

Mesa Redonda: Enfoques y Concepciones de la Calidad en Salud

DR. DIEGO GONZÁLEZ DEL CARPIO

Médico, Doctor en Medicina, Master of Public Health, Especialista en Administración de Salud, Profesor Principal UPCH. Consultor del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, MINSA.

LA CALIDAD ES UNA CONDICIÓN REFERENCIADA, LA CALIDAD NO ES UN ABSOLUTO

Daniel A Carrión y Albert Einstein pueden haber recibido, cada uno en sus tiempos y circunstancias, la mejor calidad de atención; pero en 1997 ambas serían inaceptables, serían subestándar.

La atmósfera de la calidad

La vida requiere oxígeno, se perturba en condiciones de hipoxia extrema y es incompatible con una atmósfera de Nitrógeno o de Neón. Similarmente, la Calidad Total en Salud (CTES) tiene condiciones previas ineludibles. Por ello, en esta presentación, vamos a concentrarnos en la atmósfera de la calidad, en los requisitos que la hacen viable; seguidamente comentaremos algunas condiciones a las cuales se asocia y otras que pueden considerarse sus peores enemigos. Terminaremos con algunos enfoques de CTES en lo político, lo gerencial, lo médico.

La calidad es un juicio de valor implícito

Enjuiciar la CTES requiere un estándar, un patrón.

Un estándar surge de un registro de datos ^(1, 2), sobre los datos se marca un límite de inaceptabilidad ^(3, 4). Por eso se construyen banco de datos de todo rango y tipo.

Un estándar permite comparar, y a partir de ello, decidir si cumple, si satisface o si es deficiente.

El camino por recorrer es muy largo. El database elemental es el registro nacional de mortalidad. *Los médicos peruanos con frecuencia no llenan bien un Certificado de Defunción.* Otro database elemental es el *registro de morbilidad, por encuestas, por egresos.* También son database importantes los de *procedimientos y de performances y competencias.* No es sencillo, pues, para comparar intervenciones, se tienen que ajustar las poblaciones de pacientes a riesgos, para obtener poblaciones que sean comparables.

Para resolver el problema de datos es preciso resolver el problema de gerencia.

Aunque no bastan recursos económicos y decisión política, el marco legal puede resolver la falta de gerenciabilidad (capacidad para ajustar la estructura, los roles y funciones a la misión institucional). Si no se toman decisiones basadas en información, los datos sólo significan prepotencia burocrática para quien los produce.

Los datos son vitales para racionalidad de la gerencia, para la gerenciabilidad entendida como la capacidad antes mencionada, así como la responsabilidad de dar cuenta a un directorio («accountability»). Sin gerenciabilidad, los datos pierden valor y sentido, pasan a ser un ritual.

Simultáneamente hay que consolidar una subcultura de veracidad y exactitud.

El concepto de calidad total no procede ni de la medicina ni de la salud pública, proviene de la industria y la gerencia

Cuando hablamos de Calidad total en Salud, CTES, nos alejamos de la Salud Pública tradicional, especialmente de la Salud Pública Latinoamericana tradicional, abocada a explicar y comprender contemplativamente el mundo de la salud, y nos acercamos a la «Gerencia» y a la «Industria de la Salud». Esto significa reemplazar la literatura por la ingeniería, comprometerse con resultados, con productos concretos; abandonar el discurso para concentrarse en una propuesta de acción. En resumen: ¡Hacer!, desarrollar una línea de acción concreta.

La calidad implica otra actitud mental

El concepto de Calidad Total en Salud también se distancia de la Academia. No hay, todavía, una academia de la Industria, ni del Comercio, ni de la Tecnología, ni de la Gerencia. Este distanciamiento de la Academia expresa una hegemonía de la práctica efectiva sobre la teoría y, muy especialmente, sobre la especulación teórica. No se trata de ideas que dan cuenta de otras ideas, tales como el proceso salud-enfermedad; se trata de categorías «fácticas», como estándares, incidentes, desempeños, auditorías, fiscalizaciones, comités, registros generales, competencias, procedimientos, protocolos, costos, tiempos, etc. Tratándose de alcanzar la CTES, importa menos el «logos» que el «ergo» (trabajo) o «tekné»(arte).

