



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

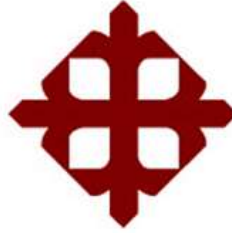
**TEMA:
EVALUACIÓN DE LOS INCIDENTES CLÍNICOS Y SU INFLUENCIA EN LA
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE UN
HOSPITAL PRIVADO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. PERÍODO ENERO-
JULIO 2017.**

**AUTORA:
CAMPOZANO CRUZ VALERIA ALEXANDRA**

**Previa obtención del grado académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTORA:
Vélez Barros, Cecilia Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador
2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **MÉDICO, VALERIA ALEXANDRA CAMPOZANO CRUZ**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Mgs. Cecilia Vélez Barros

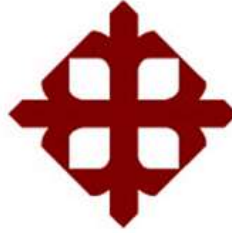
REVISORA

Ing. Elsie Zerda Barreno

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Eco. María del Carmen Lapo Maza

Guayaquil, 29 de marzo del 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Valeria Alexandra Campozano Cruz

DECLARO QUE:

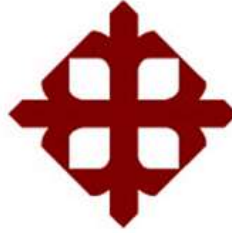
El Proyecto de Investigación **EVALUACIÓN DE LOS INCIDENTES CLÍNICOS Y SU INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE UN HOSPITAL PRIVADO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. PERÍODO ENERO- JULIO 2017** previa a la obtención del **Grado Académico de MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, 29 de marzo del 2018.

LA AUTORA

Valeria Alexandra Campozano Cruz



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

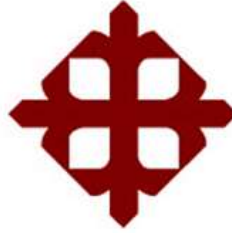
Yo, Valeria Alexandra Campozano Cruz

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previa a la obtención del título de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **EVALUACIÓN DE LOS INCIDENTES CLÍNICOS Y SU INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE UN HOSPITAL PRIVADO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. PERÍODO ENERO- JULIO 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 29 de marzo del 2018.

LA AUTORA:

Valeria Alexandra Campozano Cruz



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

INFORME DE URKUND

The screenshot displays the URKUND web interface. On the left, document details are shown: 'Documento: Proyecto de Investigación MGSS Valeria Campozano-REVISION 1.doc (036632533)', 'Presentado: 2018-03-16 17:35 (-05:00)', 'Presentado por: valeriacampozano@gmail.com', 'Recibido: maria.lapo.vcs@analysis.arkund.com', and 'Mensaje: PROYECTO TESIS VALERIA CAMPOZANO'. A yellow highlight indicates that 2% of the 34 pages are composed of text present in the sources. On the right, a 'Lista de fuentes' (List of sources) table is visible, listing various documents and their categories.

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	Proyecto de Investigación MGSS Valeria Campozano-REVISION 1.doc
	TESIS MGSS Valeria Campozano-REVISION 1.doc
	Proyecto de Investigación MGSS Valeria Campozano.doc
	tesis 16 de octubre sk.docx
	Tesis Andrea Estuñán.docx
Fuentes alternativas	SEGURIDAD DEL PACIENTE VI 14SEP17.docx

AGRADECIMIENTO

Dentro de cada proyecto que he emprendido en mi vida, Dios ha sido el facilitador, mi guía y mi protección para poder llevarlos a cabo.

Ha sido El quien me ha bendecido con dos pilares fundamentales como son mis padres, Pedro y María, mi aliciente, mi descanso, los autores de mis días y mis noches, a quienes agradezco infinitamente su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, en mis errores y en mis aciertos. ¡Los amo!

Mi esposo, Mario, quien a lo largo de estos meses, me hizo sentir lo orgulloso que estaba de mí, de mis deseos de seguir preparándome y siempre estuvo ahí para acompañarme cada fin de semana de clases, cuidando a nuestras nenas, mientras mamá estaba en la maestría. Pasando las malas noches cuando tenía que estudiar o entregar un trabajo, dándome ánimos. Te amo, mi vida, eres mi roca y juntos somos invencibles.

Quiero agradecer a mi empresa, Bupa Ecuador S.A., a su Gerente General, Leopoldo Baez, quien también ha sido parte de este proceso, a Juan Vergara y a Cristina Vallejo, de Recursos Humanos, quienes consideraron que invertir en la preparación, era la mejor forma de tener empleados felices. A mi jefe, el Dr. Edison Vallejo, quien me facilitó la información que requería para soportar mi propuesta dentro de este trabajo de investigación.

Agradecimiento aparte merece el Ec. Álvaro Zambrano, un apasionado de la calidad, quien aterrizó mis ideas y mis propuestas a un marco metodológico realizable, con sus conocimientos, buen humor y paciencia.

Gracias a todas las personas que de una u otra forma, colaboraron con este proyecto.

Valeria Campozano Cruz

DEDICATORIA

A María Alejandra, Romina Fiorella y Natalia Mariela, mi razón de existir.

“Todo esfuerzo tiene una recompensa”

Valeria Campozano Cruz

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
Problema de Investigación.....	6
Justificación.....	7
Objetivos.....	9
Hipótesis.....	9
CAPÍTULO I.....	10
Fundamentación Teórica.....	10
Definiciones y Categorías de los eventos adversos.....	12
La Génesis de los eventos adversos.....	14
Prevención de los eventos adversos.....	16
Modelos de Análisis de Incidentes Clínicos.....	27
Glosario de términos.....	31
Gestión por procesos.....	32
Gestión Hospitalaria y los procesos de calidad.....	34
CAPÍTULO II.....	38
Marco Referencial.....	38
Análisis de la Ley que regula a las Empresas de Medicina prepagada y seguros médicos.....	41
CAPÍTULO III.....	45

Marco Metodológico.....	45
Tipo de Estudio.....	45
Diseño.....	45
Objeto y Sujeto de estudio.....	46
Población y Muestra.....	46
Instrumento y Validación.....	47
Diseño Estadístico.....	48
Análisis de Resultados.....	50
CAPÍTULO IV.....	57
Propuesta.....	57
Sistema de Gestión de Procesos de Calidad y Seguridad del Paciente.....	57
Programa de Calidad Hospitalaria.....	59
Política de Manejo de Incidentes.....	62
Conclusiones.....	70
Recomendaciones.....	74
Referencias.....	76
Apéndices.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Incidencia de pacientes sin identificación en Atenciones hospitalarias.....	50
Tabla 2. Eventos notificados vs acciones correctivas generadas.....	51
Tabla 3. Cirugías realizadas y Aplicación de Listado de Cirugía segura.....	52
Tabla 4. Guía para medir severidad y acciones a seguir frente a incidentes clínicos...	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Higiene y limpieza de manos.....	20
Gráfico 2.- Sistema de análisis de eventos adversos.....	27
Gráfico 3.- Modelo de Reason.....	28
Gráfico 4.- Flujograma para el cálculo de prioridades.....	29
Gráfico 5.- Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos...30	
Gráfico 6.- Prácticas Organizacionales Requeridas.....	33
Gráfico 7.- Flujograma de sistema de Gestión de calidad.....	37
Gráfico 8. Nivel de satisfacción usuaria durante hospitalización.....	52
Gráfico 9. Identificación de pacientes con brazalete.....	53
Gráfico 10. Caídas durante la hospitalización.....	53
Gráfico 11. Complicaciones relacionadas al tratamiento.....	54
Gráfico 12. Error en la administración de medicamentos.....	54
Gráfico 13. Tiempo de espera para atención.....	55
Gráfico 14. Índice promotor neto.....	55
Gráfico 15. Diseño de un sistema de gestión por procesos.....	57
Gráfico 16. Gestión Hospitalaria.....	58
Gráfico 17. Flujograma del proceso de acreditación de Bupa.....	61

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo establecer como los incidentes clínicos afectan la percepción de calidad por parte del usuario de los servicios de salud. Se realizó un análisis de los incidentes clínicos a nivel de los hospitales que conforman la zona 8 de la red sanitaria pública. Se pudo evidenciar la subnotificación de los mismos, ya que los consolidados han comenzado a realizarse a partir de junio del presente año, por esa razón tenemos una incidencia de menos del 1%. Se realizó una encuesta de satisfacción en la Clínica San Luis de Francia de la ciudad de Guayaquil a un total de 298 pacientes internados en el período enero a julio, 2017. Se evaluaron aspectos relacionados a la calidad de los servicios recibidos, la presencia o no de un incidente clínico y el nivel de recomendación que se generó posterior al tratamiento. Se trata de un estudio analítico, descriptivo y cuantitativo, en el cual se tomó al total del universo como muestra. Los resultados establecieron que dentro del 11% de pacientes que estuvieron algo insatisfechos con los servicios, se encontraban los pacientes que reportaron algún tipo de incidente durante su hospitalización y así mismo estaban dentro del 5% de la población que consideró poco probable recomendar el centro.

De acuerdo a estos resultados, se propuso un plan que consiste en un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, la acreditación en un programa de calidad hospitalaria y establecer una política de reporte de incidentes clínicos.

Palabras Claves: incidentes clínicos, eventos adversos, seguridad del paciente, ley orgánica de salud, calidad de atención, satisfacción usuaria

ABSTRACT

The present research project aims to establish how clinical incidents affect the perception of quality by users of health services. An analysis of clinical incidents at the hospitals from area 8 of the public health network was performed. It demonstrate the sub notification of the events, because the consolidated data just started to be available since June of the current year, that is why we have an incidence of less than 1%.

A satisfaction survey was done at San Luis of France clinic in Guayaquil to a total of 298 patients hospitalized in the period January to July, 2017. Aspects related to the quality of services received, the presence or absence of a clinical incident and the level of recommendation that was generated after the treatment were evaluated.

It is a descriptive, quantitative, and analytical study in which took the total of the universe as a sample. The results established that in 11% of patients who were somewhat dissatisfied with the services, were also patients who reported some type of incident during their hospitalization and also within 5% of the population that considered unlikely to recommend the facility.

According to these results, a three-axis plan is proposed to apply to the institution, which consists of a system of management of quality and patient safety, accreditation at a hospital quality program and to establish a policy for reporting clinical incidents.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), millones de pacientes sufren lesiones relacionadas con prácticas médicas inseguras. Se consideran cifras tan alarmantes como que uno de cada diez pacientes sufre algún daño o lesión durante un proceso de internamiento, aún en hospitales bien equipados. Existe menos información sobre errores o eventos adversos en otros servicios sanitarios, como centros médicos, consultorios, etc. (Organization, 2008)

Gran parte de los sistemas de notificación de los centros sanitarios no consiguen capturar la mayoría de los eventos adversos. De acuerdo a estadísticas chilenas, hasta un 96% de eventos adversos quedan sin reportarse, ya sea porque no se realiza un informe o porque no existe un formato adecuado de reporte, registro o notificación. (Luengo C, 2016)

Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16 000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. (Organization, 2008) Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida,

principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH. (Organization, 2008)

La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. El coste anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos. (Organization, 2008)

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. (Organization, 2008)

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) ha establecido una agenda muy ambiciosa sobre el proceso de identificación, evaluación y reporte de todos los casos de eventos adversos o incidentes clínicos, con el fin de mejorar el cuidado del paciente. Un factor esencial para el éxito de esta iniciativa, es lograr que todo el personal médico esté de acuerdo en la definición de los eventos adversos y que exista un consenso en cómo se evalúa la seriedad de cada incidente. (WHO, 2004)

Los eventos adversos (EA) o incidentes clínicos, se definen como una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, ligados al cuidado de la salud y no por la patología de base. También son multicausales y los motivos más frecuentes son las infecciones intrahospitalarias, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y los derivados del cuidado otorgado por el personal de salud durante la hospitalización. Se han realizado estudios de EA en hospitales en diferentes países y se halló que aproximadamente 10% de los pacientes hospitalizados sufren algún EA; lo más significativo es que la mitad de las veces es evitable. Los EA tienen impacto no solo en el paciente y en su familia por las lesiones físicas o el daño psicológico que producen, sino también en los profesionales de la salud responsables de estas situaciones. Además, repercuten en el factor económico y financiero de los sistemas de salud por los costos que representan su atención –12% a 15% de los costos hospitalarios y, finalmente, influyen en la pérdida de la credibilidad de la sociedad en la calidad de los servicios cuando estas situaciones se hacen públicas (CORTEZ, 2015).

La Organización Mundial de la Salud puso en marcha en el 2004, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente a nivel mundial. En todos los países, la atención sanitaria se enfrenta a problemas de seguridad. El tradicional “Primum non nocere” rara vez es violado de manera intencional por el personal de salud, sin embargo, es un hecho que los pacientes sufren daños todos los días. Por lo tanto, lo primero que debemos hacer es aceptar esta realidad para poder tomar las respectivas medidas para corregir las causas que llevan a atenciones no seguras (WHO, 2004).

Es importante recordar que los eventos adversos o incidentes clínicos, son resultado de múltiples circunstancias en los distintos niveles de la atención sanitaria, ya sea por falta de financiamiento, por fallas en la estructura o en los procesos o por error humano. Las soluciones deben estar encaminadas entonces, a promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño y el grado de complicaciones que se puedan generar.

La disponibilidad de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en relación con la seguridad del paciente constituye unas de las metas prioritarias e irrenunciables de los sistemas de salud de los países avanzados tecnológica y socialmente, con el fin de detectar, conocer, estudiar y prevenir la aparición de aquellos con perjuicios graves para la salud o la vida de los pacientes y usuarios del sistema de salud.

Tal y como indica el Protocolo de Seguridad del Paciente, Prevención de Cuasi Eventos, Eventos Adversos y Eventos Centinela emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, debido a la complejidad de la atención a la salud, algunos errores son inevitables; por lo tanto, la disciplina de la seguridad del paciente debe aspirar primero a reducir la cantidad de errores; pero, sobre todo, los sistemas médicos deberán contar con redes de seguridad para evitar que los errores causen daño al paciente, para ello es indispensable crear un protocolo de seguridad para la atención de los pacientes. (Cortez, 2015)

El presente trabajo de investigación nos presenta como propuesta el análisis de dos variables que consideramos, están vinculadas como es la presencia de un incidente clínico y como este impacta en la experiencia del usuario de los servicios de salud.

En los capítulos uno y dos buscaremos exponer el marco teórico y conceptual de esta problemática, revisando casos y estadísticas en países de la región y a nivel mundial, así como el impacto de la ley que regula a empresas de medicina prepagada y seguros que brindan asistencia médica, sobre la corresponsabilidad en la calidad de atención que reciben sus usuarios.

En el capítulo tres presentamos la metodología utilizada para validar nuestra hipótesis, tomando en cuenta datos proporcionados por la Autoridad Sanitaria Nacional y en base a una encuesta realizada en un centro médico privado de la ciudad de Guayaquil, donde se estableció que en efecto la presencia de un incidente clínico afecta la percepción de calidad en el usuario de los servicios de salud.

En el capítulo cuatro encontraremos la propuesta planteada sobre un eje de tres acciones, en el cual se sugiere la implementación de un sistema de gestión de procesos de calidad y seguridad del paciente, un programa de acreditación hospitalaria y una política para el manejo de incidentes clínicos.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Objeto del Estudio: incidentes clínicos dentro del sistema sanitario privado

Campo de Acción: calidad de los servicios de salud

Planteamiento del Problema: los incidentes clínicos son eventos inesperados o indeseables, relacionados directamente con la prestación de servicios de salud o atención del paciente, que puede conducir a la muerte o a la pérdida importante de las funciones de un individuo y en nuestro país se realiza una escasa gestión en el reporte de dichos eventos a nivel del sistema privado de salud. Revisando sobre este mismo tema, en el Reino Unido, la Secretaría de Estado para la Salud, el equivalente a nuestro Ministerio de Salud Pública, estima que existen 12000 muertes hospitalarias prevenibles cada año. Solo en el período 2013- 2014 se reportaron 338 eventos que nunca deben ocurrir (como un sitio equivocado de cirugía), lo que se tradujo en costos superiores a los 25 millones de euros en pagos por negligencia médica. Parte del problema es que, al igual que en nuestros países latinoamericanos, existe una escasa cultura de reporte y notificación de estos eventos, ya que lejos de encontrar las causas que originan los incidentes, se tiende a culpabilizar y actuar a la defensiva, de una manera reactiva contra las quejas. (Committee, 2015)

Formulación del problema: ¿Cómo afectan los incidentes clínicos en la percepción de calidad en los servicios de salud por parte del usuario?

JUSTIFICACIÓN

La Constitución de la República del Ecuador en su artículo tres, numeral uno establece como un deber primordial del Estado, el garantizar sin discriminación alguna, el acceso a la salud, además del poder desarrollarnos en ambientes sanos, para poder cumplir con el objetivo tres del Plan Nacional del Buen Vivir. Así mismo, establece que los servicios de salud deben ser regidos entre otros, por principios de calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética.

Dentro del mismo marco jurídico, en octubre del 2016, fue emitida la Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, que en su artículo 11 nos habla sobre la responsabilidad subsidiaria, con la cual las compañías de seguros comparten responsabilidad civil y administrativa en los servicios que reciben sus afiliados, por lo tanto están obligados a realizar controles periódicos a los prestadores de servicios para validar que están cumpliendo con las condiciones de funcionamiento impuestos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Actualmente, los servicios públicos de salud, están obligados a mantener un reporte de los eventos adversos que se presentan en las distintas unidades de atención, sin embargo, los centros privados, no deben hacerlo de manera obligatoria, por lo tanto, tener esta información, permite a los hospitales y clínicas privadas, poder establecer protocolos y reportes adecuados para implementar las correspondientes medidas de seguridad en las atenciones.

Una de las líneas de investigación que promueve la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, mediante sus distintos programas de postgrado, está justamente alineada con los procesos de calidad y de mejora continua en los servicios sanitarios.

El presente proyecto de titulación tiene como fin establecer en primer lugar, cómo los incidentes clínicos o eventos adversos pueden afectar la satisfacción de los usuarios de un servicio de salud privado. Así mismo, permitirá evaluar si se cuenta con un sistema adecuado de reporte y registro de eventos adversos, para el consiguiente proceso de reparación y mejora. Los pacientes serán los principales beneficiados, ya que pueden estar seguros de que recibirán atención en un centro que mantiene los estándares de calidad en sus servicios y que evita a toda costa, errores que podrían resultar en daños irreparables e irremediables. Además de que se ha establecido, que la principal causa de los incidentes clínicos se debe a una falla humana, por lo tanto se busca implementar un programa de capacitación constante al personal y un entrenamiento adecuado que disminuya este tipo de errores.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Evaluar los incidentes clínicos que se presentan en una institución privada de salud y su impacto en la percepción de calidad por parte del usuario y realizar un sistema de gestión de procesos de calidad y seguridad del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Construir la fundamentación teórica por medio de la revisión bibliográfica nacional e internacional.
2. Realizar un diagnóstico de los incidentes clínicos que se presentan en el sistema sanitario nacional en el periodo 2017 por medio de la revisión de reportes.
3. Determinar en los usuarios su percepción sobre los servicios, posterior a un incidente clínico a través de la aplicación de un cuestionario.
4. Proponer la aplicación del programa de calidad hospitalaria por medio de un proceso de autoevaluación en la institución.

HIPÓTESIS

Los incidentes clínicos influyen de manera negativa en la percepción de calidad por parte de los usuarios de los servicios de salud.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Todo proceso de atención salud- enfermedad presenta dos fuerzas o variables opuestas: los riesgos y los beneficios. Cada intervención que se realiza a un paciente debe ser analizada sopesando estos dos factores, con el fin de escoger la mejor opción para el paciente. Esa es la razón por la cual se han creado diversos sistemas o programas de calidad para los servicios de salud, para tratar de encontrar las prácticas más seguras, eficientes, efectivas y a costos accesibles para la población. Lo afirmaba Avedis Donabedian, sobre la mejora de la calidad en el ámbito de salud y social “La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ellos sus riesgos”. (Fernandez Busso, 2004)

El tema de la seguridad del paciente ha ido generando interés y preocupación, especialmente porque puede estar relacionado con procesos legales de tipo civil o penal que pueden afectar tanto a hospitales como a profesionales de la salud, en el marco de la mala práctica profesional.

La OMS (2001) ya hacía sus consideraciones sobre el problema de los eventos adversos en la atención sanitaria, indicando que en el año 1990 se comenzaron a publicar pruebas científicas con sus resultados en distintas revistas médicas. Algunos datos importantes presentados por el Instituto de Medicina Norteamericano estiman que los

errores médicos en los EEUU causan casi 100.000 muertes por año, un 70% provocando lesiones temporales, pero en el 14% de los casos con desenlaces fatales. Así mismo, en el Reino Unido se estima que un 16% de los internados han sufrido un evento adverso. (Fernandez Busso, 2004).

