & Alonso S., Bufón, M. y cols. : Textos suministrados en la Iº , IIº , IIIº, IVº y Vº Diplomaturas de Gestión de la Calidad en las Organizaciones de Salud. IRAM: 2006-2010.

29) Pittaluga, R. & Pittaluga, F : "Sistemas de gestión integrados en organizaciones de salud. Los diez principios de gestión en salud " Dossier entregado en el IIIº Encuentro Mercosur y Iº Iberoamericano de gestión en organizaciones de Salud. Buenos Aires. Junio de 2008.

30) Quelch, J. "El nuevo paradigma": Gestión. (6) Nº 1,26-35. Ene-Feb. 2001

31)Secretaría de la Función Pública. Programa de Gestión de Calidad para el sector público: " Manual para la mejora de procesos". Feb. 1995.

32) Unión Europea: Informe sucinto sobre las respuestas a salud en Europa: Un planteamiento estratégico .Documento de reflexión para una estrategia en materia de salud. 2006

33) Varo, Jaime: Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid. 1994

34)Journard, Isabelle,André, Christophe & Nicq,Chantal:Health Care Systems: Efficiency and Institutions. Economics Department Working Papers No. 769, May 2010

## **Documentos IRAM –ISO-IWA**

1. Norma IRAM-ISO 9000:2005: Sistemas de gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.
2. Norma IRAM-ISO 9001:2008: Sistemas de gestión de la Calidad. Requisitos
3. Norma ISO 9004:2009: Gestión para el éxito sostenido de una organización — Enfoque de gestión de la calidad.
4. Norma IRAM-CADRA 9100:2005: Diálisis. Buenas prácticas de diálisis.
5. Normas IRAM 9200-1 a 9200-5: Gestión de servicios en las residencias de personas mayores.
6. Normas IRAM 9800-1 a 9800-11: Buenas prácticas en farmacia. De la 9800-4 a la 9800-11 en estudio.
7. ISO/TR 10002:2008 Gestión de la calidad. Satisfacción del cliente. Directrices para el tratamiento de las quejas en las organizaciones.
8. ISO/TR 10004:2009, Quality management and quality assurance: Supporting technologies
9. Norma IRAM-ISO/TR 10005:2008, Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para los planes de la calidad.
10. Norma IRAM-ISO 10006:2008, Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la gestión de la calidad en los proyectos.
11. Norma IRAM-ISO 10007:2008, Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la gestión de la configuración.
12. Norma IRAM-ISO 10012:2008, Sistemas de gestión de las mediciones. Requisitos para los procesos de medición y los equipos de medición.
13. Norma IRAM-ISO 10013:2008, Directrices para la documentación de sistemas de gestión de la calidad.
14. Norma IRAM-ISO 10014:2008, Gestión de la calidad. Directrices para la obtención de beneficios financieros y económicos.
15. ISO/TR 10015:1999, Quality management — Guidelines for training.
16. Norma IRAM-ISO 10017:2008, Guía sobre técnicas estadísticas para la norma ISO 9001:2000.
17. Norma IRAM-ISSO 10019:2008, Directrices para la selección de consultores de sistemas de gestión de la calidad y la utilización de sus servicios

18. Norma IRAM-ISO 13485:2005, Dispositivos médicos. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios.
19. Norma IRAM-ISO 14001:2005. Sistema de gestión ambiental-Requisitos con orientación para su uso.
20. Norma IRAM 14102:2007, Industria de los alimentos. Buenas prácticas de manufacturas.
21. Norma IRAM-ISO 14004:2005, Sistemas de gestión ambiental. Directrices generales sobre principios, sistemas y técnicas de apoyo.
22. Norma IRAM 14201:2001, Servicios de alimentos: Buenas prácticas de manufactura.
23. Norma ISO 14971:2007, Medical devices-Application of risk management to medical devices.
24. Norma ISO 15189:2002, Quality Management in the Medical Laboratory.
25. Norma ISO 17025:1999/ IRAM 301:2000, Requerimientos generales para la competencia de los laboratorios de calibración y ensayo
26. Norma RAM-ISO/IEC 17799: 2002, -Tecnología de la información. Código de práctica para la gestión de la seguridad de la información.2002 ( Reemplazada por la 27002:2008)
27. Norma IRAM-ISO 19011:2005: Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental
28. Norma ISO 26000:2009: Guía sobre Responsabilidad Social.
29. Norma IRAM-ISO-IEC 27002:2008: Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Código de práctica para la gestión de la seguridad de la información.
30. Norma IRAM-ISO 27799: Tecnología de la información. Informática en salud. Gestión de seguridad de la información en salud utilizando la ISO/IEC 27002.En estudio.
31. Norma IRAM-ISO-IEC 9003:2006, Tecnología de la Información. Ingeniería de software. Directrices para la aplicación de la norma IRAM-ISO 9001:2000 al software.
32. Norma IRAM 3000:2009:Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2008 en la educación.

33. Norma IRAM 30200: 2005: Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2000 en organizaciones de salud.
34. norma IRAM 30300:2003: Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2000 en municipios.
35. Norma IRAM 30700:2009: Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2008 en el poder legislativo.
36. Norma IRAM 30800:2009: Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2008 en actividades de investigación, desarrollo e innovación.
37. Norma IRAM 30900. Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2008 en la Administración Pública. En estudio.
38. Norma IRAM 90600: 2009. Gestión de la calidad. Sistema de gestión de los reclamos.
39. Norma OHSAS 18001:2007, Sistema de gestión de la seguridad y salud ocupacional. Especificación
40. Norma OS 8000:2008; Compromiso social.
41. Internacional Workshop Agreement: IWA 1:2000 Quality Management Systems—Guidelines for process improvements in health services organizations.2001.

**Direcciones útiles en la WEB.**

<http://www.aiag.org>

<http://www.asq.org>

<http://www.deltag.com.ar>

<http://www.iram.com.ar>

<http://www.iso.ch>

<http://www.tc176.org>

<http://www.who.int>

[http://www.mspas.gob.sv/pdf/DOC\\_INFORMACION/NORMA\\_HOSPITALES/norma\\_hospitales\\_5.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/DOC_INFORMACION/NORMA_HOSPITALES/norma_hospitales_5.pdf).

<http://bit.ly/cSKG9b>