Esta supremacía de la realidad y de la voluntad para transformarla, de ambas, las dos, constituye la condición previa ineludible para abordar los enfoques y concepciones en CTES.

El termino Industria de la Salud

Puede resultar desagradable para muchos, pero no es impropio para designar una actividad, que en el Perú moviliza más de mil millones de dólares por año.

La industria de la salud, en muchos países, trata de recuperar dos atrasos: el tecnológico y el gerencial. En el Perú actual, comparado con los países más avanzados, el atraso tecnológico -gracias a los avances de esta década- sólo es de 15 a 20 años; el retraso gerencial de los servicios de salud del Perú es de 60 años. 60 años es una apreciación optimista, porque, por ejemplo, Feld y otros autores germanos (3), sostienen que Alemania tiene 10 años de retraso en TQM (Gerencia de Calidad Total) en el campo de salud respecto de los Estados Unidos.

El reto gerencial de la Medicina Peruana es pues incomparablemente mayor que el tecnológico, implica un cambio sustancial en la producción, en el consumo, y en el marco legal y financiero que vincula a ambos. Es un salto cualitativo de la cultura organizacional de la profesión y del trabajo. Es como pasar de las «Encomiendas» de la colonia a la empresa moderna, evitando esa etapa de empresario prebendista que produjo el estado populista, pseudoempresario-rentista, sin visión de oportunidades ni disposición para asumir riesgos.

La calidad está referenciada al precio

Precio es lo que se paga por el servicio; cuando no se paga por el producto, por el bien recibido, desaparece una referencia importantísima de la calidad. «A caballo regalado no se le mira el diente». Los costos son otra cosa, el precio es el que cuenta.

La gratuidad es ciega a la calidad porque nadie paga. El subsidio total, aunque signifique lo mismo para el bolsillo del usuario, fija un precio. Para el usuario un subsidio total de 10 céntimos marca una referencia de caramelo, la de dos soles de una gaseosa, la de diez soles de un menú.

Consumidor pleno

La idea de la CTES consiste en lograr un consumidor satisfecho (6). El paciente satisfecho es el criterio básico de Quality Assurance o garantía de calidad, siempre que el paciente pueda elegir, decidir y optar, porque si no puede optar, no es consumidor pleno, es un beneficiario, es un damnificado, es un favorecido. La atención recibida por los humildes solo puede tener la resignación y el agradecimiento; para ellos es doblemente necio enfatizar su insatisfacción porque no modificarán nada y sólo podrán sentirse peor.

El consumidor como ciudadano pleno TIENE derechos y necesidades. El ciudadano disminuido NO TIENE derechos ni tiene necesidades, sino menesteres, privaciones y penurias que misericordiosamente alguien se las alivia. Los necesitados se instalan en la orilla de la autonomía, de la dignidad y del empoderamiento; los menesterosos en la orilla del déficit, privación, falta.

La CTES no engarza con la atención misericordiosa. CTES es producto de equiparar la persona jurídica o natural que produce o presta el servicio con la persona natural (o ciudadano pleno que lo consume).

La CTES se inscribe en un esquema político de Ciudadanía moderna y derechos del consumidor.

El consumidor pleno es más que un cliente

Consumidor pleno es el Cliente Rey en todos y cualquiera (ordinary people). Desaparece ese «apartheid» que discrimina los caseros de los golondrinos, al contado o al crédito, cash o con tarjeta, privados y por cuenta del seguro. Es cuando el cliente, cualquiera que fuere, es un consumidor con derechos, informado, importante, interesante, razonable, con libertad de elección y con capacidad de resarcimiento. SEARS en los años cincuenta (devolución de su dinero), el Banco Latino (horarios), Wong (atención por encima del estándar), INDECOPI (normas de libre competencia), han contribuido a impulsar la cultura de consumidores plenos.