Evidentemente, además de los daños físicos que se pueden generar de estos incidentes, se producen consecuencias económicas y financieras que afectan de manera directa el presupuesto destinado a la salud. Se incrementan los días de estancia hospitalaria, el uso de unidades de cuidados intensivos, que son considerablemente más onerosas, además del lucro cesante, los subsidios por enfermedad o por incapacidad, etc.

En el caso de los países en desarrollo, si bien es cierto que no hay estudios similares, debemos considerar que, debido a las condiciones menos favorables en la infraestructura hospitalaria, el desabastecimiento de fármacos en algunos países, la probabilidad de que se presenten errores o incidentes es mayor. El mismo avance tecnológico, que no siempre va a la par del entrenamiento adecuado al personal, también aumenta las posibilidades de que se presenten incidentes clínicos.

En un estudio realizado en Chile sobre la subnotificación de accidentes de trabajo y de eventos adversos, la principal causa estaba relacionada con la falta de un sistema adecuado de reporte o registro. En Ecuador a partir del proceso de acreditación que contrató el Ministerio de Salud para 44 hospitales de la red pública, se instauró como

parte de su proceso de mejora, el sistema de reporte de eventos adversos, cuasi eventos y eventos centinela. (Luengo C, 2016)

El enfoque que se debe dar a la problemática de la seguridad de los pacientes debe abarcar, tanto la infraestructura (instalaciones y equipos), que esté certificada y con mantenimientos adecuados, el recurso humano, seleccionado acorde al puesto de trabajo, con condiciones óptimas para el desarrollo de sus actividades, la prevención de los eventos adversos, especialmente en procedimientos de gran complejidad y con mayor riesgo, el proceso de notificación y reporte relacionado con el diagnóstico y tratamiento y finalmente sistemas eficientes en la gestión y administración de pacientes. (Fernandez Busso, 2004)

DEFINICIONES Y CATEGORÍAS DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

Aun cuando hasta el momento no existe un consenso en la nomenclatura y la clasificación de los eventos adversos, todos tienen una característica común y esa es la falta de intencionalidad del daño. Se han revisado algunos autores, sin embargo, la clasificación a continuación es la que consideramos más completa.

- *Eventos adversos*: resultado desfavorable por acción u omisión en la atención médica, a consecuencia de causas prevenibles. Son los más comunes que afectan la seguridad de los pacientes.
- *Error*: Acto inintencionado por omisión o por acción, con un efecto inadecuado en el paciente. No debe confundirse con iatrogenia, ya que en este caso siempre

se produce un daño en el paciente, sin embargo, en un número considerable de casos de iatrogenia, su origen fue un error.

- *Complicación evitable:* en este caso hace referencia a complicaciones esperables y previsibles de un determinado cuadro clínico. Por ejemplo, las infecciones nosocomiales, reacciones post transfusión o por anestésicos, los reingresos.
- *Accidentes:* se trata de un evento fortuito, ajeno a la voluntad del paciente o del personal sanitario y que podría no estar relacionada con la patología de base, como por ejemplo las caídas.
- *Incidente:* en este caso está más relacionado con las relaciones entre el personal sanitario, el paciente o sus familiares, suelen manifestarse como quejas por la atención.

En un grupo completamente separado, tenemos los errores de medicación y las reacciones adversas a medicamentos. En el primer caso, está relacionado con las dosis, vías de administración, equipos de administración y siempre existe el componente humano como factor principal del error, por el contrario, en las reacciones adversas medicamentosas, se trata de reacciones idiosincráticas, con efectos no deseados en el paciente, a pesar de ser administrado por la vía y en la dosis correcta. (Fernandez Busso, 2004; Cortez, 2015)

LA GÉNESIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Con mayor frecuencia detectamos efectos adversos en los pacientes que se encuentran internados u hospitalizados. Por obvias razones, estos pacientes tienen condiciones que los hacen más susceptibles y si a esto sumamos la intensidad de las actividades en el ámbito hospitalario tendríamos las causas principales. Además es fácilmente analizable ya que toda esta información queda registrada en documentos tales como las historias clínicas, kardex de enfermería, records quirúrgicos, etc. Los incidentes que pudiesen presentarse en consultorios o domicilios, en pacientes ambulatorios, no han sido suficientemente estudiados aunque se suponen de menor magnitud. Es posible que los efectos adversos por medicaciones ambulatorias o relacionadas a vacunas sean los más relevantes.

Como lo hemos revisado previamente a lo largo de esta investigación, los incidentes clínicos pueden aparecer en cualquiera de las etapas del proceso de atención sanitaria y puede establecerse la tríada ecológica causal: huésped, agente y medio. En ese contexto, se ha encontrado que puede existir responsabilidad asociada al factor humano, al factor técnico (de equipos), o al no cumplimiento de normas y protocolos (operativo), etc. Sin embargo, el enfoque actual adjudica relevancia principal a las deficiencias del diseño, de la organización y del funcionamiento. Por ejemplo, en uno de los estudios importantes sobre el tema se comenta que 75% de los eventos causados por medicación pueden atribuirse a deficiencias del sistema. En el Informe comentado de la OMS se manifiesta enfáticamente que la mayoría de los eventos adversos no se deben a

negligencia, escasez o falta de formación de los recursos humanos sino a causas latentes en los propios sistemas. (Organization, 2008)

Ese enfoque es acorde con la estrategia de calidad que, frente a los problemas de atención, trata de no penalizar individualmente a las personas sino que sea la institución la que asuma la responsabilidad de mejorar. Esto supone actuar sobre las decisiones y conductas profesionales desde el sistema, operando sobre la cultura organizacional, fomentando la gestión de calidad y la oportunidad institucional de aprender de los errores.

En la década del 90 y más aún en el año 2000, se ha avanzado hacia el enfoque institucional. Para mejorar la seguridad de los pacientes no sólo se deben identificar y aceptar los errores sino prevenirlos y actuar sobre los múltiples factores que los desencadenan. La búsqueda de culpables no soluciona los problemas. Muchos de los errores están vinculados al estrés y fatiga, a la insatisfacción, a las condiciones de trabajo, o a la inapropiada selección o conducción del personal.

En Norteamérica, que es el país donde más se ha estudiado esta problemática, se estima que más de 40 mil pacientes fallecen a consecuencia de eventos que podrían haber sido prevenidos en su mayoría. Los incidentes están relacionados con mayor frecuencia a reacciones adversas a medicamentos, transfusiones no apropiadas, lesiones durante cirugías o en sitios incorrectos, caídas o en fallas al identificar a los pacientes. (Bautista Rodriguez, 2011)

En Colombia para referirnos a países de la región, se considera que los eventos adversos más frecuentemente identificados están relacionados con la infección intrahospitalaria o con algún procedimiento, mientras que los relacionados con el diagnóstico o la medicación eran poco comunes. Los relacionados con las infecciones nosocomiales se presentaron con mayor frecuencia en los servicios médicos de pediatría o de cuidados intensivos (UCI); mientras que los relacionados con algún procedimiento se presentaban en los servicios quirúrgicos y de obstetricia. (Bautista Rodriguez, 2011)

PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Como en cualquier proceso de mejora continua, el primer paso es aceptar y reconocer que los eventos adversos existen, posteriormente debemos trabajar en un proceso de detección y notificación, ya que sin datos no podemos medir ni mejorar. Si logramos detectar a tiempo los incidentes clínicos, tendremos mayores oportunidades de resarcir el daño, evitar secuelas graves y especialmente evitar que vuelvan a ocurrir.

En ese camino contamos en la actualidad con múltiples herramientas disponibles como los procesos de evaluación y mejoramiento continuo que proponen los programas de garantía de calidad para los servicios e instituciones de salud sean aquellos propuestos por instituciones privadas con fines de lucro como Joint Commission International o por iniciativas propias de cada institución.

Debemos entender que las consecuencias de los incidentes clínicos, pueden generar desde una prolongación en la estancia hospitalaria, lo que repercute en costos adicionales para el financiador del servicio, sea este el estado o una entidad privada o el propio paciente, hasta una incapacidad severa o la muerte.

Citando el estudio realizado por Fajardo y Ramos, en el 2005, “uno de cada diez pacientes sufre enfermedades evitables y eventos adversos como producto de la asistencia médica” (Bautista Rodriguez, 2011)

Dentro del marco sanitario, existen ciertas condiciones que revierten vital importancia dentro de los procesos de prevención, ya que se trata de condiciones que se presentan a diario dentro de hospitales y centros médicos.

Identificar incorrectamente a los pacientes sigue provocando errores en la administración de medicamentos, transfusiones, pruebas, procedimientos con personas equivocadas, y entrega de bebés a familias equivocadas. El riesgo de cometer errores en la identificación de un cliente puede ser reducido significativamente a través de la adopción de procesos de verificación comprobados, por ejemplo la colocación de los brazaletes desde la etapa del triaje. Los establecimientos de Salud deben contar con un método documentado de identificación de pacientes por ejemplo pulseras que se deben estandarizar en toda la organización. (MSP, 2016)

Los errores de medicación son la mayor fuente identificada de error médico prevenible en el hospital. Es claro que este tipo de incidentes, no solo es frecuente sino

que también resulta sumamente costoso. Dentro de ese grupo de eventos adversos, un cinco por ciento fueron atribuidos al uso de las abreviaturas, que al ser malinterpretadas pueden resultar en errores de omisión, sobre o infradosificación, administración del fármaco por la vía incorrecta, pero intravenoso cuando debe ser intramuscular, o con una posología inadecuada lo que evidentemente puede conducir a una prolongación en la estancia hospitalaria, más costos relaciones con la adición de exámenes o pruebas complementarias o incluso un tratamiento equivocado.

Los errores al momento de administrar medicamentos son una de las principales causas de lesiones y muerte en unidades de atención médica en los países del primer mundo y en la mitad de los casos están asociados a déficit en la comunicación entre los encargados de la administración y el médico que prescribe. Una comunicación pobre en los puntos de transición es también la causa de hasta el 20% de los eventos adversos relacionados con medicamentos que ocurren durante una hospitalización. (MSP, 2016)

La estrategia más efectiva para evitar este tipo de errores es la reconciliación de medicamentos, al crear una lista precisa de los medicamentos que el cliente está tomando en ese momento, la cual es comparada con los medicamentos prescritos por el médico tratante, se asegura que todo está correcto en cuanto al paciente y el tratamiento que debe seguir (la cual se entrega al momento del ingreso, transferencia o alta). Ahora, si se lograra automatizar el proceso de entrega y despacho de fármacos, lograríamos mejores resultados.

Ciertamente un riesgo que no puede asumir el paciente es la realización de cirugías en un lugar equivocado, con un proceso erróneo y en una persona incorrecta. En países desarrollados, casi la mitad de los incidentes clínicos están relacionados con el cuidado y los servicios quirúrgicos. La evidencia sugiere que al menos la mitad de estos eventos son prevenibles si se siguen las normas de cuidado y si se usan herramientas de seguridad, como listas de verificación.

Por esta razón, este tipo de incidentes, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, (OMS) se denomina “never event” o un evento que nunca debe ocurrir. Realizar una cirugía en un sitio equivocado se refiere a operar en el lado incorrecto (p. ej., practicar una artroscopia en la rodilla derecha cuando se tenía planeado realizarla en la rodilla izquierda) o en un nivel incorrecto (p. ej., operar en una vértebra equivocada). Generalmente dichos errores quirúrgicos son provocados por una comunicación deficitaria entre el personal que participa de la intervención. (WHO, 2004)

La Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la OMS (WHO World Alliance for Patient Safety) , la Comisión Conjunta, el Consejo Australiano para la Seguridad y Calidad del Cuidado de la Salud (Australian Council for Safety and Quality in Health Care), y la Agencia Nacional de Seguridad de Pacientes del Reino Unido (United Kingdom’s National Patient Safety Agency) y otras entidades internacionales han desarrollado protocolos y listas de verificación denominadas Listas de Cirugía Segura que tienen tres etapas: verificación pre-operativa, realizándole la pregunta al paciente sobre su nombre y la cirugía que le van a realizar, marcado del sitio de la

cirugía, y un “tiempo fuera” inmediatamente antes de iniciar el procedimiento para que los médicos del equipo se reconozcan entre ellos y confirmen el procedimiento a realizar. (WHO, 2004)

Otro problema importante dentro de los eventos adversos previsibles son las infecciones asociadas con el cuidado de la salud que, lamentablemente ocurren en todo el mundo, tantos en países desarrollados como a los países en desarrollo. Existe evidencia sustancial de que una buena antisepsia en las manos reduce la incidencia de infecciones adquiridas, por eso también debemos mencionar a esta técnica como parte de la prevención.



Gráfico 1.- Higiene y limpieza de manos. Fuente OMS

Debemos mencionar los problemas relacionados con las inyecciones. La OMS recomienda una estrategia en tres partes para lograr prácticas de inyección seguras: cambiar el comportamiento de los pacientes y de los trabajadores de cuidado de la salud; asegurar la disponibilidad de equipo de inyección seguro; y manejar los desechos de manera segura y apropiada. Dentro de estas sugerencias, lo más importante y que es totalmente dependiente del personal médico es eliminar inyecciones innecesarias. Debe existir un cambio en la mentalidad tanto de médicos como de los pacientes sobre determinar si en realidad amerita la administración del fármaco por este vía, que aunque mínimamente invasiva, no está carente de riesgos. Cuando una inyección es indicada médicamente, las mejores prácticas de control contra infecciones intradérmicas, subcutáneas e intramusculares recomiendan el uso de un dispositivo de inyección de un solo uso, nuevo y desechable para cada inyección y para la reconstitución de cada unidad de medicación. (MSP, 2016)

Las caídas representan la segunda causa de muerte en todo el mundo por lesiones accidentales o no intencionales y pueden conducir a lesiones en el cliente, aumento de los costos de salud y, posibles demandas por negligencia clínica.

Se calcula que anualmente se producen 37,3 millones de caídas que necesitarán atención médica, resultando mortales en el 8,8% de los casos. Las causas de las caídas pueden ser muy diversas y estar relacionadas con:

- Alteraciones del equilibrio
- Problemas en la marcha

- Pérdida de fuerza muscular
- Trastornos cognitivos.
- Alteraciones de la visión
- Padecer determinadas enfermedades crónicas
- Seguir un tratamiento con psicótopos.

O bien a aspectos relacionados con las condiciones del entorno, como: Suelos resbaladizos, iluminación insuficiente, superficies irregulares, calzado y ropa inapropiados, no disponer de ayudas para caminar y desplazarse, barreras arquitectónicas, etc. Es por esta razón que resulta de vital importancia, tener clasificados a los pacientes por su riesgo de caídas e identificarlos visiblemente e involucrar a los familiares en el cuidado y prevención.

Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y polifacéticas; dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación. (MSP, 2016)

Una de las poblaciones más vulnerables a las caídas son los adultos mayores. Por tal razón los programas de prevención van dirigidos a examinar el entorno donde vive la persona para detectar riesgos, intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, tales como el examen y modificación de la medicación, evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas; prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales; fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada; programas grupales comunitarios que pueden incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas y ejercicios del tipo del tai-chi o de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular; uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura de la cadera en caso de caída. (MSP, 2016)

En los niños, las intervenciones eficaces van dirigidas más que nada a evitar accidentes, especialmente con caídas desde balcones o ventanas, no aseguradas de manera correcta.

Los programas de prevención de caídas pueden incluir pero no se limitan a la capacitación del personal, evaluaciones de riesgo, equilibrio y entrenamiento de la fuerza, cuidado de la visión, controles de medicación, controles del entorno físico, evaluaciones conductuales y alarmas de salida de cama. Las posibles medidas para evaluar una estrategia de prevención de caídas pueden incluir el seguimiento del porcentaje de clientes que reciben una evaluación del riesgo, las tasas de caídas, causas

de lesión y el equilibrio de las medidas como la restricción de uso. La realización de informes después de las caídas también puede ayudar a identificar los vacíos en la seguridad y el prevenir la recurrencia de las caídas.

La Organización Mundial de la Salud ha identificado la prevención de caídas como un importante problema de salud global. La reducción de caídas y lesiones inherentes puede aumentar la calidad de vida para los clientes y reducir los costos asociados con lesiones graves por caídas. (Organization, 2008)

Las úlceras por presión o también llamadas de decúbito tienen un impacto significativo en la calidad de vida del cliente, dando como resultado dolor, una lenta recuperación y aumentando el riesgo de infección. Las úlceras por presión también se han asociado a la mayor duración de la estancia, costos de los servicios de salud, y mortalidad. Las estrategias efectivas de prevención de las úlceras por presión pueden reducir considerablemente su incidencia y son un indicativo de una atención y servicios de alta calidad.

Las estrategias de prevención de las úlceras por presión requieren un enfoque interdisciplinario, así como el apoyo de todos los niveles de una organización. Las organizaciones podrían desear el desarrollar un plan de apoyo integral de educación en la prevención de úlceras por presión y pueden designar a individuos para facilitar la implementación de un acercamiento estandarizado para la evaluación de los riesgos, la aceptación de los lineamientos sobre las mejores prácticas y la coordinación de los equipos de cuidados de la salud. (MSP, 2016)

Hay que tener en cuenta que existen distintos factores que favorecen el desarrollo de este tipo de laceraciones como por ejemplo la edad, el estado nutricional, si hay algún grado de inmovilidad que provoque postración por tiempo prolongado, alteraciones del estado de conciencia o incluso una mala higiene general, especialmente en pacientes mayores o en situación de abandono.

El tromboembolismo venoso (TEV) es una complicación grave y común para los clientes hospitalizados o sometidos a cirugía. La evidencia muestra que la incidencia de TEV puede reducirse sustancialmente o evitarse, al identificar a los clientes que corren riesgo y al proporcionar intervenciones basadas en la evidencia apropiada de trombopprofilaxis. Actualmente, las Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia del Colegio Americano de Médicos de Tórax (Octava edición) son las normas estandarizadas generalmente aceptadas de prácticas para la prevención de TVE.

Está ampliamente documentado el impacto humano y financiero del tromboembolismo. El desarrollo de TEV se asocia con mayor mortalidad de los pacientes y es la causa prevenible más común de muerte hospitalaria. Adicionalmente tanto los costos hospitalarios como la media de la prolongación de la estadía están altamente incrementados para los pacientes que desarrollan TVE.

Se estima que cada año se realizan 234 millones de cirugías mayores alrededor del mundo, lo cual corresponde a una operación por cada 25 personas vivas. Sin embargo, más del 25% de los pacientes enfrentan complicaciones después de someterse a una cirugía que requiere hospitalización, y la tasa de mortalidad bruta reportada

después de una cirugía mayor oscila entre 0.5 y 5%. Aun así, por lo menos 50% de las complicaciones quirúrgicas pueden prevenirse (MSP, 2016)

Finalmente, las infecciones en el lugar de la operación siguen siendo una de las causas más comunes de complicaciones post-operatorias serias, aunque la evidencia indica que las medidas preventivas comprobadas se siguen de manera muy inconsistente. La administración oportuna de antibióticos profilácticos es ampliamente reconocida como una manera eficaz de reducir infecciones post-operatorias. Sin embargo, los antibióticos se suelen administrar con demasiada anticipación, demasiado tarde o de manera errática. El uso prolongado o inapropiado de antibióticos de amplio espectro puede poner a los pacientes en un riesgo adicional de desarrollar cepas resistentes a los antibióticos.

La educación y concientización del personal se reconocen como un paso clave para abordar la seguridad en las organizaciones de cuidado de la salud. Baker and Norton ha identificado tres tipos de inversiones que son necesarias para que las organizaciones de cuidado de la salud mejoren la seguridad; una de ellas es incrementar el conocimiento de las “habilidades para analizar eventos y detectar las vulnerabilidades que existen en los sistemas de cuidado de la salud” entre el personal, tanto a niveles gerenciales como entre los empleados de primera línea. (MSP, 2016) Debería brindarse capacitación y educación en seguridad de los pacientes, al menos una vez por año a la gerencia, personal, proveedores de servicio y voluntarios de la organización.

MODELOS DE ANÁLISIS DE INCIDENTES CLÍNICOS

MODELO SHELL

El nombre SHELL viene de las iniciales de las palabras en inglés Software, Hardware, Environment, Liveware. Software hace referencia a los procesos, a la capacitación o entrenamiento y a todos los soportes con los que cuenta el equipo sanitario. Hardware se referirá entonces a los equipos, aparatos o máquinas que se utilizan durante el proceso de atención. El Environment es el medio y todas las circunstancias o agentes externos que pueden influir en el sistema y finalmente Liveware se refiere al recurso humano, es decir al profesional de la salud. Este modelo fue diseñado por Elwyn Edwards y modificado por Frank Hawkins en 1975 y se utiliza para demostrar la relación que existe entre los distintos elementos de la actividad, en este caso, sanitaria. (Rodríguez Gonzalez, 2015)

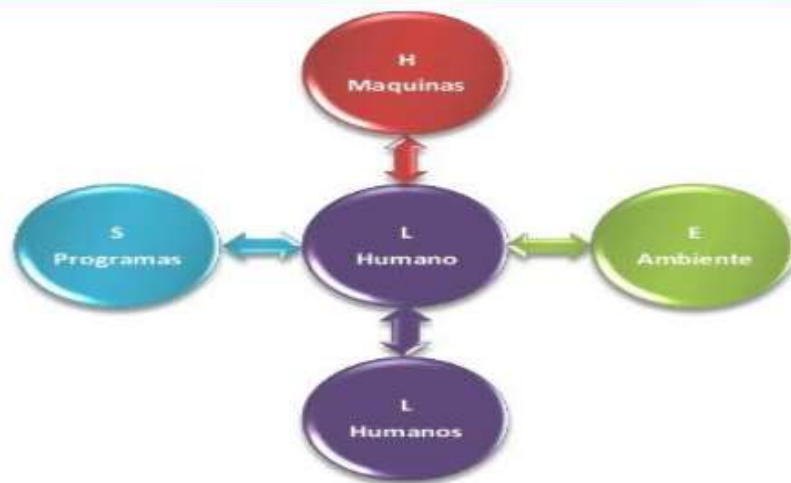


Gráfico 2 : Sistema de análisis de eventos adversos. Mauricio Rey Hoyos. 2008

MODELO REASON

En la década de los noventa, el psicólogo James Reason, hizo uno de los aportes mas importantes en el tema de seguridad, llamándolo Modelo de Reason o del Queso Suizo, que establecía que en caso de error, podemos enfocarnos en la persona o en el sistema. De esa forma clasificaba a los errores en activos y latentes, siendo los errores activos los que tenían que ver con la conducta del individuo, ya sea por olvido, desatención, negligencia, etc y que evidentemente, pueden resolverse o evitarse con la modificación de dicha conducta o con el entrenamiento constante, pero estaban también los errores latentes, que están ligados a los procesos, tomando en cuenta, que el errar es de humanos y debe esperarse, aunque sea un porcentaje mínimo de fallas. (Unkauf, 2012)

Por lo tanto estas barreras, actúan como los agujeros del queso suizo, que impiden que los daños del exterior lleguen a dañar al paciente. (Rodriguez Gonzalez, 2015)

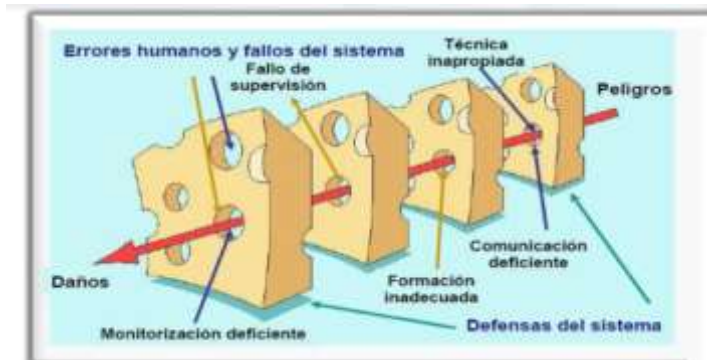
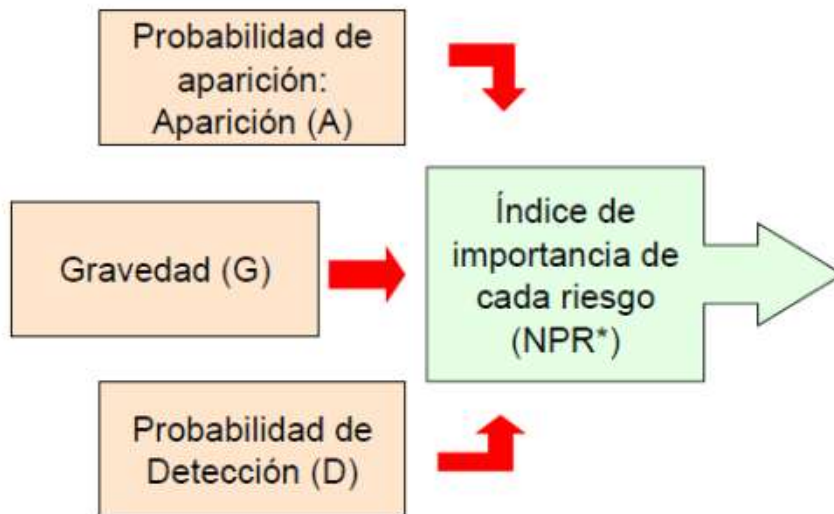


Grafico 3: Modelo de Reason. BMJ 2000

MODELO DE AMENAZA Y ERROR

Esta metodología fue primeramente utilizada por la industria aérea y posteriormente en la automotriz, ya que permite identificar las posibles fallas de un sistema, realizando un análisis, estableciendo los efectos o consecuencias y clasificarlas por su severidad. En esta metodología, ciertamente participan todo tipo de herramientas de mejora continua, ya conocidas como el análisis de espina de pescado, la lluvia de ideas, etc. Lo más interesante de este modelo, es que al permitirnos establecer la frecuencia, la facilidad de detección y la severidad de un error, nos ayudara a priorizar las soluciones y las actividades de mejora. (Rodriguez Gonzalez, 2015)



* NPR = Número de Prioridad de cada Riesgo

Grafico 4: Flujograma para el calculo de prioridades. Fuente Ministerio de Salud Pública de Perú.

PROTOCOLO DE LONDRES

El protocolo de Londres es una versión actualizada del “Protocolo para la Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”, que se desarrolló a partir de la experiencia en otras industrias que han logrado grandes avances en el tema de la prevención. En el mismo, se cubre desde el proceso de investigación, el análisis y las recomendaciones, evitando la búsqueda de culpables, como podría presentarse con otros modelos. Evalúa todos los factores, ya sean ambientales o humanos y no busca distorsionar el proceso de investigación con la asignación de la responsabilidad en alguien. Así mismo, establece los factores que influyen en la práctica clínica como son: el paciente, la tecnología, el profesional de la salud, el equipo de trabajo, el ambiente, la organización como tal y los gerentes, el contexto de la institución tanto económico como regulatorio. (Taylor Adams, 2015)

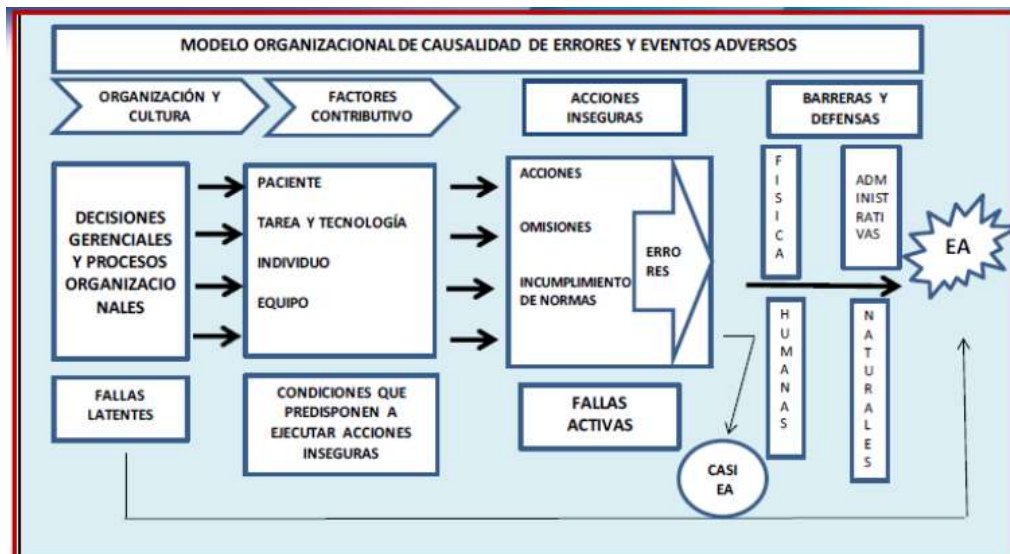


Gráfico Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos. Fuente OPS 2013

GLOSARIO DE TÉRMINOS

CUASI ACCIDENTE: Es un evento o situación que podría haber producido un accidente, lesión o enfermedad a un cliente pero no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna.

EVENTO ADVERSO: Es un incidente inesperado e indeseable, relacionado directamente con la prestación de los servicios o la atención del paciente. El incidente se produce durante el proceso de recepción de los servicios de salud.

EVENTO CENTINELA: Es un evento adverso que conduce a la muerte o pérdida importante o permanente de la función para el receptor de servicios de salud. Una pérdida importante y permanente de la función se refiere a un deterioro sensorial, motor, psicológico que no estaba presente en el momento en que solicitó o comenzaron a presentar los servicios.

RIESGO: Probabilidad de que se produzca un Incidente.

REACCION ADVERSA: Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto de que se produjo el evento.

ACCIONES INSEGURAS: Son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o un evento adverso.

GESTIÓN POR PROCESOS

Toda organización se puede concebir como una red de procesos interrelacionados e interconectados, en la cual se aplica un modelo de gestión, denominada gestión de procesos o por procesos, la misma que está orientada a satisfacer las expectativas no solo de los accionistas, sino también de empleados, asociados, clientes y como tal la sociedad. (Mallar, 2017)

La parte fundamental de este tipo de gestión es identificar los procesos clave dentro de la organización, analizarlos, mejorarlos y posteriormente trasladar esa experiencia al resto de procesos, sin olvidar que este es un proceso dinámico y siempre se puede encontrar algo nuevo que mejorar y agregarle un valor adicional, que beneficie tanto al cliente interno como al externo.

Es vital poder identificar y clasificar a los procesos en estratégicos, operativos o de apoyo, con el fin de priorizar las acciones de mejora o la reingeniería de los mismos, por su impacto en la gestión.

La naturaleza, velocidad y cantidad de cambios que ocurren a diario exigen de todas las organizaciones, especialmente las relacionadas con servicios de salud, públicas o privadas, una capacidad de adaptación e innovación constante. Por tal razón, es mandatorio desarrollar procesos que permitan generar una cultura de la excelencia en las entidades de salud, mediante la formulación de políticas, modelos, procedimientos, criterios, patrones, indicadores y normas de acción que posibiliten evaluar, en forma

permanente y sistemática, la calidad de los servicios sanitarios que se brindan a los usuarios y garantizar una atención con el mayor grado de efectividad y con el mínimo riesgo posible. (MSP, 2016)

Una Práctica Organizacional Requerida (POR) puede definirse como una parte esencial de un determinado proceso que cualquier institución de salud debe implementar para mejorar la seguridad de los pacientes/clientes y minimizar los riesgos. Debe estar anclada a una meta, seguida por pruebas de cumplimiento (indicadores). Una organización debe satisfacer todas las pruebas de cumplimiento para evidenciar que la POR ha sido debidamente implementada y que se está logrando la meta. (MSP, 2016)

Área de Seguridad de Pacientes y POR	
Cultura de la Seguridad Crear la cultura de seguridad en la organización	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes de Eventos Adversos
Comunicación Mejorar la efectividad y coordinación de la comunicación entre los prestadores de servicios de cuidados médicos y los receptores de los servicios de cuidados médicos a lo largo de todo el proceso.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de clientes • Abreviaciones Peligrosas • Reconciliación de medicamentos • Prácticas quirúrgicas seguras • Transferencia de información de clientes en puntos de transición
Uso de Medicamentos Asegurar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Control de electrolitos concentrados • Medicamentos de alto riesgo • Entrenamiento en bombas de infusión
Vida Laboral Crear una vida laboral y un ambiente físico que apoye la prestación segura de los servicios de cuidados médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Mantenimiento Preventivo • Capacitación en seguridad de pacientes
Control de Infecciones Reducir el riesgo de adquirir infecciones en una organización de servicios médicos, así como su impacto a todo lo largo del proceso de prestación de servicios médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Administración oportuna de antibióticos profilácticos • Higiene en las manos • Prácticas seguras de inyección
Evaluación de Riesgo Identificar los riesgos inherentes en las poblaciones de los clientes	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de prevención de caídas • Prevención de Úlceras por Presión • Profilaxis de tromboembolismo venoso (TEV)

Gráfico 6.- Prácticas Organizacionales Requeridas. Fuente. MSP 2016

GESTIÓN HOSPITALARIA Y LOS PROCESOS DE CALIDAD

Gestionar organizaciones hospitalarias es dirigir, administrar recursos y lograr metas y objetivos. La gestión por procesos responde a una visión integradora, donde el centro de la atención debe ser el paciente. Cada integrante del equipo de salud debe ser el protagonista de un proceso de mejora continua de la calidad. (Rodriguez, 2014)

La gestión de la calidad es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. Abarca tres procesos, la planificación, la organización y el control. Dentro del proceso de planificación, justamente encontraremos el desarrollo de políticas de calidad, la determinación de objetivos y las estrategias para alcanzarlos, mientras que en la organización, establecemos los procesos y los recursos que se destinarán para las distintas tareas y funciones. Finalmente, verificaremos el cumplimiento de dichos objetivos, compararemos resultados y aplicaremos estrategias de mejora. (Alvarez Heredia, 2003)

Es fundamental dentro de la gestión hospitalaria, manejar indicadores que nos permitan evaluar el desempeño de la institución y podamos planificar adecuadamente nuestras estrategias. Los indicadores son reflejo de situaciones reales que tomados de la manera correcta, se convierten en instrumentos útiles para determinar la eficiencia y eficacia con las que estamos utilizando los recursos, el control de costos y como estamos resolviendo los problemas.

Si bien es cierto, los más importantes suelen ser de tipo financiero como la facturación o los indicadores de rentabilidad, o los operacionales como la estancia hospitalaria, la tasa de ocupación o el intervalo de sustitución, no dejan de ser valiosos los que nos permiten medir satisfacción usuaria, como el índice de promoción neta, que aun siendo más subjetivo, nos complementa el análisis y nos permite tomar decisiones en cuanto a estrategias de fidelización de los clientes/pacientes.

En el proceso de gestión hospitalaria existen cinco grandes retos que son la reducción de costos, la eficiencia en el uso y asignación de los recursos, la optimización de los flujos en los sistemas, la mejora en la calidad del servicio y la difusión de esquemas de soporte que integren la información que se genera en el sistema.

Dentro de los modelos de gestión de calidad total, los más utilizados son las Normas ISO y el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad EFQM, que en general se basan en principios del enfoque al cliente, liderazgo, participación del personal, enfoque basado en procesos, enfoque de sistemas para la gestión, mejora continua, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y relaciones con los proveedores.

Las instituciones hospitalarias o que brindan servicios de salud, también han adaptado su operación a este modelo de gestión por procesos. Uno de los más importantes, es justamente el que está relacionado con la atención del paciente. Toda

asistencia en si misma implica un riesgo, ya sea por un error humano o por fallos en el sistema.

La Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (Carruthers, 2006), ha descrito 7 pasos para la mejora continua:

- Construir una cultura de seguridad
- Liderazgo del equipo de personas
- Integrar las tareas de gestión de riesgos
- Promover que se informe
- Involucrar y comunicarse con pacientes y publico
- Aprender y compartir lecciones de seguridad
- Implementar soluciones para prevenir daños

Con la finalidad de estandarizar los procesos de mejora continua en un determinado centro hospitalario, se propone un flujograma para el cumplimiento del sistema de gestión de calidad.

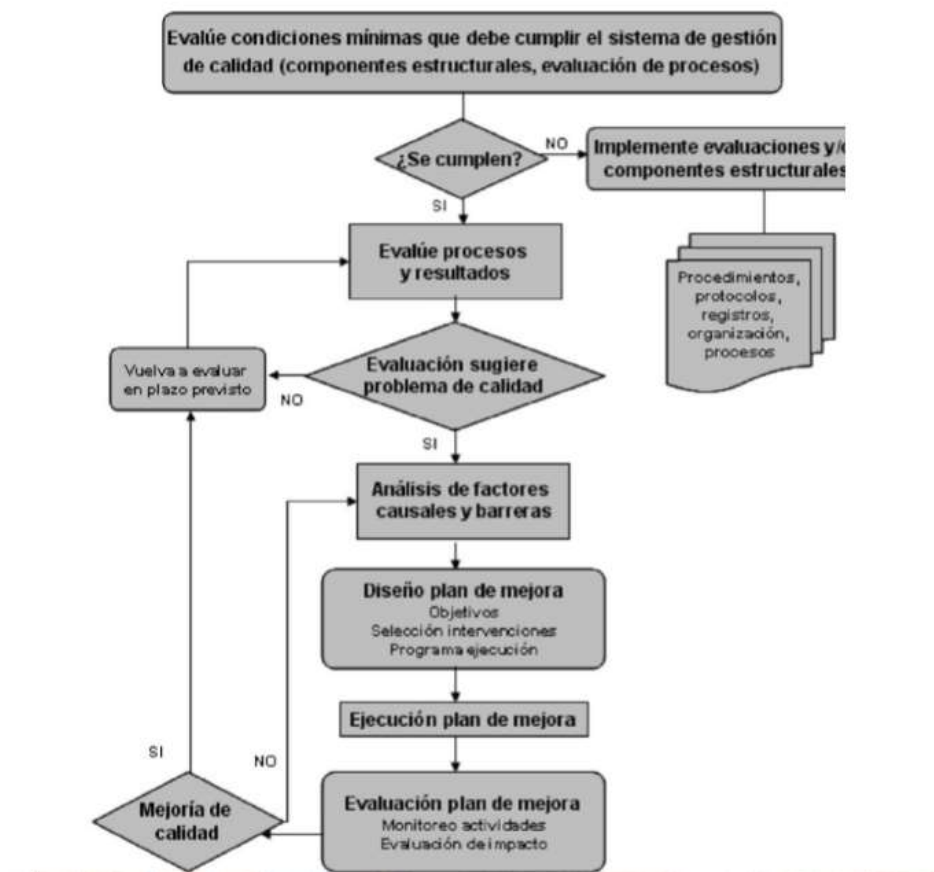


Gráfico 7.- Flujo para sistema de gestión de calidad. Fuente MSP, 2016.

Mejorar la eficacia del sistema de salud es un proceso en que los establecimientos deberán mejorar constantemente la eficacia del sistema de calidad aplicando la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de la revisión, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión de la Dirección.

La ejecución o implementación de los procesos para obtener la mejora continua, es la etapa en la que el procedimiento se convierte progresivamente con realidad a través del uso de los recursos y las actividades previstas.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

En nuestro país existe poca información disponible sobre el tema, lo que se encuentra con más frecuencia son publicaciones sobre infecciones nosocomiales y en servicios específicos, especialmente en unidades de cuidados intensivo tanto de adultos como neonatales. En cambio, son muchas menos las referencias sobre otros eventos desfavorables como complicaciones evitables, errores o iatrogenias.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en cumplimiento de su rol regulador y conductor del Sistema Nacional de Salud, en observancia de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, en coherencia con las políticas nacionales de desarrollo y en atención a la situación actual de los principales indicadores de la salud pública, cumple con su deber fundamental de establecer las normativas pertinentes a través de las cuales los y las ciudadanas ecuatorianas puedan ejercer sus derechos consagrados en la Constitución de la República, al respecto de recibir una atención que responda a los principios de garantía de los derechos, universalidad, integralidad, equidad, continuidad, participación, desconcentración, eficiencia, eficacia y calidad en la búsqueda del mejor nivel de salud posible.

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública, como prestador de servicios de salud, despliega todos sus esfuerzos de carácter administrativo, técnico, organizacional y financiero con la finalidad de viabilizar la institucionalización de la garantía de la calidad en cada uno de sus establecimientos y niveles de atención, para lo cual pone a disposición de todos/as los servidores, trabajadores y profesionales de la salud, el

presente “Modelo de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud”, diseñado como una herramienta metodológica que contribuya a mejorar los procesos de atención en salud centrada en las personas.

El mejorar la calidad se ha convertido en un tema unificador a través de los programas de salud en diferentes países. La toma de conciencia sobre la importancia del mejoramiento en la calidad de la atención de salud se evidencia en la rápida difusión de lineamientos basados en la evidencia, la creciente atención a la seguridad del paciente y la reducción de errores médicos, y los esfuerzos para reducir el desperdicio y la ineficiencia: a fin de que los escasos recursos para la salud sean usados y aprovechados al máximo.

En el marco de la Ley Orgánica que regula a las Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de asistencia médica, se establece en el artículo 11 una responsabilidad subsidiaria, tanto civil como administrativa en caso de que las compañías no realicen controles periódicos a los prestadores de salud, para verificar la calidad de los servicios brindados.