Las condiciones previas de la calidad

Un resumen

Podemos resumir lo dicho, señalando que la calidad pertenece a la industria de la salud y la gerencia, está referenciada a estándares que permiten enjuiciarla con cargo a un precio, tiene como pre-requisito el consumidor pleno, que es más que un cliente y para abordarla se requiere otra actitud mental, distinta a la tradicional, comprometida con la realidad y su transformación.

LAS CONDICIONES ASOCIADAS A LA CALIDAD

Autonomía de los prestadores

La gerencia es una potestad de las organizaciones autónomas. Sólo ellas se pueden gerenciar o conducir, vale decir, ajustar sus estructuras y sus procesos a la misión institucional. Las organizaciones que no son autónomas, sólo se administran, no se gerencian, quien las administra apenas proporciona los recursos. Administrar es estar al lado del que da. Gerenciar es como tocar piano, hay malos, buenos y excelentes gerentes; administrar es como tocar una pianola: aunque es difícil, se puede hacerlo peor; lo que es imposible es hacerlo mejor.

Vigencia del mercado

Cuando hay organizaciones que se pueden gerenciar y consumidores que pueden elegir, ambos ponen en juego un esquema de libre competencia en el que supuestamente triunfan y sobreviven las mejores organizaciones.

Construcción y gobierno del mercado

Los mercados se construyen, no surgen de la noche a la mañana. Imagínese el mercado incipiente de cerveza o de helados a mediados del siglo XIX, o el mercado de seguros médicos en el gobierno de Leguía. Los mercados no son el paraíso de la informalidad; por el contrario están normados por innumerables regulaciones para proteger al consumidor y proteger la libre competencia, a tal punto que sólo dejan libre los precios.

Cuando no hay mercado o éste tiene un desarrollo limitado, la regulación es mínima o inexistente. Allí donde el estado es monopólico huelga la regulación del mercado, la norma es sólo

un ritual cuando el estado es juez y parte. No debe extrañar que el mercado de la industria de la salud de los Estados Unidos contenga una serie de conceptos hasta hace poco desconocidos en numerosos países: licensamiento, acreditación, malpraxe, buenas prácticas de laboratorio, estándares, etc.

Separación de las funciones de gobierno, financiamiento y producción

En casi todos los países, la red de servicios de salud es uno de los agentes económicos más importantes y con frecuencia es el empleador más grande. Cuando un sistema (si es un sistema, idealmente es único) concentra el monopolio de la producción de servicios, la potestad del gobierno y la capacidad del financiamiento, se estructura un triángulo de poderosas fuerzas sociales que succiona hacia dentro los fines, roles y misión de sus organizaciones. La institución pasa a ser el fin, todos los recursos son medios para servir a ese fin, los usuarios y la sociedad casi no cuentan.

Preguntémosnos: ¿Es la profesión médica un fin en sí misma? ¿Lo es mi hospital o mi servicio?

Los procesos de Reforma suelen separar compra y provisión de servicios (?) o financiamiento y prestación de los mismos. Cuando se responden esas preguntas de actualidad aparecen nuevas ideas, como **la medicina orientada al paciente (*)** o **la atención enfocada hacia el paciente (?)**.

La modernidad y la democracia disuelven la unidad GFP (gobierno-financiamiento-prestación).

La nueva ciudadanía, El empoderamiento del ciudadano

La caída del Muro de Berlín, la desaparición del socialismo real, el fracaso del marxismo político implican la supremacía -por descalificación del contrincante- del capitalismo, del liberalismo y del mercado. En las nuevas realidades de la sociedad post-industrial, esta hegemonía no es tan importante. Lo que realmente ha triunfado es la ética individualista de la ilustración (10), (enlightment o eklarent), una serie de postulados filosóficos que aplican al empoderamiento del ciudadano, los derechos humanos, y el control del poder del estado y las burocracias con la vigencia del accountability, del ondbudsmen; de la defensoría del pueblo, la revocatoria de autoridades y del habeas data en nuestra constitución.

Se han devaluado el estado tradicional, los sistemas únicos, las burocracias, la nomenclatura, los intereses y poderes de gremios y grupos corporativos; se han revaluado el consumidor anónimo, el ciudadano y el hombre común de la calle.