En un estudio publicado en la Revista Enfermería Global, en abril, 2016 sobre eventos adversos en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos de México, Argentina y Colombia, tuvieron como resultados que en los 6 meses de observación, se reportaron 1163 eventos, de los cuales la mayoría estaban relacionados con el cuidado del paciente (manejo de vías, accesos vasculares, infección nosocomial, administración de medicamentos) siendo que casi el 95% de los mismos se consideraron

prevenibles. Los principales factores asociados fueron la falta de adhesión a protocolos, problemas de comunicación, formación y entrenamiento. (Achury Saldaña, 2016).

Un estudio multicéntrico realizado en México en el 2017, que durante 18 meses evaluó pacientes en cinco institutos nacionales de salud y un hospital de alta especialidad, encontraron que en el 70% de los casos los eventos adversos se consideraron evitables, resultados muy similares a otras investigaciones como el estudio ENEAS 2006 o el IBEAS 2010, donde se hace evidente que la primera herramienta contra esta problemática, es reforzar la notificación de los EA. De los 540 eventos adversos que se analizaron, los más frecuentes fueron los relacionados con el cuidado del paciente. (al, 2017)

En Chile, en la Clínica Privada Vespucio, se hizo un estudio retrospectivo de cohortes, con una muestra de 368 pacientes de una población de 500, realizándose una evaluación de las historias clínicas, posteriores al alta. Fueron cribados como posibles EA 68 pacientes, de los cuales 31 fueron en efecto EA. Una vez más, casi el 40% de los casos estuvo relacionado con los cuidados del paciente y la medicación, siendo evitable el 67% de los casos. (Sepúlveda, 2014)

Pareciera que los resultados son bastante similares a nivel mundial, en una clínica de medicina interna en los EEUU, se revisó de manera retrospectiva los incidentes clínicos reportados en un periodo de 54 meses, en un sistema de reporte anónimo. El más frecuente de los incidentes fue el relacionado con errores en la administración de medicación en un 62% de los casos, seguido de fallas en la comunicación en un 26%. (Scharein, 2013)

ANÁLISIS DE LA LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA.

En el mes de Octubre, 2016 fue expedida esta ley, cuyo reglamento finalente fue emitido en abril del 2017, con el objeto de normar los alcances de la misma, autorizando y aprobando planes de cobertura y contratos, así como los procesos de reclamación por las atenciones que se brindaran tanto en el sector público como privado de la red de salud. Dentro de la mencionada Ley se cita:

CAPITULO I NORMAS RECTORAS

Artículo 5.- Pertenencia al Sistema Nacional de Salud.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud pre-pagada y las de seguros que ofrezcan seguros con cobertura de asistencia médica, formarán parte del sistema nacional de salud a cuyas políticas públicas estarán sometidas obligatoriamente.

CAPITULO V DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y DE LOS USUARIOS

Artículo 36.- de los prestadores de los servicios de salud.- la regulación y control de los prestadores de servicios de salud, su habilitación, el control de la calidad en el cuidado integral de la salud y otros aspectos en la material, se sujetarán a los previsto en

esta Ley, en la Ley Orgánica de Salud, en el Código Orgánico Integral Penal y demás normativa vigente.

Artículo 37.- Corresponsabilidad civil y administrativa.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, serán responsables subsidiarias, en los ámbitos civil y administrativo, declara dicha responsabilidad por juez o autoridad competente respecto de los perjuicio que se origines por deficiencias de calidad en la prestación de los servicios de salud contratados bajo modalidad cerrada y en la parte de corresponda la modalidad mixta, conforma con lo dispuesto en esta Ley.

El reglamento aplicable a esta Ley en su Artículo 3.- CAPITULO II dentro de su texto, menciona: “podrán ofertar estos servicios solamente a través de terceros prestadores de servicios de salud, debidamente habilitados por la Autoridad Sanitaria Nacional, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos para el efecto; correspondiéndoles a dichas compañías efectuar controles periódicos con el fin de verificar que los prestadores contratados en modalidades cerradas y mixtas cumplan con las obligaciones requeridas para mantener su habilitación.

Basados en los anteriormente indicado, se debe considerar algunos requerimiento que se debe cumplir como el proceso de HABILITACION DE PRESTADORES, para lo cual es imprescindible que el establecimiento entregue:

- Registro Unico de Contribuyentes en donde conste todas las actividades económicas registradas y establecimientos abiertos.
- Permiso de funcionamiento

- Cartera de servicio de los establecimientos, aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional
- Registro de título profesional en ciencias de la salud y de las especialidades médicas, de los profesionales que labore en dichos establecimiento, según la cartera de servicio de salud aprobada.

A petición de ente de control, las compañías deberán presentar informes de verificación de lo señalado en este apartado.

La prestación de los servicios de salud debe estar fundamentada en los principios de la medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnologías sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior, en el caso de las compañías de seguros que brinden asistencia internacional.

La responsabilidad subsidiaria será establecida, en los casos en los que se evidencie que las compañías reguladas por la Ley no cumplieron con la obligación de controlar de manera periódica a los prestadores dentro de su red, con las regulaciones establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Dentro de este marco jurídico, en el 2015 se crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS- como un organismo técnico, administrativo, parte del Ministerio de Salud Pública, quien será la encargada de ejercer la regulación técnica, control y vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios que brindan atención a los afiliados a estas compañías y empresas.

Las prestaciones que oferten dichas empresas, deberán observar la normativa establecida en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), particularmente lo que se refiere a los lineamientos operativos. En todos los tipos de cobertura, sean estos mixtos, cerrados o abiertos, si la compañía detecta que un prestador no está cumpliendo con alguna de las condiciones de funcionamiento, es su obligación notificarlo a la Autoridad Sanitaria Nacional para las acciones pertinentes.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

En el presente proyecto de investigación, el objetivo es establecer si existe una relación entre los incidentes clínicos y la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, dentro de un sistema privado de salud.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo analítico, descriptivo, cuantitativo, he considerado como variable dependiente a la satisfacción del usuario y como variable independiente a los incidentes clínicos.

Este tipo de estudios facilita detallar situaciones y eventos, es decir cómo se manifiesta determinado fenómeno, además estableciendo propiedades en los grupos a analizar.

Se considera como descriptivo, analítico porque permite investigar la relación entre las variables satisfacción usuaria y presencia de incidentes clínicos. (Sampieri, 2003)

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño que se utilizó es de tipo no experimental correlacional. "Este diseño describe relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Los diseños transaccionales descriptivos tienen como objeto indagar la incidencia y valores en que se manifiesta una o más variables" (Sampieri, 2003)

OBJETO Y SUJETO DE ESTUDIO

OBJETO

Incidentes clínicos dentro del sistema privado de salud.

SUJETO

Todos los pacientes hospitalizados en la Clínica San Luis de Francia (admisión por al menos 24 horas).

POBLACION Y MUESTRA

Doscientos noventa y ocho pacientes hospitalizados en la Clínica San Luis de Francia en el periodo enero a julio, 2017.

En este caso la muestra es igual al total de la población. Como criterio de inclusión se planteó encuestar a todos los pacientes admitidos al menos 24 horas en la clínica. Se excluyeron las atenciones ambulatorias.

Adicionalmente, se procedió a realizar la solicitud al Ministerio de Salud Pública, Coordinación Zonal 8 que corresponde a la provincia del Guayas, cantones Guayaquil, Samborondón y Duran del consolidado de los reportes de eventos adversos en el período 2016. Sin embargo se informó que el proceso de reporte se inició a nivel nacional en el mes de junio, 2017, por lo tanto la información proporcionada corresponde a los meses de junio y julio, 2016, ya que tienen un año de atraso en los reportes.

La información fue recopilada mediante la revisión de los consolidados de los reportes de eventos adversos, eventos centinela y cuasi eventos que se presentaron en las unidades de salud que conforman la zona ocho del Ministerio de Salud Pública.

INSTRUMENTO Y VALIDACIÓN

Para obtener la información, se realizó una encuesta de satisfacción a los pacientes hospitalizados durante los meses de enero a julio, 2017 en la Clínica Privada San Luis de Francia de la ciudad de Guayaquil, a un total de 298 pacientes, que estuvieron internados durante ese período.

Para poder establecer la idoneidad de un instrumento de recopilación de datos, el mismo debe cumplir con dos requisitos: confiabilidad y validez. Esto indicará en este caso, si la encuesta mide de forma adecuada las variables que se van a evaluar con facilidad y eficiencia. (Sampieri, 2003)

La encuesta aplicada fue aprobada por la gerencia general de la clínica San Luis de Francia, y es una adaptación de la encuesta de satisfacción usuaria y prevención de incidentes clínicos que se maneja en el Programa de Calidad Hospitalaria (HQP) de la compañía Bupa en colaboración con Joint Commission International en el año 2010. La misma fue validada por dos expertos en el área de calidad de servicios de salud, cuyas certificaciones se encuentran en los apéndices del presente trabajo. Dentro de este programa se han evaluado 23 hospitales en Latinoamérica, incluyendo al Hospital Albert Einstein de Brasil, considerado como el mejor hospital de Latinoamérica, de acuerdo al ranking 2016 de la revista América Economía. (Valencia Murcia, 2016).

Se realizó al total de pacientes que estuvieron hospitalizados dentro del período enero a julio, 2017, por lo que su margen de error es nulo. Los criterios de inclusión fueron pacientes de cualquier sexo, cualquier edad, que hubiesen sido hospitalizados

(internamiento mayor a 24 horas) en este centro médico. Se excluyeron las atenciones en emergencia y las consultas ambulatorias.

DISEÑO ESTADÍSTICO

El tipo de muestreo es probabilístico, ya que se conoce de antemano que cada persona de la población, formará parte de la muestra. Se escogió esta técnica, porque permite estandarizar las respuestas en escalas cualitativas que incluyen las dos variables sujeto del estudio. Se trata de siete preguntas que valoran el grado de satisfacción del usuario, la presencia o ausencia de un incidente clínico y la probabilidad de recomendación de la institución. (Índice Promotor Neto).

Para verificar cuál de los factores tiene mayor relación con la variable dependiente, primeramente se presenta la tendencia o comportamiento de las variables de manera separada, es decir de las propiedades de las mismas, como parte del estudio descriptivo.

Para la primera parte (descriptiva) se presentan cuadros y gráficas de frecuencia y porcentajes. Para la parte correlativa o correlacional, se elaboraron tablas de doble entrada o cruce de variables, para establecer la correlación entre ellas, a través de la prueba de Chi cuadrado estableciéndose cual de los dos factores, económico o psicológico tiene mayor asociatividad con la violencia intrafamiliar.

PRUEBA DE CHI CUADRADO.

Para probar las hipótesis de manera estadística se utilizó el análisis no paramétrico: ji cuadrado o chi cuadrada, estadístico que permite medir la correlación entre variables y si esta es significativa o no, y por lo tanto debe rechazarse o aceptarse

la hipótesis nula y con ello aceptarse o rechazarse la hipótesis de trabajo o de investigación.

El consolidado de los resultados obtenidos se realizó en la herramienta Excel de Office.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En base a los reportes obtenidos de la Coordinación Zonal 8 del Ministerio de Salud Pública, se están evaluando tres parámetros dentro del marco del sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente. Se trata de 9 hospitales que pertenecen a la red sanitaria pública ubicados en la provincia del Guayas. De acuerdo a la tipología son Hospitales Básicos (1), Generales (2) y de Especialidades (6).

En la Tabla 1 se presenta el número de pacientes que fueron atendidos en hospitalizaciones en los hospitales básicos, generales y de especialidad que forman parte de la coordinación zonal 8, con un total de atenciones en el mes de junio 2016 de 29.911 pacientes, de los cuales 614 no fueron correctamente identificados con el brazalete, lo que representa un 2.1%. En el mes de julio, 2016, el número de atenciones fue de 16.379 y el número de pacientes no identificados fue de 379, lo que representa un 2.3%.

HOSPITALES	TOTAL PCTS. ATENDIDOS JUNIO 2016	SIN IDENTIFICACION	%	TOTAL PCTS. ATENDIDOS JULIO 2016	SIN IDENTIFICACION	%
Hospital Abel Gilbert Pontón	179	6	3.4	1479	14	0.9
Hospital Básico de Tenguel	7936	0	0.0	2422	0	0.0
Hospital de Infectología	291	25	8.6	318	3	0.9
Hospital General Guasmo Sur	5743	0	0.0	2315	0	0.0
Hospital Gineco Obstétrico Matilde Hidalgo de Procel	4262	5	0.1	4909	13	0.3
Hospital Mariana de Jesús	1129	0	0.0	1183	0	0.0
Hospital Neumológico Alfredo Valenzuela	434	153	35.3	347	183	52.7
Hospital Pediátrico "Dr. Francisco de Icaza Bustamante"	1553	90	5.8	1474	101	6.9
Hospital Universitario de Guayaquil	8384	335	4.0	1932	65	3.4
TOTAL	29911	614	2.1	16379	379	2.3

Tabla 1. Incidencia de pacientes sin identificación en atenciones hospitalarias Junio y Julio 2016. Fuente Coordinación Zonal 8 MSP.

En la tabla 2 se observa el reporte de eventos que fueron notificados en los meses de junio y julio, 2016 vs los eventos que generaron algún tipo de acción correctiva. En el reporte no se detallan los eventos que fueron notificados y tampoco las acciones correctivas que fueron tomadas.

HOSPITALES	Eventos Notificados Jun 16	Eventos que generaron accion correctiva	%	Eventos Notificados JUL 16	Eventos que generaron accion correctiva	%
Hospital Abel Gilbert Pontón	2	2	100	3	3	100
Hospital Básico de Tenguel	0	0	0	0	0	0
Hospital de Infectología	11	8	73	8	8	100
Hospital General Guasmo Sur	22	20	91	17	17	100
Hospital Gineco Obstétrico Matilde Hidalgo de Procel	2	2	100	3	3	100
Hospital Mariana de Jesús	1	1	100	2	2	100
Hospital Neumológico Alfredo Valenzuela	6	6	100	2	2	100
Hospital Pediátrico "Dr. Francisco de Icaza Bustamante"	20	18	90	7	5	71
Hospital Universitario de Guayaquil	1	1	100	8	8	100
TOTAL	65	58	89	50	48	96

Tabla 2. Eventos notificados vs acciones correctivas generadas. Junio y Julio 2016. Fuente: Coordinación Zonal 8. MSP.

Tomando en cuenta que el número total de atenciones en el mes de junio, 2016 fue de 29911 pacientes y el número de eventos notificados fue de 65, tenemos una incidencia de menos del 1%, en el mes de julio 2016, el mismo resultado.

Finalmente, en la tabla 3 se encuentra el reporte de cirugía segura, en el mes de junio 2016, se realizaron 4202 cirugías de las cuales en 4134 aplicaron el listado de cirugía segura, lo que representa un 98.38%, en el mes de julio, 2016 se realizaron 3957 cirugías y se aplicó la lista en 3876 lo que representa el 98%.

HOSPITALES	Cirugías Realizadas Jun 16	Lista de Cirugía Segura	%	Cirugías Realizadas Jul 16	Lista de Cirugía Segura	%
HM 1	218	218	100	214	214	100
Hospital Abel Gilbert Pontón	845	820	97.041	776	732	94.33
Hospital de Infectología	58	54	93.103	50	50	100
Hospital General Guasmo Sur	618	592	95.793	695	672	96.69
Hospital Gineco Obstétrico Matilde Hidalgo de Procel	424	424	100	359	359	100
Hospital Mariana de Jesús	630	630	100	681	681	100
Hospital Neumológico Alfredo Valenzuela	77	77	100	53	53	100
Hospital Pediátrico "Dr. Francisco de Icaza Bustamante"	768	768	100	646	646	100
Hospital Universitario de Guayaquil	564	551	97.695	483	469	97.1
TOTAL	4202	4134	98.382	3957	3876	97.95

Tabla 3. Cirugías realizadas y Aplicación de Listado de Cirugía Segura. Junio y Julio 2016. Fuente: Coordinación Zonal 8. MSP.

Dentro de los resultados obtenidos en la encuesta realizada a los pacientes de la Clínica San Luis de Francia, podemos observar que en la primera pregunta, sobre la satisfacción con los servicios recibidos, de los 298 entrevistados, el 68% estuvieron satisfechos con los mismos, un 21% se mantuvo neutral y un 11% indicó que estaba algo insatisfecho con la atención.

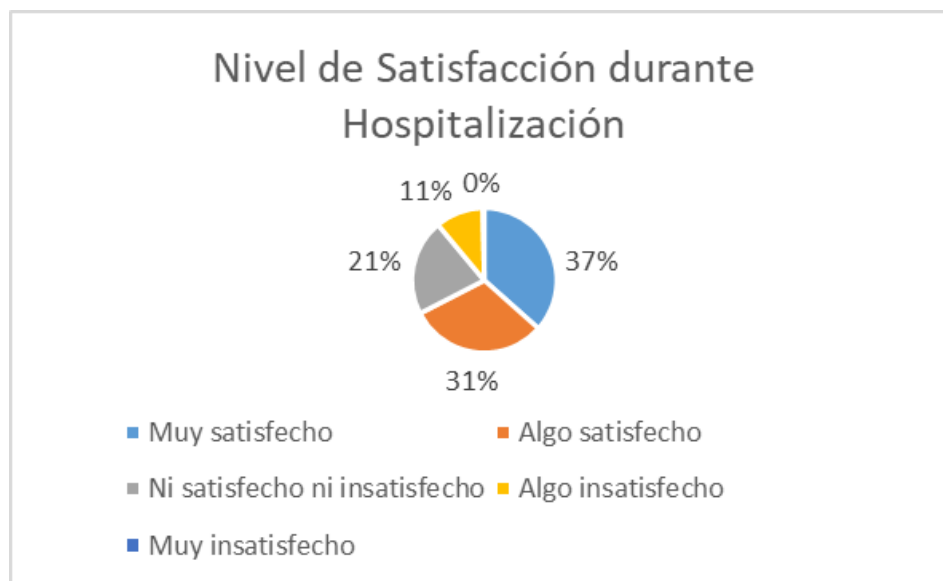


Gráfico 8: Nivel de satisfacción usuaria durante hospitalización. Enero- Julio 2017.

En la segunda pregunta, sobre el proceso de identificación del paciente al momento del ingreso, el total de encuestados contestó que sí.

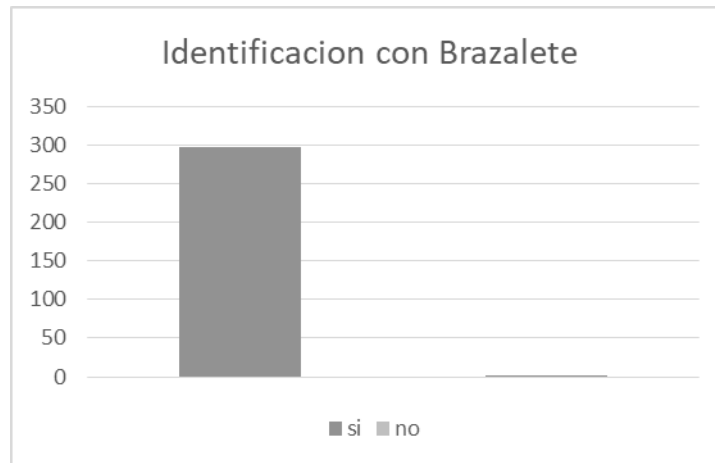


Gráfico 9. Identificación del paciente con brazaletes. Enero-Julio 2017.

En la tercera pregunta, sobre el riesgo de caídas durante la hospitalización, ningún paciente reportó haberse caído.



Gráfico 10. Caídas durante la hospitalización. Enero-Julio 2017.

En la cuarta pregunta, se consultó si se presentó alguna complicación relacionada con el tratamiento, de los cuales, únicamente un paciente respondió de manera afirmativa. Al revisar la historia clínica se trató de una reacción post medicamento.

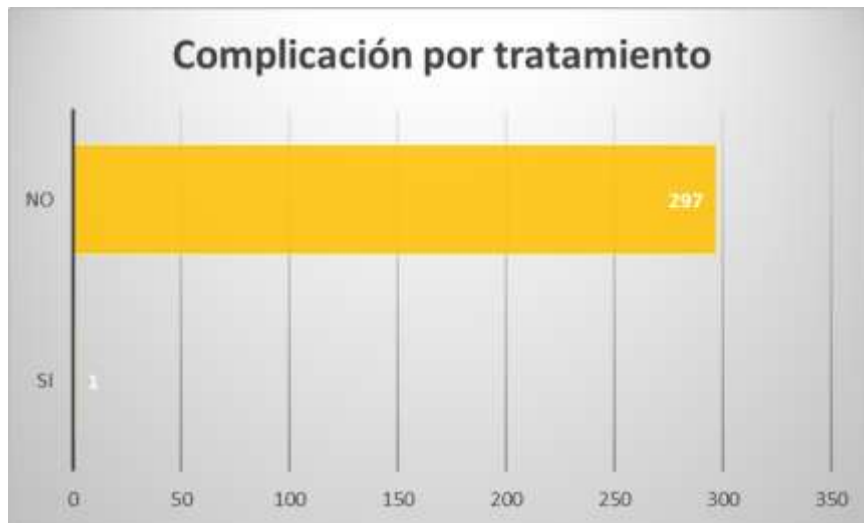


Gráfico 11. Complicaciones relacionadas al tratamiento. Enero- Julio 2017

En la quinta pregunta, se consultó si es que se había presentado algún error en la administración de la medicación. Se presentó un caso, en que se administró de manera errónea un antibiótico que no era el prescrito en la historia clínica.

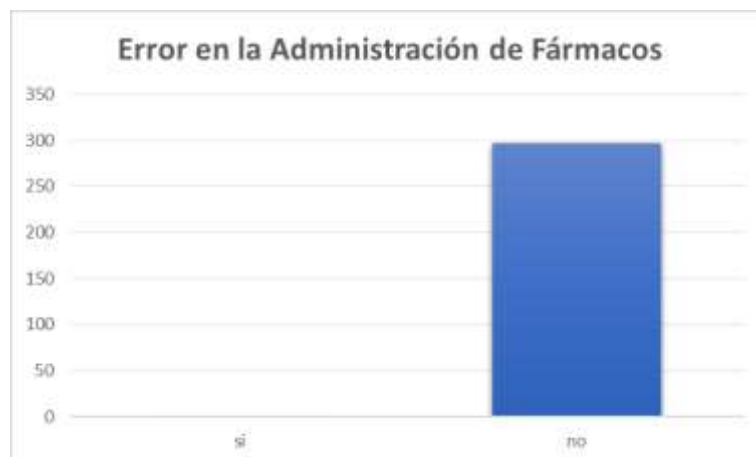


Gráfico 12. Error en la administración de medicamentos. Enero- Julio 2017

En la sexta pregunta, sobre el tiempo de espera para recibir la atención, el 14% consideró que no había sido adecuado el tiempo de espera, mientras que el 86% consideró que la espera había sido adecuada.

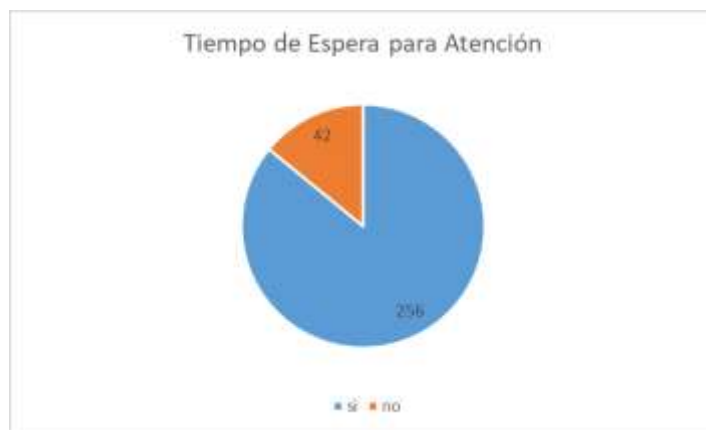


Gráfico 13. Tiempo de espera para atención. Enero- Julio 2017

Finalmente, se consultó sobre la probabilidad de recomendar la clínica a familiares y amigos, donde se encuentra que un 69% indicó que recomendaría al centro, un 26% no lo consideró ni probable ni improbable y un 5% respondió que era poco probable que lo recomendara.

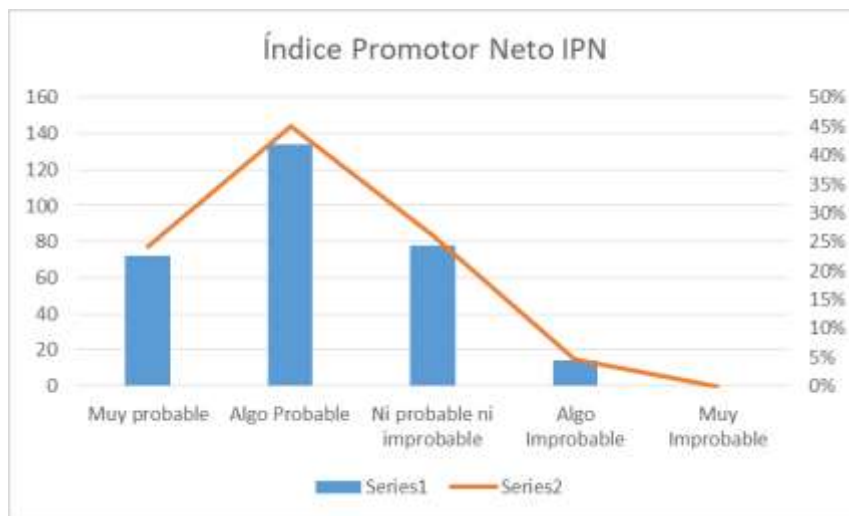


Gráfico 14. Índice Promotor Neto. Enero- Julio, 2017

En base a los resultados obtenidos, tanto del análisis de los reportes de eventos adversos del Ministerio de Salud Pública, como de la encuesta realizada en un centro hospitalario privado de la ciudad de Guayaquil, podemos establecer que los hallazgos más importantes a nivel del sector público, es que se está realizando de manera protocolizada la identificación de los pacientes y que tienen un cumplimiento del 98% sobre el programa de cirugía segura.

Una duda surge sobre el reporte de incidentes clínicos o eventos adversos versus acciones correctivas tomadas, ya que al carecer de un mejor detalle, es imposible clasificar por severidad a los mismos y establecer si las acciones estuvieron acorde al evento.

Sobre la encuesta de satisfacción, del total de pacientes el 68% manifestó estar satisfecho con la atención, sin embargo dentro de la investigación encontramos como limitante del proyecto, a la sensibilidad de los datos, ya que fácilmente este tipo de incidentes clínicos pueden acarrear connotaciones de tipo legal, que generarían daño reputacional a la institución, lo que podría haber generado un sesgo en los resultados.

CAPITULO IV: PROPUESTA

La propuesta está enfocada en tres aspectos que están relacionados directamente con la mejora de la calidad de los servicios de salud, la prevención de eventos adversos y la satisfacción de los usuarios y está basada en tres ejes que deberían implementarse en todas las instituciones tanto públicas como privadas del país.

SISTEMA DE GESTIÓN DE PROCESOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Dentro de la evaluación de la clínica San Luis de Francia, se evidenció que dentro de su flujograma de procesos, no estaba identificada un área que manejara los sistemas de calidad y seguridad del paciente.

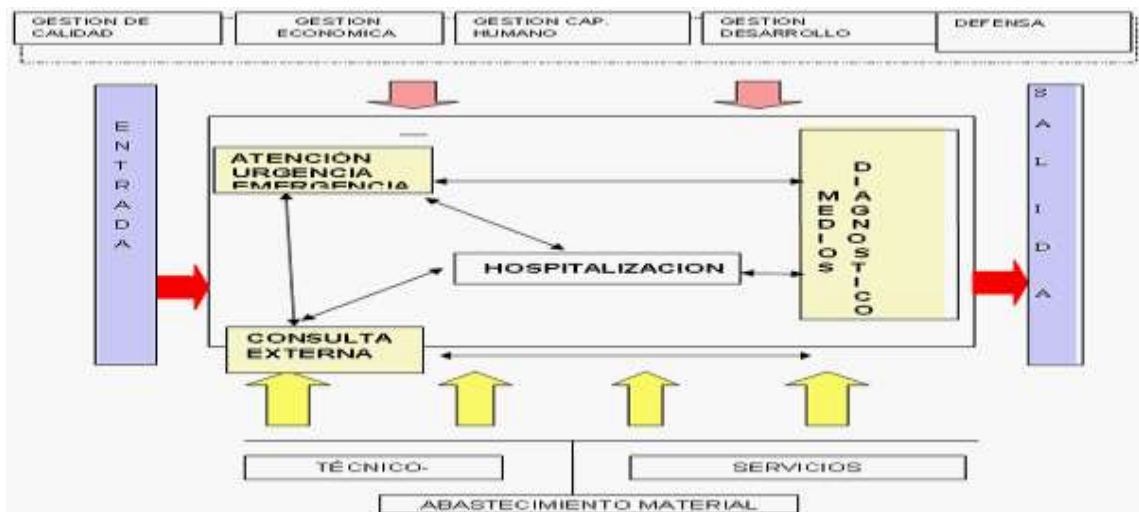
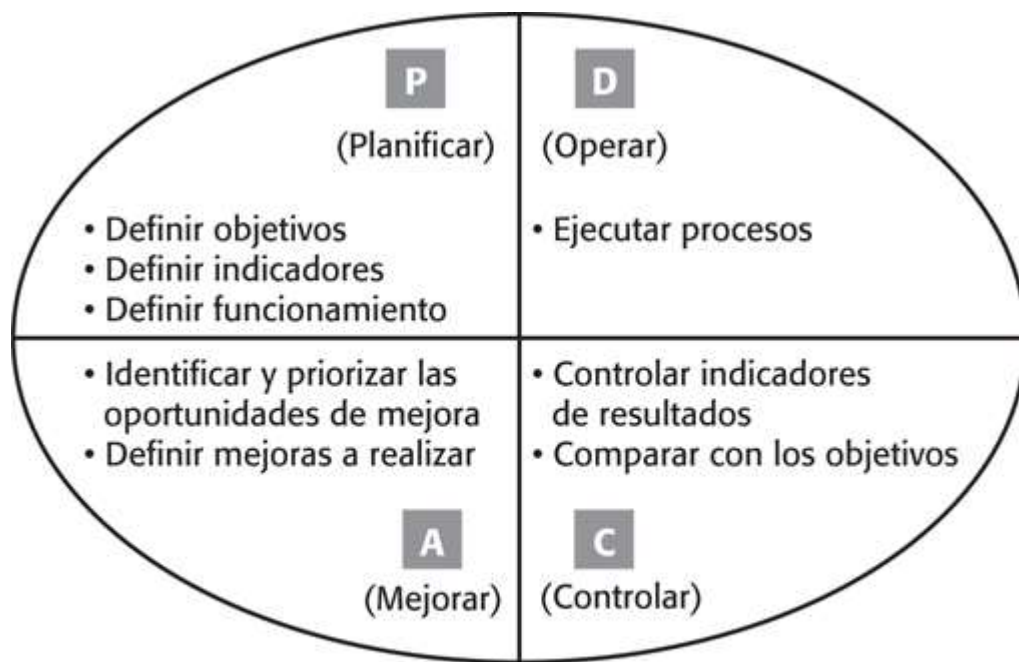


Gráfico 15.- Diseño de un sistema de gestión por procesos

Parte de la estrategia a implementar es la creación de un área destinada a este proceso, podría tratarse de una gerencia o una coordinación, dependiendo del tamaño de la operación. Esta unidad tendrá como objetivo crear el proceso de gestión de calidad y seguridad del paciente para la clínica.



Fuente: José Luis Temes Montes, Mercedes Mengíbar Torres: *Gestión hospitalaria*, 5e: www.accessmedicina.com
 Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Gráfico 16. Gestión Hospitalaria.

Dentro de los objetivos del área, tendríamos el reducir el riesgo de incidentes clínicos, por medio de la implementación de la política de reporte o notificación sugerida en este proyecto. Los indicadores que se manejarían serían la satisfacción del paciente y tasa de incidentes (número de casos identificados/ número de pacientes atendidos).

Como parte de la operación, está incluida la capacitación del personal en colaboración con el departamento de recursos humanos, ya que los eventos adversos tienen que ver directamente con las prácticas de cuidado impartidas por el personal de salud, y son fácilmente previsibles si se toman en cuenta las medidas necesarias para garantizar la seguridad del paciente.

PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITALARIA

El Programa de Calidad Hospitalaria (Hospital Quality Programme) es una iniciativa en conjunto con Joint Commission International (JCI), para reconocer y evaluar a los hospitales que están liderando por sus estándares clínicos y calidad en sus servicios.

Existe un compromiso de asegurarles a los pacientes el mejor cuidado de su salud, lo que debería ser posible en cualquier institución tanto pública o privada del país. Con el fin de promover y apoyar la mejora continua, se hizo una colaboración con JCI, la acreditadora internacional más importante, para desarrollar un programa de evaluación y mejora de la calidad.

De esta forma se asegura tener información actualizada sobre servicios y tratamientos disponibles en los hospitales, que se cumplan estándares de calidad, apoyar a los hospitales en sus procesos de mejora continua, asesorar a los usuarios con las mejores opciones de tratamiento en los lugares adecuados.

La JCI ha acreditado a 1015 instituciones en más de 100 países usando la experiencia médica para establecer los estándares con los que se miden a los hospitales, principalmente por su capacidad de proveer el tratamiento adecuado y calidad en el

cuidado. Actualmente, en Ecuador, sólo el Hospital Metropolitano de Quito está acreditado desde el 2011. (Joint Commission International, 2017)

Tomando en cuenta la trayectoria de esta entidad, el HQP (por sus siglas en inglés), ofrece a los hospitales promoción a nivel internacional, con un incremento de pacientes, además de un entrenamiento para futuras acreditaciones internacionales, no necesariamente JCI. Además establece una retroalimentación de los pacientes por medio de encuestas de satisfacción para valorar su opinión sobre el tratamiento recibido en las instituciones acreditadas.

El proceso tiene dos etapas, la primera es un cuestionario de autoevaluación con dos módulos, que debe completar el hospital. El primer módulo sobre el establecimiento cubre información básica sobre los servicios que ofrecen, mientras que el segundo módulo revisa la calidad en mayor detalle y abarca seguridad del paciente, liderazgo, servicios clínicos, manejo del personal, equipamiento del centro y ambiente laboral.

Posterior al análisis, se identifican las áreas de mejora para programar la segunda etapa en la cual se realiza una visita al hospital, la idea es entender la experiencia del usuario, además de completar el listado respecto a estructura, personal, políticas y servicios por departamentos.

Los cuestionarios abarcan temas como la seguridad del paciente, liderazgo, calidad de los servicios, servicios clínicos, gestión del personal y el entorno y equipamiento.

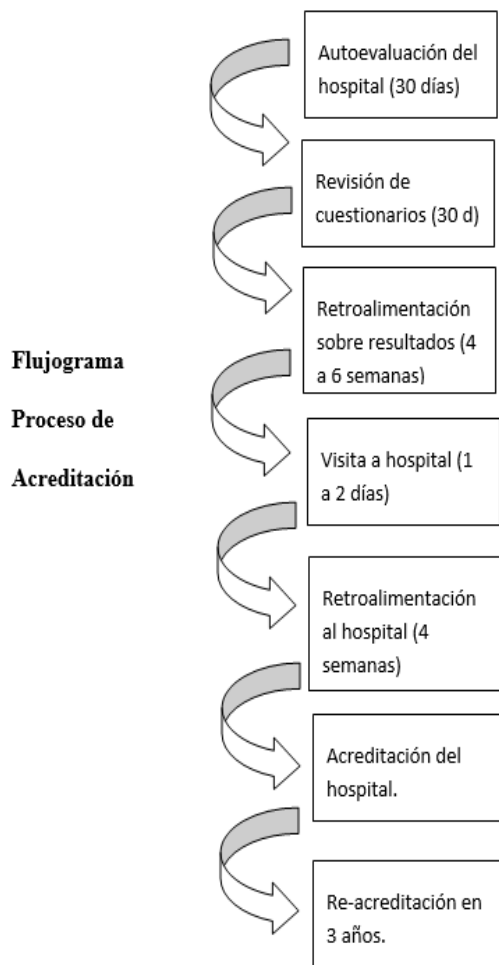


Gráfico 17. Flujograma del Proceso de Acreditación en Bupa.

Hasta la fecha, se han evaluado 23 hospitales y se han acreditado 3, en Brasil los hospitales Sirio Libanés y Albert Einstein y en México, el Hospital Ángeles Lomas. (Bupa, 2013)

POLÍTICA DE MANEJO DE INCIDENTES CLÍNICOS

La política de manejo de incidentes clínicos, es parte del sistema de control interno de los servicios de salud. Establece las responsabilidades de los proveedores asociados en identificar, notificar, investigar, reportar y analizar los incidentes clínicos que se presenten en sus instalaciones, como parte de las mejores prácticas clínicas a nivel de la región. (WHO, 2004) Este tipo de eventos pueden ocurrir mientras se provee de un servicio de salud, y muchos de ellos pueden tener serias consecuencias en los pacientes.

El propósito de esta política es asegurar el manejo apropiado de estos incidentes para prevenir o reducir un daño futuro a los pacientes. Requiere de una implementación sistemática para que tanto los profesionales de la salud como el equipo administrativo respondan efectivamente cuando estos eventos ocurran.

Se enfatiza en la disminución del daño, en identificar los factores que contribuyen a la aparición de los incidentes, a mejorar los procesos, a prevenir la recurrencia, disminuyendo el riesgo, distribuyendo los conocimientos a los profesionales de la salud y a los pacientes y demostrando los resultados de las investigaciones a las partes involucradas. (Bupa, 2013)

La política de manejo de incidentes clínicos se basa en los siguientes principios:

La obligación de actuar: hay roles y responsabilidades definidas claramente en el proceso de manejo de incidentes que deben ser conocidos y entendidos por todos los involucrados.

Una cultura de justicia: los incidentes deben ser reportados sin temor a retaliaciones o culpa, por lo que los individuos son tratados de manera justa y honesta. Reportar los eventos solo es válido si lleva a una respuesta constructiva. Como mínimo, debe generar una retroalimentación de datos para hacer un análisis de estos hallazgos.

Priorizar las acciones: las acciones que asistan en la investigación o revisión de los incidentes deben ser priorizadas con el fin de facilitar los tiempos de respuesta, especialmente en los casos de alto impacto.

Énfasis en aprender: la política está enfocada en aprender de los incidentes con el fin de crear una cultura de seguridad del paciente, en base al reporte y a la investigación de los incidentes, desarrollando e implementando recomendaciones, que mejoren el cuidado de la salud y la experiencia de nuestros usuarios.

Los sistemas: Mejorar implica reconocer que las causas de los incidentes no pueden simplemente asociarse a las acciones de un individuo. (Bupa, 2013)

MANEJO DE INCIDENTES: ROLES Y RESPONSABILIDADES.

El manejo de incidentes es responsabilidad de todos dentro del equipo de salud. Esto se refleja en el manejo de nuestro proceso de control de riesgos. Un manejo efectivo requiere que toda la organización tenga clara la importancia del reporte y la retroalimentación en todos los niveles del sistema. La prioridad es asegurarse que la persona afectada por el incidente esté segura y que todos los pasos necesarios son tomados para apoyar y tratar al paciente, previniendo cualquier lesión futura al paciente u otros.

Todos los incidentes deben ser reportados a la persona a cargo o designada en el momento que se produzcan y deben ser registrados dentro del sistema y asignarle una clasificación de acuerdo a la severidad y contener una descripción objetiva pero detallada del caso. (Bupa, 2013)

PROCESO DE MANEJO DE INCIDENTES

Existen siete pasos que deben seguirse para un manejo efectivo de los incidentes clínicos, los mismos que pueden ser tomados por varias personas en diferentes maneras, por lo que es importante que las responsabilidades de cada uno estén claras. (Bupa, 2013)

1. Identificación
2. Notificación
3. Priorización
4. Investigación

5. Clasificación
6. Análisis
7. Retroalimentación

Identificación

Es importante para todo el personal reconocer cuando un incidente ha ocurrido. Un incidente se define como un evento o circunstancia que pudo haber generado o efectivamente provocó un daño no intencional o innecesario. (WHO, 2004)

Existen muchos tipos de incidentes que pueden ocurrir mientras se reciben servicios de salud. Estos incluyen los incidentes clínicos, por ejemplo que resulten en el daño en el usuario o retrasos en el acceso a los servicios médicos apropiados o recomendaciones de tratamientos o cuidados erróneos, o incidentes no clínicos, por ejemplo en servicio. Pueden también incluir el manejo de información, la privacidad, la confidencialidad, el consentimiento, la seguridad, calidad, integridad y organización. La calidad de los equipos, la confiabilidad, el mantenimiento que puedan contribuir a un evento y sea identificado a través del reporte y documentación del proceso. Esto solo puede darse en un medio en el que se permita, sin miedo a retaliaciones, el reporte de incidentes y que esto sea una parte más del servicio.

Posteriormente a identificar un evento, puede haber la necesidad de tomar acciones inmediatas como proveer cuidado médico inmediato a los involucrados, tratar de hacer segura la escena o situación para prevenir recurrencias, notificar al gerente a

cargo del evento, retirar equipos o insumos que no estén funcionando correctamente, recopilar información, notificar a la policía o a la seguridad en caso de ser necesario.