Es un cambio drástico que se manifiesta en el principio del resarcimiento (derecho a resarcir las fallas y los perjuicios) y la inversión de la carga de la prueba, que consiste en que no es el paciente afectado quien debe demostrar la falla, sino el profesional o la institución, quien debe demostrar la corrección de un desempeño.

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

Comunicación

Se acepta que las tecnologías de información y comunicación juegan un rol crucial para mejorar la efectividad y eficiencia de la atención médica (11). El aprendizaje de elaboración de la Historia Clínica que empezamos en el curso de semiología nunca termina. Todas nuestras imperfecciones en la HC tradicionalmente han quedado encriptadas en los archivos del hospital o del consultorio, resguardadas porque la posesión y el control de dicha información lo tenía el profesional. Ya no puede seguir siendo así. Toda la información puede quedar en una tarjeta electrónica transportable por el paciente o en el banco de datos -de acceso restringido- conectado a la infovia informática. La información de la HC moderna va a tener que ser replanteada, siglas y símbolos van a ajustarse a una estandarización profesional, cuando menos nacional, y posiblemente regional, adecuada al manejo informatizado.

La nueva legislación sobre salud

La moderna legislación de salud ya no se limita a lo sanitario, ya no es como el índice de un Texto de Salud Pública, tampoco incide en los organismos del estado, en los sistemas que concurren a la provisión de servicios. La legislación moderna busca garantizar la calidad y los derechos del ciudadano vigilando la calidad de servicios que consume. Así en Alemania el Gesundheitsstrukturgesetz (12) (GSG-Health Structure Act) el 'Pharmabetriebsverordnung'(13) para bancos de sangre, establecen por ley la obligación de mantener procedimientos de QA, aseguramiento de la calidad, que en otros países, como en EEUU, se encargan a Comités con altísima responsabilidad¹⁴. Ahora el estado vigila impulsa y garantiza la calidad de la atención.

Los nuevos roles corporativos

Cuando se separan gobierno, financiamiento, producción, la atención de salud es permeable a los intereses y apreciaciones de fuera, es decir de la sociedad en su conjunto. Desaparecidas las tinieblas empiezan a verse los problemas desde dentro. Flexner para la educación, BOARDS para licenciamiento de profesionales, Comisiones de acreditación para los hospitales, Comités de Tejidos, Comités de Complicaciones y Muertes, Productividad, Auditorías Externas, etc, etc.

LOS PEORES ENEMIGOS DE LA CALIDAD

No hay problema en las tinieblas del agujero negro

Cuando gobierno-financiamiento-producción se organizan como institución o sistema, cerrando un triángulo, la atención de salud se convierte en un agujero negro que todo lo succiona. Las instituciones, las organizaciones, las asociaciones corporativas, se impregnan de las tinieblas del agujero negro. Una institución Monopólica, Autónoma, y Monopsónica no es problema para todos los que está dentro, porque sólo se perciben los

problemas, las amenazas, los enemigos, afuera, más allá de las tinieblas del agujero negro. Como el agujero negro se ajusta a la ética corporativa de «Entre bueyes no hay cornadas», el peer-review, el control entre pares, no existe y es mejor no tenerlo, porque cuando se instala, consolida una cultura de «mafia» (gobierno, financiamiento, producción) una cultura de Capos, Padrinos, Patronos y Donos.

La analogía del agujero negro es estimulante porque el ciclo de aseguramiento y mejora de la calidad orbita, como un satélite, alrededor del problema⁽¹³⁾: IDP (identificación del problema), ADP (análisis del problema) CDP (corrección del problema) y EAC (evaluación de las acciones correctivas).

Tampoco hay problema en la Ceguera DIC.

Ceguera de Datos Información y Conocimiento

El oxígeno de la atmósfera de la calidad es el poder: el poder del conocimiento que maneja la gerencia, el poder de la tecnología que mueve la producción y el poder social de los ciudadanos plenos, convertidos en consumidores. Conocimiento, Tecnología y Ciudadanía operan como factores de una multiplicación: si alguno es cero, todo se anula, por eso tampoco hay problema en la ceguera DIC, Ceguera de Datos Información y Conocimiento. Por ejemplo, en uno de los países más desarrollados de Europa se imputa a la falta de estandarización de interrogatorio y examen físico en pacientes con dolor abdominal un 10% de inexactitud de diagnósticos, aunque entre nosotros este porcentaje sería bastante mayor. Sin DIC no hay problema.

Perspectivas de la calidad

En una atmósfera viable, la calidad puede ser apreciada en forma diferente según el posicionamiento de quien la juzga.

Para el político, la calidad es un asunto de equidad y de eficiencia macroeconómica.

Para el gerente, la calidad es sobre todo eficiencia, es la eficacia al menor costo y con la mayor satisfacción del usuario.

Para el médico la calidad es lo idóneo y óptimo; cada enfermo es un problema único y singular, la ética y no sólo la contabilidad y los costos informan sus actos. Maximiza las oportunidades de su paciente: ¿Cómo aceptar de antemano que el Transplante de Corazón o Médula ósea no van a significar una sobrevida valiosa?

Para el paciente la calidad es satisfacer sus necesidades de consumidor.

BIBLIOGRAFIA

1. Brennecke-R [Development of standards for quality management in interventional cardiology] *Herz*. 1996 Oct; 21(5): 304-13
2. Muhlberger-V; Probst-P; Klein-W; Mlczoch-J [Quality assurance in invasive and interventional cardiology in Austria for the 1995 calendar year] *Herz*. 1996 Oct; 21(5): 291-8
3. Kox-WJ; Wauer-H: [The limits of intensive care medicine] *Zentralbl-Chir*. 1996; 121(7): 515-20
4. Giebel-GD; Troidl-H [Possibilities and limits of scores. Theoretical considerations about scores] *Langenbecks-Arch-Chir*. 1996; 381(1): 59-62
5. Feld-C; Kunneke-M; Beisswenger-W; Opitz-E; Berghofer-P; Gotzen-L [Overview, analysis and evaluation of the 1995 public health structural law and the federal social care law from the viewpoint of the trauma surgery department of a university clinic. Measures for preparation of a new reimbursement system and documentation requirements] *Unfallchirurg*. 1995 Nov; 98(11): 592-607
6. Leimkuhler-AM; Muller-U [Patient satisfaction--artefact or social reality?] *Nervenarzt*. 1996 Sep; 67(9): 765-73
7. Jost-TS; Hughes-D; McHale-J; Griffiths-L The British health care reforms, the American health care revolution, and purchaser/provider contracts. *J-Health-Polit-Policy-Law*. 1995 Winter; 20(4): 885-908
8. Laine-C; Davidoff-F Patient-centered medicine. A professional evolution [see comments] *JAMA*. 1996 Jan 10; 275(2): 152-6
9. Mosher-C; Rademacher-K; Day-G; Fanelli-D Documenting for patient-focused care. *Nurs-Econ*. 1996 Jul-Aug; 14(4): 218-23
10. Thiebaut C. Editor: La herencia ética de la ilustración. Ed Critica, S.A., Barcelona 1991
11. Pliskin-N; Glezerman-M; Modai-I; Weiler-D Spreadsheet evaluation of computerized medical records: the impact on quality, time, and money. *J-Med-Syst*. 1996 Apr; 20(2): 85-100
12. Von-Eiff-W [Hospital management: quality and economy as management challenges for the physicians] *Zentralbl-Chir*. 1996; 121(10): 817-27
13. Stahl-D; Kluge-A; Roelcke-D [Quality assurance in transfusion medicine: organization of a quality assurance system exemplified by the Heidelberg University Blood Bank] *Beitr-Infusionsther-Transfusionsmed*. 1996; 33: 247-56
14. Patterson-CH Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Infect-Control-Hosp-Epidemiol*. 1995 Jan; 16(1): 36-42
15. Kupperwasser-B [Quality assessment in anesthesia] *Ann-Fr-Anesth-Reanim*. 1996; 15(1): 57-70

Enfoques y Concepciones de la Calidad en Salud

DR. WILFREDO S. SOLÍS TUPES

Gerente General y Director de Administración y Finanzas del Hogar de la Madre.