Notificación

Los eventos y los “casi eventos” deben ser reportados en el formato adecuado. Documentar el incidente en la historia clínica del paciente. Debe incluirse solo datos relevantes y hechos (no opiniones o apreciaciones) y debe ser reportado tan pronto sea posible.

En el formato digital deben completarse todos los campos obligatorios, es importante proveer de toda la información posible para la futura revisión y manejo del incidente, lo que permita una correcta clasificación y comparación de datos y hacerse una evaluación inicial de la severidad del incidente.

Los gerentes deben revisar la notificación de los incidentes, completar el formato con cualquier información adicional y confirmar la clasificación del mismo de acuerdo a los posibles resultados. Todos los eventos clínicos deben ser manejados con un proceso de total apertura. Deben ser comunicados el paciente, cliente o persona de contacto dentro de las 24 horas de ocurrido, o tan pronto como sea posible, por el responsable de su cuidado médico o por la persona delegada en estos casos. (Bupa, 2013)

Cuando un evento clínico ocurre, un componente integral del proceso de notificación es tomar conciencia de la importancia de la comunicación al paciente y de informarle el tipo de investigación que se llevara a cabo.

Priorización

El propósito de la priorización es asegurar una medición objetiva y estandarizada de la severidad del incidente. Esto permitirá un nivel apropiado de investigación. La idea es estadificar la severidad de un evento clínico para establecer el nivel de investigación y si es necesaria alguna información adicional. (Bupa, 2013)

Severidad	Resultado
1 – Insignificante	Casi evento. No afecto al cliente, paciente, residente. No se requiere intervención.
2 – Menor	No hay pérdida ni disminución de la función, como resultado de la lesión. Requiere primeros auxilios o su equivalente. Intervención mínima.
3 – Moderado	Pérdida temporal de la función menor o igual a 3 días. Puede requerir una transferencia a un lugar de mayor nivel de complejidad, observación o procedimientos.
4 – Mayor	Reducción temporal o pérdida de función mayor a 3 días. Requiere transferir a un centro de diagnóstico, cuidado o procedimiento de mayor nivel de complejidad.
5 – Catastrófico	Muerte. Eventos que nunca deben ocurrir. Reducción o pérdida permanente de función. Requiere transferencia a centro de máxima complejidad para cuidado, diagnóstico o procedimientos.

Tabla 4. Guía para medir severidad y acciones a seguir frente a incidentes clínicos. Fuente: Política de Incidentes Clínico de Bupa.

Investigación

La investigación de un incidente es un componente importante en cualquier programa de seguridad de pacientes. Todos los incidentes reportados deben ser investigados. Las investigaciones que se conduzcan bajo esta política, no van dirigidas a un desempeño individual. En caso de presentarse alguna inquietud sobre un desempeño individual, esto debe ser manejado por la organización.

Todos los incidentes requieren un nivel de investigación de acuerdo a la escala previa, por tal razón se debe asignar niveles apropiados de investigación y manejo, tener procedimientos para guiar la investigación de incidentes, con una comunicación abierta y ofrecer programas de entrenamiento permanentes.

Clasificación

Este es el proceso por el cual se captura toda la información relevante del incidente, desde todas las perspectivas posibles, para asegurar que la naturaleza completa del mismo, incluyendo sus causas, factores contributivos y preventivos, sea documentados y entendidos. La información que se obtenga en este proceso, ayudará al desarrollo de estrategias para comprender el riesgo y disminuir las recurrencias.

Análisis y Acción

El principal propósito del análisis es entender cómo y por qué ocurrió el evento e identificar las formas de prevenir su recurrencia. Deben generarse acciones de

seguimiento y revisión e implementarse un monitoreo local para asegurar que los tiempos de evaluación se cumplan y el éxito del plan que se implemente.

Retroalimentación

La información debe ser provista al paciente, en base a hechos y presentada de manera que sea entendida. Es imperativo que el personal involucrado reciba las recomendaciones producto de la investigación. Debe incluir los cambios que se realicen y las mejoras alcanzadas por esas enmiendas.

Se ha propuesto a la clínica, ya que por el momento, no cuenta con recursos para crear un área o estructura adicional en el hospital, que el manejo del programa de calidad hospitalaria y la política de reportes de incidentes clínicos, esté a cargo de la jefa de enfermería. Se le realizará la capacitación correspondiente sin costo, a todo el hospital, como parte del programa de Bupa para acreditación de hospitales y clínicas a nivel mundial.

Una vez que el hospital cumpla con el proceso de acreditación, la información del mismo será colocada en la página web de la compañía, identificándolo como un proveedor preferido a nivel mundial, con la consiguiente exposición en nuestros portales de servicio al cliente.

CONCLUSIONES

La seguridad del paciente debe ser el pilar fundamental dentro del proceso de atención sanitaria, ya que se ve afectada por aspectos propios del sistema, así como el componente humano, refiriéndonos a todos los profesionales de la salud. El objetivo de que la seguridad del paciente sea una disciplina, es que, al aplicar distintos métodos científicos, nos permite alcanzar un sistema de salud confiable, es decir que los eventos adversos sean prácticamente nulos y que en caso de presentarse, puedan ser detectados de manera temprana, evitando consecuencias fatales para el paciente.

El presente análisis ha establecido que los incidentes clínicos tienen una génesis multifactorial. Existe en el Ecuador una gestión incipiente frente al reporte de los eventos adversos y los que existen a la fecha no proporcionan suficiente información para establecer medidas correctivas. Aun cuando en Ecuador, desde el 2014, los hospitales públicos están obligados a registrar los eventos adversos que se presentan, el proceso de consolidación de datos en las coordinaciones zonales, apenas comenzó en junio, 2017. En los hospitales privados, el panorama es aún más desalentador, ante la ausencia de registros. La incidencia de incidentes clínicos es de apenas el 1% de los pacientes atendidos en los 8 hospitales que conforman la zona 8, sin embargo esto no quiere decir que los mismos no se estén presentando, simplemente no se está registrando.

Desde el año 2004, se puso en marcha la Alianza por la Seguridad del Paciente, una iniciativa de la Organización Mundial de Salud, con el fin de proteger a los pacientes de prácticas médicas inseguras. Es claro que en la gran mayoría de los casos, los profesionales de la salud no provocan daños de manera voluntaria o premeditada, sin embargo el proceso de atención sanitaria, conjuga tantas variables al mismo tiempo, que los errores pueden presentarse. El objetivo de esta revisión es justamente analizar cuáles son los errores más frecuentes que se presentan a nivel de las instituciones públicas y privadas en nuestro país. Además, es importante no solo estar al tanto de los eventos adversos y su frecuencia, sino principalmente de que medidas está tomando dicha institución para evitar dichos eventos y para corregir o mermar los casos que se hayan presentado. (WHO, 2004)

Una herramienta valiosa para el cumplimiento de dichos objetivos, es la acreditación mediante un proceso o programa de calidad hospitalaria. En nuestro país, el sector público ha marcado el ritmo en este aspecto, iniciando en diciembre, 2014 el proceso de acreditación Accreditation Canada International para 44 hospitales. A nivel privado, la mayoría de las instituciones cuenta con acreditaciones tipo ISO, sin embargo únicamente el Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito, se ha acreditado por cuarta ocasión con Joint Commission Association (JCA) para la estandarización de sus procesos y protocolos de atención internacionales. (PUBLICA, 2014)

Más allá de las estadísticas, es imperativo tener claro, que los pacientes son quienes sufren por este tipo de errores y por lo tanto, toda gestión que podamos realizar dentro de nuestros planes de mejora continua, tienen que estar dirigidos a una disminución considerable y de ser posible a la eliminación por completo de los incidentes clínicos, eventos centinela o cuasi eventos. La calidad y la seguridad deben ser los pilares integrales de los procesos de atención sanitaria, no solo con el fin punitivo o el de encontrar responsables, sino de una verdadera autoevaluación, de un examen concienzudo sobre todo lo que puede ser mejorado para el beneficio de nuestros pacientes, que son la razón de ser de nuestra profesión. (Kelleher, 2013)

Sobre los resultados obtenidos de la encuesta de satisfacción realizada en la clínica san Luis de Francia, se hace evidente que los incidentes clínicos afectan de manera negativa la percepción del usuario sobre la calidad de su atención. Aún cuando en ninguno de los casos, se trató de un evento de severidad, el servicio queda empañado por un error fácilmente previsible. Un retraso en la atención, puede generar una molestia pero también puede afectar seriamente el pronóstico de un paciente.

A lo largo de esta investigación, se ha logrado investigar sobre la realidad tanto en nuestro país como en otros de la región, ante la falta de reporte y la poca información que al momento existe sobre los incidentes clínicos en las distintas unidades de salud. En el país, estamos comenzando con el sistema de registro y notificación, en Europa, en Estados Unidos y en países latinoamericanos como Colombia, que buscan exportar

servicios de salud, este tema tiene vital importancia y es donde mas experiencias podemos encontrar.

La propuesta de un programa de calidad hospitalaria y un sistema de gestión de procesos de calidad y seguridad del paciente, fue bien acogida por el centro hospitalario y esperamos su implementación en los próximos meses.

RECOMENDACIONES

Considero que el primer paso para lograr la excelencia como institución, es tener clara la misión y la visión de la empresa. En un hospital, la política que rige su accionar debe incluir manifiestos como “Buscamos brindar atenciones de salud seguras y de calidad” o “Nuestro objetivo es disminuir el riesgo asociado a la asistencia en salud optimizando la seguridad de las atenciones” o “Nuestro fin es implementar un plan de gestión de calidad en salud que permita garantizar la satisfacción del usuario” entre otras. Si un hospital no tiene claro que objetivos debe alcanzar, difícilmente podrá destacarse dentro del mercado e incrementar el número de atenciones.

Las acreditaciones internacionales son costosas y no todos los hospitales o clínicas, tienen los recursos para entrar en estos procesos de certificación, por tal razón la propuesta de un programa de calidad hospitalaria, que le permite a una entidad, con sus propios recursos, autoevaluarse, detectar las falencias, las debilidades en sus procesos, implementar mejoras, para lograr una proyección internacional, no es una oportunidad que deba desaprovecharse.

Se trata finalmente de una situación en la que todos ganan, gana el paciente quien se ve favorecido por una atención de primer nivel, segura, con estándares internacionales, gana el hospital ya que indudablemente, los clientes satisfechos generan recomendaciones y por lo tanto mayores ingresos, además de disminuirse costos asociados a estos eventos y en el marco de la ley, las compañías de seguros y prepagas,

cumplen con su corresponsabilidad en la atención de sus usuarios, sin incurrir en gastos innecesarios y excesivos.

Lo ideal es que cada institución cuente con un área de calidad y seguridad del paciente para que puedan medir de manera adecuada los indicadores antes mencionados y puedan implementarse estrategias de mejora continua.

No es posible eliminar por completo el riesgo de que se presenten los incidentes clínicos, sin embargo, podemos utilizar todas las herramientas a nuestro alcance para disminuirlos y poder paliar de manera efectiva las consecuencias de los que se presenten.

El proyecto tiene como fin implementarse a lo largo del 2018 en los demás hospitales y centros privados con los que mantenemos convenios y que sea un requisito para poder renovar año a año los contratos de prestación de servicios a nuestros afiliados.

REFERENCIAS

Acuerdo Ministerial No. 0068-2017 Lineamientos Sanitarios

Ley Orgánica Que Regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica. Registro Oficial. Abril 2017.

Achury Saldaña, D. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 324-340.

al, Z.-G. R. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*, 1-9.

Alvarez Heredia, F. (2003). *Calidad y Auditoria en Salud*. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda. .

Bautista Rodriguez, L. M. (2011). Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. *Revista Ciencia y Cuidado* , 75-82.

Bupa. (2013). *Bupa Critical Incident Policy* .

Carruthers, S. I. (15 de diciembre de 2006). *Safety First- A report for patients, clinicians and healthcare managers*. Londres: Department of Health .

Committee, P. A. (2015). *Investigating Clinical Incidents in the NHS*. London: The Stationary Office Limited.

CORTEZ, D. N. (2015). hvcm.gob.ec. Obtenido de PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PREVENCIÓN DE CUASI EVENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA.

Fernandez Busso, N. D. (2004). Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. . *Archivos Argentinos de Pediatría*.

Joint Commission International. (2017). Joint Commission International. Obtenido de Joint Commission International:

<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Ecuador>

Kelleher, B. R. (31 de July de 2013). ATTITUDES AND BELIEFS OF STAFF TO FEEDBACK FOLLOWING THE REVIEW OF ADVERSE EVENT IN CLINICAL CARE. AUSTRALIAN HEALTH REVIEW. Obtenido de www.publish.csiro.au/journals/ahr.

Luengo C, P. T. (2016). Causas de subnotificación de accidentes de trabajo y eventos adversos en Chile. Revista Panam Salud Pública , 39(2):86-9.

Mallar, M. A. (26 de agosto de 2017). La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-87082010000100004&lng=es&tlng=es

Mexico, S. d. (octubre de 2006). www.salud.gob.mx. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf>

MSP, C. Z. (2016). Directrices para la implementación de normativas para la gestión de Calidad. 2-53.

Organization, W. H. (2008). www.who.int . Obtenido de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1.

PUBLICA, M. D. (Diciembre de 2014). MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/accreditation-canada-international-felicita-a-ecuador-por-el-proceso-de-acreditacion-emprendido-en-ecuador/>

Rodriguez Gonzalez, H. (2015). Obtenido de Metodologías de análisis retrospectiva/prospectiva para incidentes y eventos adversos : <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2015/ponencia/240915/4-METODOLOGIA%20ANALISIS%20INCIDENTES%20Y%20EVENTOS%20ADVERSOS.pdf>

Rodriguez, J. (2014). La Gestion hospitalaria centrada en el paciente . Archivos Argentinos de Pediatría, 55-58.

Sampieri, H. y. (2003). Metodología de la Investigación. México D.F. : Mc. Graw Hill.

- Scharein, P. (2013). Critical Incidents in a tertiary care clinic for internal medicine. BMC Research Notes.
- Sepúlveda, L. (2014). Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada de Chile. Revista de Calidad Asistencial, 78-83.
- Taylor Adams, S. (2015). Ministerio de Salud de Colombia . Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PR/OTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
- Unkauf, M. (2012). Obtenido de Gestión Sistémica del Error. El enfoque del queso suizo en auditorías: <https://pimssalud.wordpress.com/2014/05/16/error-humano-y-el-modelo-del-queso-suizo/>
- Valencia Murcia, F. (2016). America Economía. Obtenido de www.americaeconomia.com: <https://rankings.americaeconomia.com/2016/clinicas/ranking>
- WHO. (2004). Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning .

APÉNDICES

Apéndice A.- ENCUESTA DE SATISFACCION DE PACIENTES

1. En general, ¿qué tan satisfecho o insatisfecho está con los servicios recibidos durante la hospitalización?
 - a. Muy satisfecho
 - b. Algo satisfecho
 - c. Ni satisfecho ni insatisfecho
 - d. Algo insatisfecho
 - e. Muy insatisfecho

2. ¿Al momento de la admisión, fue identificado con un brazalete con sus datos personales?
 - a. Si
 - b. No

3. ¿Sufrió alguna caída durante la hospitalización?
 - a. Si
 - b. No

4. ¿Se presentó alguna complicación relacionada a su tratamiento?
 - a. Si
 - b. No

5. ¿Se presentó algún error en la administración de medicamentos durante su estancia hospitalaria?
 - a. Si
 - b. No

6. ¿Considera que el tiempo de espera para recibir atención fue adecuada?
 - a. Si
 - b. No

7. ¿Qué tan probable es que recomiende este hospital a sus amigos o familiares?
 - a. Muy probable
 - b. Algo probable
 - c. Ni probable ni improbable
 - d. Algo improbable
 - e. Muy improbable

Apéndice B.- VALIDACIONES DE ENCUESTA REALIZADA

Experto Dr. Steven Robles

Guayaquil, diciembre 15, 2016

Dra.

Valeria Campozano

Ciudad.-

Estimada Valeria,

Me parece correcto en términos generales y para un estudio puntual sobre el total del universo de pacientes del segmento.

Sobre la suficiencia de muestra, está cubierto porque es +-35%; sin embargo para tener la confirmación o evolución del estudio una alternativa es medir el mismo segmento del periodo inmediato anterior. Ya que uno de los objetivos específicos menciona "realizar un diagnóstico del periodo 2016-2017".

Acerca de los objetivos, los específicos contribuyen para el general.

La séptima pregunta es un método puntual de recomendación; lo cual podría tener muchas más respuestas sobre la percepción de servicio de los clientes.

Finalmente para evaluar la percepción de los clientes a través de esas preguntas se debe analizar la calidad de las respuestas en un ejército de afinidad y síntesis.

|

Saludos.

Steven Robles, M.Sc.

Gerente de Consultoría, Qualité BCA

098 0577 580 | stevenrobles@empresarios.com | www.qualite.com.ec | Skype: stevenroblesh |

Guayaquil, Ecuador

Experto 2. Mgs. Álvaro Zambrano

Guayaquil, Diciembre 15, 2016

Dra.
Valeria Camposano
Ciudad.

Estimada Dra. Camposano,

He revisado a detalle el documento que me envió en el cual se describen los detalles y método utilizado para su investigación del impacto de los incidentes clínicos sobre la satisfacción de los pacientes en un prestador médico privado hospitalario. Mis comentarios son los siguientes:

1. El método escogido (encuestas) es correcto para medir directamente la satisfacción del usuario.
2. Al encuestar a prácticamente toda la población en estudio, no es necesario sustentar un detalle de diseño de muestreo. Por tanto, existe robustez en los resultados.
3. Los objetivos de investigación son claros y medibles efectivamente con el método escogido.
4. Recomiendo que se realice una medición de impacto luego de que implemente el proyecto. La diferencia de la media del índice de satisfacción relacionado a los incidentes clínicos sería una forma de hacerlo.

Aprovecho la oportunidad para desejarle éxito en su proyecto de post grado.]

Saludos cordiales,

Dr. Álvaro Zambrano
VP Servicio al Cliente SALUDSA
Magister de Administración de Empresas ESPOL
MBA Escuela de Economía Fundación Getulio Vargas, Brasil
Especialista en Evaluación Económica de Proyectos Universidad de los Andes, Colombia

Apéndice C.- CARTA DE AUTORIZACIÓN CLÍNICA SAN LUIS DE FRANCIA

Carla Barcelona Simon
Directora Médica Clínica San Luis de Francia
Ciudad.-

De mis consideraciones,

Por medio de la presente, solicito a usted la autorización para realizar una encuesta de satisfacción a los usuarios de los servicios de hospitalización del centro médico que usted preside.

La misma tiene como objetivo, establecer el nivel de satisfacción de los pacientes durante el proceso de atención sanitaria, así como establecer la existencia de incidentes clínicos que pueden afectar el pronóstico y tratamiento de los pacientes y finalmente, establecer el nivel de recomendación que genera el centro.

Estos resultados serán parte de mi trabajo de titulación para obtener el grado de Magister en Servicios de Salud en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, por lo que expresamente solicito su autorización para publicar los resultados obtenidos durante el proceso.

Gracias de antemano por su colaboración y ayuda, reiterándole mis sentimientos de más alta estima.


Saludos cordiales,


Dra. Valeria Campozano Cruz

CI 0916470339

Ps. Adjunto encuesta.

CLÍNICA SAN LUIS DE FRANCIA S.A.
RUC.: 0990755825001
Carla Simón Frías
-GERENTE GENERAL
Dirección: Av. Cumbal 403 y Chimborazo
Teléfono: 2414162

Aprobado 16-12-16.
 CLÍNICA
SAN LUIS LUIS DE FR

**Apéndice D.- SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA DEL ECUADOR**

4984-E

Guayaquil, Agosto 7, 2017

Dr.

Julio Lopez Marin

Coordinador Zonal 8 de Salud.

Ciudad.-

De mis consideraciones,

Por medio de la presente, yo Valeria Alexandra Campezano Cruz, con CI 0916470339, médico de profesión, diplomada en Atención Primaria de Salud y en proceso de titulación de una Maestría en Gerencias de Servicios de Salud, solicito a usted, se sirvan ayudarme con la información estadística sobre el reporte de eventos adversos, cuasi eventos, eventos centínea, reportados durante el año 2016 (enero-diciembre) en las Unidades de Salud que pertenecen al Sistema Nacional de Salud.

Dicha información es requerida, para soportar mi investigación sobre los incidentes clínicos y su efecto en la calidad de atención recibida por los usuarios del sistema de salud.

Para este efecto, requiero del reporte detallado por tipo de evento, por coordinación, y a nivel nacional.

Le agradezco de antemano su gentil ayuda con esta solicitud.

Atentamente,



Dra. Valeria Campezano Cruz

CI 0916470339

Apéndice E.- CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION Hospital Quality

Programme

SEGURIDAD DEL PACIENTE

PS1 La Cultura de la seguridad es un pilar básico de la organización

La organización afirma que está comprometida con la seguridad del paciente

- No existe ninguna afirmación publicada que haga referencia a la seguridad del paciente
- Se hace referencia a la seguridad del paciente en los documentos y materiales internos
- Existen afirmaciones públicas relativas a la seguridad del paciente como, por ejemplo, un reglamento para el paciente
- La seguridad del paciente aparece en el centro de todas las actividades del proveedor como, por ejemplo, la declaración de la misión del proveedor

La higiene de las manos es una prioridad

- El proveedor considera que es responsabilidad del personal lavarse las manos
- Hay algunos pósteres y recordatorios para fomentar que la gente se lave las manos
- Se llevan a cabo auditorías e inspecciones para comprobar si la gente se lava las manos
- La tarea de lavarse las manos se facilita mediante la instalación de grifos que no necesitan pulsarse, mayor disponibilidad de lavabos, alcohol en spray/gel utilizado en el punto de atención con dispensadores disponibles en la entrada de cada planta y acciones disciplinarias para el personal que no lo haga

La organización lleva a cabo iniciativas para la seguridad del paciente

- El personal se ocupa de las iniciativas para la seguridad del paciente específico
- El proveedor lleva a cabo todas las iniciativas obligatorias para la seguridad del paciente
- El proveedor dispone de un programa periódico para la seguridad del paciente que está financiado y respaldado por la dirección
- El proveedor recurre a entidades acreditadas externas (por ejemplo, JCI), organizaciones para la seguridad de los pacientes (por ejemplo, IHI) y lleva a cabo iniciativas concretas (por ejemplo, la lista de comprobación de cirugía de la OMS)

La organización recopila información y la utiliza para mejorar la seguridad del paciente

- No existe ningún sistema organizado para recopilar indicadores clínicos como, por ejemplo, índices de mortalidad, readmisiones
- Se recopilan datos a partir de indicadores clínicos
- El análisis de los datos procedentes de los indicadores clínicos es periódico y desemboca en acciones de mejora
- El proveedor compara sus indicadores con otras instituciones homólogas y contribuye a las bases de datos regionales, nacionales o internacionales en el ámbito de la seguridad

PS2 La organización aprende de los errores que ha cometido

La organización cuenta con un mecanismo para identificar conatos de accidente e incidentes adversos

- Los incidentes se reportan de manera ocasional y específico
- Existe un sistema para reportar y registrar incidentes adversos y, en ocasiones, se proporciona formación al personal
- Se forma y anima al personal de forma activa a reportar incidentes y, como resultado de la revisión de los problemas, se produce un aprendizaje/cambio en la práctica
- Se monitoriza el rendimiento del personal para garantizar que reporten incidentes relevantes. Cuando se reportan problemas, se investigan en profundidad y, como resultado de ello, se ponen en práctica planes de acción detallados y cambios en la práctica

Se anima al personal a reportar errores en un entorno sin culpa

- Existen mecanismos informales para proteger al personal que plantea problemas
- Se ofrece anonimato al personal, si así lo desea
- Se garantiza la cultura "sin culpa" mediante procedimientos establecidos y documentados
- La ética del proveedor respalda de manera activa el planteamiento y la resolución de problemas, y desalienta no reportarlos

Se analizan los errores

- Se espera que el personal analice la causa de los errores que ellos mismos han reportado
- La mayor parte de los errores los investiga el director superior inmediato
- Existe un sistema para garantizar que todos los errores que se reportan sean sometidos a un análisis necesario
- Los incidentes se clasifican por una oficina central y, los que así lo requieren, son sometidos a un análisis de las causas de base puntual, independiente y transparente, proporcional al incidente, que explique qué, quién, cuándo, dónde, cómo y por qué se produjo el incidente

La organización escucha a los pacientes que presentan una queja

- No existe ningún proceso formal para registrar las quejas reportadas por el paciente
- Algunos departamentos cuentan con procedimientos para tratar las quejas reportadas por los pacientes
- Existe un sistema dedicado en el proveedor para que los pacientes reporten incidentes y dichos informes se revisan internamente
- Se anima de manera activa a los pacientes a reportar errores, y esos informes siempre se tratan como parte de las mejoras de la calidad rutinarias; además, se mantiene al paciente informado

PS3 La organización identifica áreas en las que podrían ocurrir errores

Existen recursos dedicados para las actividades de gestión de riesgos

- No existen procesos formales para la gestión de los riesgos
- Las actividades de gestión de riesgos forman parte de las responsabilidades del equipo de calidad
- Existe un departamento de riesgos dedicado
- Existen departamentos de riesgos independientes para problemas clínicos y no clínicos

El personal está capacitado para identificar y analizar los riesgos

- Se espera que el personal sepa cómo identificar y analizar los riesgos
- Se anima al personal a participar en cursos de análisis de riesgos
- El proveedor ofrece un programa cíclico de capacitación de gestión del riesgo
- Todo el personal está capacitado en la gestión de riesgos como parte integrante obligatoria de su capacitación

El personal está facultado para actuar frente a riesgos identificados

- Los miembros del personal actúan si ven un riesgo
- El personal puede reportar riesgos a la dirección senior para que se lleven a cabo acciones
- El personal está dotado de herramientas y recursos para cambiar las cosas cuando han visto riesgos
- El personal está completamente respaldado por un equipo de riesgos dedicado cuando se identifica un problema y se necesita actuar

Existe un proceso sistematizado y cíclico para identificar los riesgos

- Se suele identificar un riesgo después de que haya ocurrido un incidente
- La organización busca de manera proactiva áreas en las que podrían ocurrir errores, y responde a los errores que se han producido
- Hay un ejercicio formal anual de identificación de riesgos en el proveedor que desemboca en la producción de un Registro de riesgos que se actualiza con regularidad
- Dentro de cada departamento existe una revisión trimestral, respaldada por un equipo de riesgos, que revisa las posibles áreas de riesgo y lleva a cabo acciones para prevenirlas

PS4 Existen sistemas para garantizar que todos aprendamos de los errores de los demás

Existen sistemas de comunicación eficaces y probados

- La comunicación entre departamentos es informal y se basa en la interacción individual
- Los departamentos comparten información de manera informal
- Existe un equipo central que comunica información relevante a todos los departamentos
- Se celebran reuniones periódicas entre los jefes de cada departamento con el fin de compartir formalmente conocimientos a partir de los incidentes

Existen oportunidades adecuadas para capacitar al personal en incidentes de seguridad

- Se capacita al personal cuando hay tiempo
- Se espera que el personal vaya aprendiendo a medida que desarrollan sus actividades normales
- El personal acude a sesiones anuales de capacitación en incidentes
- El personal acude a sesiones mensuales para recibir capacitación formal en incidentes de seguridad

PS5 La organización identifica y se centra en procesos y pacientes de alto riesgo

Existe un sistema de detección temprano para identificar a las personas que se encuentran en alto riesgo

El personal es consciente de los pacientes de alto riesgo como parte del desarrollo de sus actividades normales

Se da prioridad a los pacientes de alto riesgo durante las rondas en planta y cuando se da el parte en el cambio de turno

El proveedor utiliza un "sistema de detección temprana" para identificar pacientes de alto riesgo

Existe un equipo dedicado de personas que visitan cada departamento para implementar procesos con el fin de identificar pacientes y situaciones de alto riesgo

Existen políticas para gestionar a los pacientes y procesos de alto riesgo

Se identifican a los pacientes/procesos de alto riesgo cuando ocurren

El proveedor tiene una lista de procesos de alto riesgo, y se han establecido procesos para identificar pacientes de alto riesgo en admisión

Todos los pacientes de alto riesgo y aquellos pacientes que están siendo sometidos a procedimientos de alto riesgo llevarán una identificación encima (por ejemplo, una pulsera de color), en sus notas, al lado de su cama y en cualquier traslado de un departamento a otro

Se lleva a cabo una auditoría de los pacientes/procesos de alto riesgo para garantizar que se sigan las políticas del proveedor y se lleven a cabo las mejoras que se creen oportunas

PS6 El personal se preocupa siempre por la seguridad de los pacientes en su trabajo diario

Los miembros del personal se involucran en las iniciativas de seguridad de los pacientes

No existe ninguna obligación formal por la que el personal tenga que involucrarse en las iniciativas de seguridad del paciente

Se espera que el personal lleve a cabo al menos una iniciativa de seguridad del paciente al año

Se pide al personal que demuestre su implicación en una iniciativa de seguridad del paciente durante la valoración anual

Forma parte integrante de la descripción del trabajo y la evaluación periódica del personal el hecho de iniciar o involucrarse en iniciativas de seguridad del paciente

El personal cuenta con capacitación periódica en materia de seguridad del paciente

No existe una capacitación formal en materia de seguridad del paciente

Existe una capacitación informal y específico cuando se ha identificado un problema de seguridad del paciente

Existe un programa periódico en el proveedor de capacitación en materia de seguridad del paciente

El personal ha recibido capacitación externa sobre cómo mejorar la seguridad del paciente

Existe un proceso disciplinario para el personal que no cumple las políticas, procesos y estándares del proveedor en materia de seguridad del paciente

No se ha establecido ningún proceso formal disciplinario

Los departamentos, a título individual, pueden sancionar al personal que no cumpla los estándares del proveedor en materia de seguridad del paciente

Se han establecido políticas documentadas para tratar al personal que no cumple estos estándares en materia de seguridad del paciente

Existen programas de capacitación para educar al personal sobre cómo funcionan en la práctica estos estándares y qué personal tiene que acudir en caso de que se hayan identificado problemas

LIDERAZGO

LS1 La dirección general entiende e invierte en seguridad y calidad

La dirección general es la responsable de la seguridad y la calidad del proveedor, por las que es valorada

- La calidad y la seguridad no están gestionadas por la dirección general
- La calidad y la seguridad se tratan de forma rutinaria en las reuniones de la dirección general
- La dirección general da prioridad a la seguridad y a la calidad mediante la inversión y es valorada en función de los resultados
- Hay pruebas de que los directores general son responsables de los problemas de calidad y seguridad

La dirección general da prioridad de forma adecuada a la inversión en función de las necesidades clínicas

- La inversión financiera se decide con la participación clínica mínima
- La financiación está disponible específico cuando surge una necesidad clínica
- Los requisitos clínicos son una consideración fundamental en la actividad de adquisición
- Se da prioridad a los requisitos clínicos y de seguridad cuando se elaboran los presupuestos

Los problemas clínicos forman parte de la agenda en las reuniones de la dirección general

- En las reuniones de la dirección general no se tratan problemas clínicos
- Se tratan los incidentes clínicos serios y los problemas profesionales
- En las reuniones de la dirección general hay una representación clínica que reporta problemas clínicos
- Los datos de resultados clínicos como, por ejemplo, los índices de mortalidad, se reportan de forma rutinaria y se tratan en todas las reuniones de la dirección general

LS2 Existe una clara estructura organizativa

Existe un organigrama bien estructurado y fácilmente accesible

- Existe una comprensión informal, no publicada, de la estructura organizativa
- Existe un organigrama básico que se puede consultar, si se solicita
- Existe un organigrama nominal completo que se muestra de forma activa en el proveedor
- Además de contar con una estructura a escala del proveedor, cada departamento/planta tiene y muestra su propio organigrama para que los pacientes lo puedan consultar

Cada miembro del personal tiene una descripción escrita de su trabajo que identifica claramente sus funciones y responsabilidades

- No existe ninguna descripción de los puestos de trabajo
- La mayor parte de la gente tiene una descripción de su puesto de trabajo, aunque en ella no aparece información explícita sobre sus funciones y responsabilidades
- Todo el personal cuenta con algún tipo de descripción de su puesto de trabajo
- Cada miembro del personal tiene un formato estandarizado de descripción de su puesto de trabajo, con una mención clara de las expectativas, funciones y responsabilidades

La estructura directiva refleja las necesidades del proveedor y los pacientes

- No existe ninguna estructura directiva definida
- El proveedor presenta puestos directivos claramente diferenciados
- El personal clínico ocupa puestos en la dirección para asegurarse así de que los problemas clínicos se traten de manera adecuada
- El personal directivo respalda y desarrolla las funciones clínicas

La estructura demuestra responsabilidad y autoridad

- No existe una estructura organizativa clara y se entiende la antigüedad de manera informal
- La estructura demuestra unas líneas claras de reporte
- Está claro quién tiene la autoridad, y esos son los responsables de llevar a cabo cualquier cambio que sea necesario
- Todo el personal es responsable y sus funciones están claramente definidas

LS3 Existen comisiones adecuadas para aspectos importantes del cuidado

El proveedor tiene las siguientes comisiones:
(marque todas las que correspondan)

- Calidad
- Gestión del riesgo
- Control de las infecciones
- Investigación y ética
- Asesoramiento/ejecución médica
- Seguridad del paciente
- Reanimación
- Seguridad farmacéutica/de medicación
- Mortalidad y morbilidad
- Sostenibilidad

Las comisiones establecidas cuentan con lo siguiente:
(marque todas las que correspondan)

- Reuniones programadas de forma periódica
- Términos de Referencia (TDR)
- Actas/notas documentadas de las reuniones con la agenda de la reunión
- Se identifica claramente a las personas que proponen las acciones en las reuniones
- Se hace un seguimiento de las acciones de la reunión para comprobar que se llevan a cabo
- Informe anual

Existe un mecanismo sencillo y claro que permite abordar problemas éticos

- No existe una lista publicada de los problemas que precisan una aprobación ética
- El proveedor publica una lista de situaciones clínicas en las que se precisa la aprobación ética
- Se ha establecido una comisión deontológica, ante la cual el personal plantea sus problemas
- La comisión deontológica identifica de manera proactiva las áreas que requieren una aprobación ética

LS4 La estructura clínica está organizada de forma que se mantenga la máxima seguridad para los pacientes

Existe un director clínico identificado (Director Médico o Director de enfermería) que lleva a cabo una supervisión clínica a escala del proveedor

- No existe ningún director clínico identificado
- El proveedor tiene bien un director médico, bien un director de enfermería
- El proveedor tiene un director médico y un director de enfermería
- El proveedor tiene un director médico y un director de enfermería, además de otro director clínico como, por ejemplo, un director farmacéutico

Cada departamento cuenta con un director clínico cualificado

- No hay un director clínico cualificado en todos los departamentos
- Existe un director clínico a nivel de dirección
- Existe un director clínico en cada departamento
- Existen directores clínicos a escala de las plantas

Los directores clínicos cuentan con la capacitación y la experiencia necesarias

- No se ofrece ningún tipo de capacitación o experiencia adicionales
- Se anima a los directores a que lleven a cabo capacitación adicional en su tiempo libre
- Los directores reciben programas de capacitación en el proveedor como respaldo
- Se financia a los directores y se les da tiempo para seguir programas de capacitación externos

Las políticas y procedimientos clínicos son los que conducen la provisión de la atención

- Existen políticas y procedimientos informales cuando es preciso
- Cada departamento es responsable de crear y mantener sus propias políticas y procedimientos
- Todas las políticas clínicas y los procedimientos escritos que se siguen para gestionar la atención están documentados y contienen información clara sobre las personas responsables y las fechas de revisión. Además, se comunican a todo el personal
- Se llevan a cabo auditorías para garantizar el cumplimiento de las políticas; además, a su debido tiempo, se llevan a cabo revisiones/actualizaciones

LS5 Control de acceso y gestión de acceso de Los usuarios

La Protección de la Información es una prioridad fundamental en la organización

El departamento de registros médicos es el responsable de la información recopilada en la documentación del paciente

Un director, un clínico o un miembro del personal equivalente es el responsable de la información en papel y en formato electrónico

Un miembro del equipo ejecutivo senior (o de la Comisión del consejo visible) es el responsable de la información en papel y en formato electrónico

Cada miembro del personal se responsabiliza de la información en papel y en formato electrónico. Se identifica e implementa la capacitación según se va necesitando y se comunican las medidas de rendimiento entre los homólogos

Confidencialidad proveedores de tecnología

Los registros se almacenan en papel y pueden ser consultados por cualquier miembro del personal, si así lo solicita

Los registros en papel y en formato electrónico están protegidos mediante controles físicos (salas /armarios cerrados con llave) y técnicos (malware, protección antivirus), cuando se considera oportuno

Los usuarios cuentan con inicios de sesión exclusivos en los sistemas electrónicos, que garantizan un control del acceso en función de cada cargo

Los registros de acceso se mantienen y revisan con regularidad para que la información sea la adecuada

Confidencialidad - prestaciones operativas

La apertura del historial y los exámenes médicos se llevan a cabo en áreas abiertas o con una privacidad mínima

Las consultas y las áreas de examen protegen y mantienen la confidencialidad durante la recopilación y almacenamiento de la información

Siempre se obtiene el consentimiento antes de llevar a cabo un examen físico y se realiza de forma digna

La confidencialidad es una prioridad fundamental para todo el personal clínico y operativo. Se señalan los incidentes y se tratan con libertad acciones paliativas para mejorar la atención del paciente

Integridad de la información y calidad de los datos

La información recibida de los pacientes (en papel o en formato electrónico) se registra en formato de texto libre

Se utilizan listas de comprobación y protocolos para toda la información escrita

El registro médico electrónico identifica exclusivamente a los pacientes y utiliza métodos de codificación internos para minimizar los campos de texto libre

Los registros médicos electrónicos utilizan métodos de codificación nacionales o internacionales (ICD-10 o método equivalente)

LS5 (Continuación)

Disponibilidad e intercambio de información sobre los episodios de atención

La información sólo está disponible en papel y se entrega en mano/se envía por correo postal/fax a otros proveedores y asegurados

La información sólo está disponible en papel y se comparte mediante documentos escaneados

La información está disponible en papel y en formato electrónico, hay una política que controla el intercambio adecuado con los proveedores y asegurados

La información se comparte oportunamente en un formato codificado con los proveedores y los asegurados

LS6 Existe una gestión multidisciplinar y colaborativa de los pacientes

El proveedor entiende el concepto y las ventajas de los equipos multidisciplinarios

Los médicos se encargan del paciente y el resto del personal clínico debe obedecer sus órdenes sin cuestionarlas

Está claro que los médicos, enfermeras y el resto del personal clínico juegan un papel importante en la gestión de cada paciente, y esto es algo que se reconoce formalmente

Se conducen reuniones formales del equipo multidisciplinar con periodicidad para tratar casos concretos

Siempre que resulta posible, se identifican los casos que requieren la presencia de un equipo multidisciplinar antes de la admisión y están sujetos a una revisión y monitorización regulares

Los miembros junior del personal son capaces de cuestionar a los miembros senior del equipo

El médico senior se encarga del paciente y cuestionarle sería inadecuado

Los médicos junior (y el resto del personal) tienen libertad para tratar los casos abiertamente con los médicos senior

Se conducen reuniones formales entre todo el personal clínico para hablar sobre los pacientes y su atención

El personal junior tiene la confianza para cuestionar y escalar problemas por encima del médico que se encarga del paciente, de ser preciso

Los pacientes oncológicos están sujetos a una revisión multidisciplinar

En oncología no hay ninguna función multidisciplinar

Se reconoce la importancia de la gestión multidisciplinar cuando se elaboran los planes de atención

La mayor parte de los pacientes oncológicos son gestionados por equipos multidisciplinarios, que se revisan en reuniones formales multidisciplinarias

Todos los pacientes oncológicos son gestionados por equipos multidisciplinarios y se revisan en reuniones de los equipos multidisciplinarios

OBJETIVO: LA CALIDAD

FQ1 El proveedor gestiona los servicios clínicos para asegurarse de que no se practiquen pruebas ni intervenciones innecesarias

Se utilizan las vías clínicas

No se utilizan las vías clínicas

Se utilizan las vías clínicas en algunas especialidades

Se utilizan las vías clínicas en todas las especialidades

Se utilizan las vías clínicas en todas las especialidades, la cantidad que se utiliza aumenta para todos los procedimientos y se revisan formalmente al menos una vez al año

Se utilizan conjuntos de órdenes

No se utilizan conjuntos de órdenes

Se están empezando a introducir conjuntos de órdenes en algunas áreas

El personal entiende y cree en el uso de conjuntos de órdenes para racionalizar las investigaciones y los tratamientos que se realizan, y se establecen para las enfermedades más comunes

Los conjuntos de órdenes son una parte funcional del trabajo diario y están integrados en cada departamento clínico

Se identifican, investigan y cuestionan las intervenciones excesivas o las pruebas innecesarias

Los médicos se encargan del tratamiento y no se cuestiona su práctica

Se llevan a cabo auditorías periódicas de la práctica de los médicos para monitorizar la variación

Se llevan a cabo auditorías y se cuestiona a los médicos si se considera que desarrollan una investigación o un tratamiento excesivos

Se llevan a cabo auditorías, se comparan los médicos entre sí y se cuestionan las vías clínicas y la variación injustificada