Hace pocos años en nuestro país, la calidad era un sueño, algo inalcanzable. No se podía hablar de calidad cuando una madrugada nos despertaba un coche bomba o cuando se decretaba un paro armado. Hoy estamos mejorando, y nadie duda que las empresas públicas y privadas caminan en busca de la calidad.

La calidad contribuye a hacer rentable a una institución, a que tenga ganancias materiales y espirituales. La calidad en salud nos conduce a una mejor calidad de vida, porque venga de donde venga el beneficio es para la sociedad en su conjunto.

CONTENIDO Y OBJETIVOS DE LA EXPOSICIÓN

La presente exposición tiene como objetivos:

- a. Esquematizar un pensamiento gerencial de la calidad que permita articular la operación de una organización con el contexto.
- b. Articular el pensamiento de la calidad con la práctica de la calidad.

Para alcanzar estos objetivos se plantea desarrollar los siguientes aspectos conceptuales de la calidad:

1. Deontología de la calidad
2. Filosofía de la calidad
3. Concepto de la calidad
4. Definición de la calidad
5. Calidad y planeamiento

DEONTOLOGÍA DE LA CALIDAD

La calidad en salud es diferente de la calidad de la cerveza o la de un automóvil. La salud de las personas está por encima de todo; si aparece un insecto en la botella de una cerveza usted la desecha, pero si aparece una gasa en cavidad peritoneal, su cliente no va a poder desecharla fácilmente.

La calidad en salud está íntimamente asociada a los valores del ser humano por el rol que desempeña en la salud física y mental de las personas.

No hago estos planeamientos por ser médico o trabajador de la salud; un ingeniero o arquitecto, un mecánico o portero, un adulto o un niño son personas y su salud está por encima de todo.

FILOSOFÍA DE LA CALIDAD

El problema de las organizaciones ineficientes es que no son las personas. Si así lo viéramos las soluciones serían dicotómicas; es decir, si la persona no está bien hay que sacarla o cambiarla, por lo que nos quedamos con dos alternativas ¿o te quedas o te vas? Esto ha ocasionado la ruina de muchas empresas.

El problema de las organizaciones ineficientes es un problema de procesos o sistemas. Si lo enfocamos de esta manera, las

soluciones son infinitas; es decir puede estar fallando el recurso insumos, planta física, equipamiento, métodos de trabajo, objetivos institucionales y por supuesto también las personas.

Hasta este punto la Calidad sigue siendo un deseo.

CONCEPTO DE LA CALIDAD

Para empezar a sistematizar un pensamiento de la calidad necesitamos de dos elementos : SATISFACCIÓN Y DEFECTOS (Jurán 1991).

El abordaje de las características que producen satisfacción de nuestros clientes nos asegura su regreso y su ingreso a nuestra cartera de clientes; si somos una institución pública nos incrementa nuestras coberturas de atención.

El abordaje y la corrección de los defectos que poseen nuestros productos disminuyen la insatisfacción de nuestros clientes. Se evita los desperdicios, los cuales inciden directamente sobre los costos. Éste es el punto de intersección entre la calidad y los costos.

A mayor satisfacción, mayores ventas, a mayor venta mayor productividad y a mayor productividad menores costos.

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD

Es la parte explícita de la calidad (Donabedian) y tiene fundamentalmente tres componentes : Cliente, Organización y Tecnología.

Ustedes, como administradores, no deben trabajar sobre una sola de las dimensiones, sino sus resultados con seguridad serán muy pobres y habrán perdido el tiempo y dinero. Si son administradores públicos es posible que no se percaten de estas implicancias, pero los que estamos en el campo privado, al mirar los estados financieros de nuestras instituciones sabemos rápidamente sus repercusiones.

CALIDAD Y PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

Habiendo identificado los aspectos teórico-conceptuales de la calidad, es necesario comentar el punto de intersección con la operación y funcionamiento de la organización.

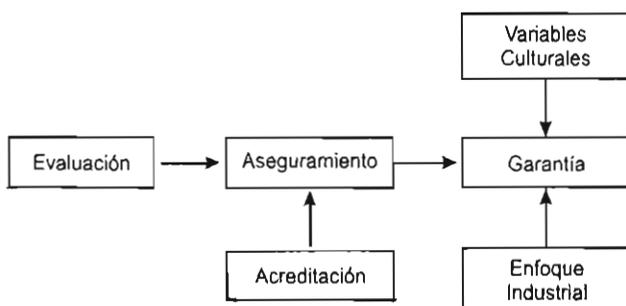
Este punto se denomina Planeamiento Estratégico, que tiene tres elementos: Planificación de la calidad, control y Estandarización o acreditación, y Mejoramiento continuo de la calidad.

Enfoques y Concepciones de la Calidad en Salud

DRA. BEATRIZ ZURITA GARZA

*Master en Economía Aplicada, Ph. D. en Ciencias Epidemiológicas.
 Coordinadora de Análisis de Políticas de Salud en FUNSALUD*

Como hemos ido evolucionando, en los años 50, fuimos logrando el Aseguramiento y Garantía de la calidad.



En México, la acreditación no es importante, existe una Comisión de Arbitraje sobre quejas de pacientes, que elaboró el siguiente informe:

El 85% de hospitales privados tiene menos de 15 camas
 El 60% de hospitales privados tiene menos de 5 camas
 Son casas aprovisionadas para atender pacientes.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD ACTIVIDADES TÍPICAS

- Comités
- Auditorías de expedientes
- Protocolos clínicos
- Sesiones clínicas
- Sistemas de información
- Manejo de riesgos

MONITOREO DE ACTIVIDADES CRÍTICAS (1984)

- Misión
- Actividades Críticas
- Responsabilidades específicas
- Estándares internos
- Sistema de monitoreo continuo

Se creo programa de círculos de calidad que no prosperó, por ser una actividad demasiado participativa.

PROGRAMA DE MONITOREO Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

Es un conjunto de servicios sistemáticos que permiten:

- Identificar problemas oportunamente
 - (desviaciones del objetivo propuesto)
- Analizarlos objetivamente
 - (que permita identificar las causas)
- Proponer soluciones
 - (que eliminen las causas del problema)
- Seguimiento de los acciones propuestas (a través de un sistema de monitoreo)
- Evaluar los resultados de las acciones
 - (definiendo estándares en cada caso)

Esto se hace punto de sistema de información a partir de estándares internos.

DISEÑO DEL SISTEMA ELEMENTOS BÁSICOS

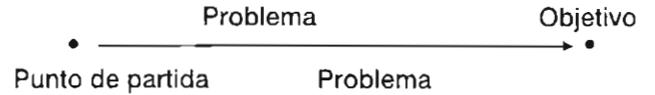
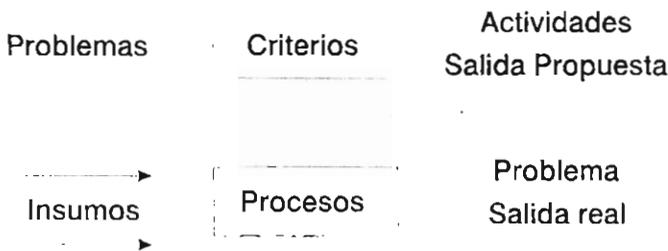
- Objetivo
- Actividades
- Problemas
- Causas
- Criterios
- Estándares
- Fuentes de información

ENFOQUE BIPOLAR

Es donde tenemos una fuente preventiva y una contingente

- Contingente
- Causas
- Soluciones
- Criterios

BENEFICIOS Y RIESGO



GARANTÍA DICCIONARIO DE LAS CE

- Acción y efecto de afianzar lo estipulado
- Como que asegura y protege contra algún riesgo o necesidad
- Responder de la calidad de algo

Garantía de la Calidad
Proteger contra el riesgo
Paraguas