FQ2 Las pruebas médicas se utilizan en la base de todas las funciones

El proveedor tiene en cuenta las pruebas médicas en el desarrollo de políticas y procedimientos

En aquellos casos en los que el proveedor cuenta con políticas y procedimientos, éstas están redactadas por el personal del departamento

Existen políticas y procedimientos documentados que hacen referencia a investigaciones pertinentes

Todas las políticas y procedimientos documentados incluyen una sección que indica qué pruebas han de considerarse a la hora de formular el documento

Existe una revisión constante y cíclica de las políticas y los procedimientos para asegurarse de que estén en línea con las pruebas más recientes sobre la materia

Existe un acceso *in situ* a las pruebas e investigación actuales como, por ejemplo, estudios publicados, organizaciones de investigación o autoridades internacionales

Se espera que el personal utilice sus propios recursos para acceder a la literatura médica

Se proporciona al personal acceso online y los datos de log-in para las bases de datos de investigación

Existe una biblioteca *in situ* con revistas actuales, libros y acceso online

El personal recibe capacitación formal sobre cómo considerar las pruebas médicas a través de la biblioteca del proveedor

Se buscan las pruebas médicas procedentes de una amplia gama de fuentes para informar sobre la mejor práctica

El proveedor confía en la mejor práctica local para desarrollar las políticas

El proveedor utiliza la investigación nacional reconocida para determinar la práctica

El proveedor utiliza la investigación internacional, adaptada a las necesidades locales, para determinar la práctica

El proveedor utiliza la investigación internacional para determinar la práctica pero da más importancia a los grandes ensayos de cohortes, a los ensayos controlados randomizados y a los estudios

FQ3 El proveedor se esfuerza siempre por intentar mejorar su calidad

El proveedor lleva a cabo un programa de auditoría de calidad clínica periódico que mejora la atención al paciente mediante la revisión sistemática de la atención frente a criterios explícitos y la implementación de cambios

Se realizan auditorías clínicas, pero no de forma rutinaria

Se espera que cada departamento lleve a cabo una auditoría clínica documentada periódica (por ejemplo, anual) de algunos de los aspectos de su práctica y la distinga de las auditorías/análisis financieros

Realizar auditorías de la calidad clínica es fundamental para la función del proveedor y se anima de forma activa al personal a llevar a cabo auditorías clínicas locales o a participar en las auditorías clínicas nacionales

Existe una oficina de auditoría clínica centralizada/departamento de calidad que supervisa si los departamentos siguen un ciclo de auditoría clínica consistente en establecer la mejor práctica, evaluar tomando como referencia criterios y estándares, tomar medidas para mejorar la atención, y monitorizar y volver a auditar para mantener la mejora

El personal designado y la dirección se reúnen con periodicidad para planificar acciones basadas en los resultados de la auditoría de calidad clínica

No se lleva a cabo ninguna reunión formal

El personal clínico y el directivo se reúnen anualmente para hablar sobre lo que han descubierto, y en ocasiones llevan a cabo acciones

El personal clínico y el directivo se reúnen trimestralmente para hablar sobre los resultados de la auditoría y desarrollan y documentan planes de acción en cada reunión

La auditoría clínica facilitada por el personal de auditoría experimentado/cualificado dedicado tiene lugar de forma habitual y cada auditoría que se lleva a cabo no se da por finalizada hasta que se hayan adoptado medidas como resultado de ella

Existe un sistema a escala de la organización para implementar soluciones de mejora de la calidad

La mejora de la calidad es responsabilidad de todos, pero no se gestiona formalmente

Cada departamento es responsable y tiene la obligación de mejorar su calidad

Existe una oficina de calidad central que respalda y supervisa la mejora de la calidad de cada departamento

Una oficina central de calidad permite a los departamentos reunirse entre sí para compartir conocimientos y experiencia para mejorar la calidad que ofrecen mediante una persona con experiencia en la auditoría y la mejora de la calidad

FQ4 El sistema apoya al personal para mejorar la calidad

Se anima al personal a sugerir ideas que mejoren la calidad

Se elogia al personal si se les ocurre o sugieren una iniciativa para mejorar la calidad

Todo el personal clínico tiene tiempo y recursos para llevar a cabo iniciativas para mejorar la calidad

En la descripción del puesto de trabajo y de las responsabilidades de todos los miembros del personal se indica que tienen que participar en al menos una iniciativa para mejorar la calidad al año

Se ofrecen incentivos al personal para llevar a cabo iniciativas de mejora de la calidad e implementarlas en el proveedor

Los miembros del personal de todos los niveles están implicados en el desarrollo e implementación de soluciones

Los médicos están implicados en las iniciativas para la mejora de la calidad

Tanto los médicos como las enfermeras se implican normalmente en las iniciativas para mejorar la calidad

Cada miembro del personal (incluido el personal administrativo y de soporte) se implica de forma activa en las iniciativas para mejorar la calidad

Se premia al personal por implementar con éxito una iniciativa que pueda demostrar una mejora en la atención del paciente

El personal recibe capacitación sobre la importancia de la calidad y técnicas para la mejora de la calidad

No se ofrece ninguna capacitación

Se da acceso al personal a los programas de capacitación interna (voluntarios)

Se ponen a disposición del personal financiación y recursos para que puedan acceder a recursos de capacitación externa adecuados en materia de mejora de la calidad

Todos los miembros del personal clínico tienen que recibir capacitación en materia de mejora de la calidad como parte de su trabajo

FQ5 Hay una medida habitual de la satisfacción del paciente que nos lleva a actuar

La satisfacción del paciente se mide de manera periódica

Los pacientes comparten sus opiniones con el proveedor, si así lo desean

Existe una pequeña muestra de pacientes (inferior al 10%) que han respondido a una encuesta de satisfacción

Existe una muestra importante (superior al 30%) de pacientes hospitalarios que han respondido a una encuesta de satisfacción

Se realizan encuestas de satisfacción a los pacientes hospitalarios y ambulatorios como parte del proceso. También se puede incluir a los visitantes y familiares

Las respuestas de los pacientes desembocan en la implementación de soluciones cuando se han identificado los problemas

Se revisan específicamente las opiniones de los pacientes

Se analiza la información sobre la satisfacción de los pacientes y, ocasionalmente, se toman medidas como resultado de ello

Las puntuaciones de satisfacción se analizan en cada departamento, desarrollando cada uno los planes de acción pertinentes

Las puntuaciones de satisfacción se analizan en profundidad en cada departamento y en la organización. Como resultado de los comentarios, pueden darse cambios organizativos

FQ6 Gestión de las quejas

Se informa a los pacientes del proceso para presentar una queja

No se ha establecido ningún proceso formal de quejas

Existe un proceso formal de quejas al que los pacientes pueden acceder si así lo solicitan

Se informa a los pacientes de cómo pueden presentar una queja, tanto en admisión como cuando se les da el alta

Se anima de forma activa a los pacientes a que nos hagan llegar sus comentarios constructivos, ya que todos los comentarios se consideran beneficiosos para mejorar la calidad

Las quejas de los pacientes se gestionan de forma confidencial, con plazos establecidos

Las quejas se gestionan según van llegando, cuando hay tiempo para gestionarlas (de manera informal)

Se garantiza por escrito a los pacientes la confidencialidad y se les informa sobre los plazos previstos para recibir una respuesta

Existe un departamento concreto que trata las quejas y se mantiene al paciente informado durante todo el proceso

Las quejas se clasifican en distintas categorías, los pacientes y los familiares participan en el proceso de resolución y existen procesos documentados y plazos para la investigación y la respuesta

La información de las quejas se utiliza para mejorar los servicios que se prestan a los pacientes

A veces las quejas de los clientes desembocan en cambios

Las quejas se gestionan a escala local y los directores de cada departamento son los responsables de poner los cambios en marcha, en caso de que identifiquen una necesidad para ello

Las quejas las gestiona un departamento central junto con el área correspondiente. Se acuerdan planes de acción y se monitoriza su implementación

Existe una comunicación periódica de las quejas importantes a toda la plantilla del proveedor, para que estén al tanto de los problemas que han surgido, de qué manera se han resuelto y qué cambios hay que implementar en todas las áreas del proveedor

FQ7 El proveedor monitoriza los resultados de los tratamientos que administra a los pacientes

El proveedor monitoriza Indicadores clínicos claves

(marque todas las que correspondan)

Readmisiones no planificadas

Retorno no planeado al quirófano

Admisión no planeada en cuidados intensivos

Quejas serias

Traslados no planeados del proveedor

Índices de mortalidad

Índices de complicación

Casos de TVP

Muerte en un plazo de 48 horas después de la anestesia/cirugía

Muerte en un plazo de 30 días después de la admisión en urgencias

Muerte en un plazo de 30 días después de la admisión rutinaria

Mortalidad infantil

Caidas

Proporción de los pacientes tratados de conformidad con las directrices clínicas

Incidentes de alergias medicamentosas

Errores de prescripción que desembocan en daños

Errores de prescripción que no desembocan en daños

Evaluaciones del riesgo de TEV completadas

Incidencia de úlceras por presión

Profilaxis administrada

El proveedor monitoriza los siguientes índices de infección:

(marque todas las que correspondan)

Infecciones EAMR (Estafilococo aureus meticilínresistente)

Infecciones por C. difficile

Infecciones contraídas en el lugar de la cirugía en un plazo de 30 días desde la cirugía

Infecciones del tracto urinario

Infecciones por E. Coli

Infecciones contraídas a causa del Instrumental

Otros:

FQ7 (Continuación)

El proveedor mide los siguientes errores evitables/centinelas* (marque todas las que correspondan)

Lugar incorrecto, procedimiento incorrecto, incluido el paciente incorrecto	<input type="radio"/>
Objeto extraño retenido	<input type="radio"/>
Error médico que desemboca en la muerte del paciente	<input type="radio"/>
Mala administración de soluciones de potasio	<input type="radio"/>
Administración de quimioterapia por una vía incorrecta	<input type="radio"/>
Transfusión de componentes sanguíneos con ABO-incompatibles	<input type="radio"/>
Suicidio en el proveedor del paciente ingresado	<input type="radio"/>
Colocación incorrecta de los tubos nasogástricos u orogástricos	<input type="radio"/>
Muerte del paciente o discapacidad severa asociada con una embolia gaseosa intravascular	<input type="radio"/>
Muerte del paciente o discapacidad severa asociada con una caída en el proveedor	<input type="radio"/>
Atrapamiento en las barandillas de la cama	<input type="radio"/>
Mala administración de la insulina	<input type="radio"/>

Implante o prótesis incorrectos	<input type="radio"/>
Caidas desde ventanas no bloqueadas	<input type="radio"/>
Muerte en maternidad	<input type="radio"/>
Sobredosis de midazolam durante la sedación consciente	<input type="radio"/>
Sobredosis por opiáceos de un paciente que no ha recibido previamente un tratamiento con opiáceos	<input type="radio"/>
Administración de tratamiento oral o enteral por una vía incorrecta	<input type="radio"/>
Identificación incorrecta de los pacientes	<input type="radio"/>
Se le administra al paciente una medicación de alto riesgo preparada erróneamente	<input type="radio"/>
Administración IV de medicación por vía intratecal/administración por vía intratecal de medicación IV	<input type="radio"/>
Administración del gas incorrecto	<input type="radio"/>
Falta de monitorización y respuesta a las saturaciones de oxígeno	<input type="radio"/>

*Los errores evitables son incidentes en la seguridad del paciente, graves y en extremo evitables, que no deberían ocurrir si los proveedores sanitarios hubiesen implementado las medidas preventivas disponibles (Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente, "Errores evitables - Marco: Actualización de 2010-II", marzo de 2010. <http://www.nris.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45-68518>)

FQ8 El proveedor analiza los resultados de los tratamientos administrados a los pacientes

Los indicadores clínicos se analizan y reportan en un ciclo periódico

No existe ningún medio formal para recopilar ni analizar los datos de los indicadores clínicos	<input type="radio"/>
Le corresponde a cada departamento identificar y registrar sus propios datos a partir de los indicadores clínicos	<input type="radio"/>
Existe un departamento central responsable de respaldar y proteger a cada departamento a la hora de recopilar y analizar los datos procedentes de los indicadores clínicos mediante el uso de herramientas estadísticas en el análisis	<input type="radio"/>
La comisión correspondiente del proveedor revisa y evalúa constantemente los indicadores que monitoriza. La frecuencia del análisis de los datos es adecuada al proceso o resultado que se evalúan. Se analizan los resultados y se llevan a cabo acciones	<input type="radio"/>

El proveedor se compara con otras instituciones homólogas partiendo de los indicadores clínicos

No existe ninguna actividad de comparación	<input type="radio"/>
El proveedor está implicado en un programa comparativo con los proveedores locales, si es posible	<input type="radio"/>
El proveedor compara los indicadores clínicos a escala local y/onacional, si es posible	<input type="radio"/>
El proveedor compara indicadores clínicos a escala local, nacional y/o internacional	<input type="radio"/>

Existe un proceso de actuación de emergencia cuando los indicadores clínicos identifican un problema grave

No se utilizan los indicadores clínicos para identificar problemas	<input type="radio"/>
Los indicadores clínicos se monitorizan con periodicidad para identificar problemas urgentes y se tratan a medida que van surgiendo	<input type="radio"/>
Existe un departamento dedicado que monitoriza constantemente los datos clínicos y cuenta con un proceso escrito para actuar en casos urgentes	<input type="radio"/>
El sistema del análisis de datos es muy estricto y existe un sistema para identificar y mitigar problemas potencialmente graves antes de que se conviertan en un peligro real	<input type="radio"/>

El proveedor mide las Medidas de Resultados Reportados por los Pacientes (Patient Reported Outcome Measures, o PROMs)

El proveedor no conoce las PROMs	<input type="radio"/>
El proveedor conoce las PROMs pero no las utiliza	<input type="radio"/>
Las PROMs se utilizan en algunos departamentos del proveedor	<input type="radio"/>
Las PROMs se utilizan ampliamente y son una forma fundamental de medir la actividad del proveedor	<input type="radio"/>

SERVICIOS CLÍNICOS

CS1 Se identifica correctamente al paciente y se lleva a cabo el procedimiento correcto

Los pacientes se identifican correctamente

- Normalmente, se identifica a los pacientes sólo por su nombre
- Los pacientes tienen que llevar en todo momento una cinta identificadora que incluya su nombre y otro identificador clave (fecha de nacimiento o número del proveedor)
- Se utilizan dos identificadores del paciente específicos en todos los documentos relativos a ese paciente
- El proveedor utiliza un sistema electrónico para identificar a los pacientes

Existen procesos para resaltar nombres de pacientes que sean parecidos

- No se ha establecido ningún proceso
- Se informa verbalmente al personal cuando se da el parte de los pacientes con nombres parecidos
- Los pacientes con nombres parecidos tienen un marcador brillante u otra indicación clara en sus notas clínicas
- Se identifica a los pacientes con nombres parecidos en sus notas clínicas y se les pone en plantas separadas para minimizar errores potenciales

Antes de llevar a cabo una investigación/procedimiento invasivos, se realiza una identificación del paciente

- Se lleva a cabo una comprobación informal
- Un solo miembro del personal comprueba la etiqueta de identificación del paciente
- Más de un miembro del personal comprueba el paciente, el lugar y el procedimiento
- No se puede realizar ningún procedimiento significativo hasta que se haya rellenado la lista de comprobación adecuada con el fin de garantizar el paciente, el lugar y el procedimiento correctos

CS2 La comunicación con el personal se lleva a cabo de forma que se proporcione el mejor cuidado

Se reserva un tiempo para dar el parte entre equipos clínicos

- No se da el parte de los pacientes entre los turnos de enfermería
- Se da el parte entre turnos de manera informal, según corresponda
- Se reserva un tiempo de 30 minutos para dar el parte entre los turnos de enfermería mediante el uso de impresos estandarizados y herramientas para respaldar un proceso de parte coherente
- Se reserva un tiempo para dar el parte entre los turnos de enfermería de más de 30 minutos en el que se utilizan datos para llevar a cabo actividades de auditoría y mejora de la calidad

Se han establecido políticas relativas a los pedidos farmacéuticos verbales/telefónicos

- No existe una política formal
- Existe una política general relativa a los pedidos verbales/telefónicos
- Existe una política que define claramente exactamente lo que puede y lo que no puede pedirse por teléfono que incluye explícitamente la necesidad de documentar y volver a repetir los pedidos verbales
- No se puede tomar ningún pedido farmacéutico por teléfono

Existe una auditoría periódica de la legibilidad de las notas, registros y prescripciones

- No se auditan las notas con periodicidad
- Se audita una pequeña muestra de las notas (inferior al 10%)
- Se audita una muestra amplia de las notas (superior al 10%)
- La legibilidad de las notas se considera un indicador clínico clave que está sometido a una monitorización constante

Todas las investigaciones que se han pedido tienen una lógica clínica clara por escrito

- Cuando se piden investigaciones concretas, no es necesario una justificación clínica
- Todas las peticiones radiológicas o de laboratorio contienen la justificación clínica
- Se utilizan grupos de pedidos para los procedimientos rutinarios, pero se precisa justificación clínica cuando no se utiliza un grupo de pedido
- Las peticiones de investigación se registran con las justificaciones clínicas, se llevan a cabo auditorías y los resultados se utilizan para revisar la práctica individual y garantizar su cumplimiento

CS3 Se produce un uso seguro y eficaz de la medicina

El uso de la medicación cumple con los requisitos legales y normativos

- El uso de la medicación es responsabilidad del médico que hace la prescripción
- Es responsabilidad de la farmacia garantizar el cumplimiento legal y normativo
- Existe un conjunto documentado de políticas que rige el uso de los medicamentos en el proveedor
- Existe una comisión farmacéutica específica que se reúne con periodicidad para revisar información actual sobre el uso adecuado, avisos sobre medicación, retiradas de medicamentos, problemas legales y normativos

Se hace todo lo posible por utilizar medicamentos de manera segura y reportar incidentes con la medicación

- Es tarea de cada persona reportar cualquier incidente con la medicación
- Existe un sistema establecido para reportar incidentes o conatos de incidentes con los medicamentos que conozca el personal
- El personal recibe capacitación regular sobre cómo evitar un error con la medicación
- El proveedor lleva a cabo iniciativas externas para mejorar su registro de seguridad de medicamentos (por ejemplo, las enfermeras llevan un delantal de alta visibilidad durante la ronda de dispensación)

La farmacia tiene un sistema automatizado de requerimiento y dispensación

- Existen procesos manuales para el requerimiento y la dispensación de fármacos
- Existe un cierto sistema automatizado en las farmacias del proveedor
- Existe un sistema totalmente automatizado para gestionar el requerimiento y dispensación del suministro de fármacos
- Existe un sistema automatizado que también identifica medicamentos caducados/a punto de caducar, medicamentos con una fuerte demanda y medicamentos de alto riesgo

Existen medidas para la gestión de medicamentos de alto riesgo

- Los medicamentos se almacenan en orden alfabético
- Existe una lista disponible publicada de fármacos de aspecto y nombre parecido (LASA, look-alike-sound-alike) Y de medicamentos de gran alerta, por ejemplo, electrolitos concentrados o medicamentos que están implicados en un alto porcentaje de los errores
- Los medicamentos de alto riesgo están etiquetados claramente y separados en almacenes para minimizar la posibilidad de errores con la medicación
- Los medicamentos de alto riesgo sólo pueden prepararlos los farmacéuticos clínicos debidamente capacitados

CS4 La organización minimiza el riesgo de infecciones.

Existe una Comisión formal para el Control de las Infecciones

- No existe ninguna comisión de ese tipo
- Existe una comisión que se reúne trimestralmente
- La comisión está compuesta por representantes del personal del proveedor y representantes clínicos externos
- El proveedor emplea a personal a tiempo completo que trabaja como miembros permanentes de la comisión para el control de las infecciones como, por ejemplo, la prevención de las infecciones y especialistas de control, microbiólogos, epidemiólogos, etc

El personal se implica en los programas de control de las infecciones regulares

- El personal tiene plena libertad para implicarse en actividades para el control de las infecciones, si así lo desean
- El personal trabaja para minimizar las infecciones participando en cursos de capacitación
- En las valoraciones anuales y en la revisión del rendimiento se tiene en cuenta el cumplimiento por parte del personal de las medidas para el control de las infecciones y su participación en los cursos de capacitación
- Todo el personal tiene la obligación de participar en los programas anuales de capacitación para el control de las infecciones

El edificio está diseñado para minimizar las infecciones

- El control de las infecciones se considera un asunto importante para el proveedor
- Existe una comisión dedicada para el control de las infecciones que se implica en la planificación y el mantenimiento de los edificios
- Existen salas de presión positiva y negativa dedicadas y grupos de quirófanos a disposición de los pacientes infectados
- El proveedor goza de un registro probado de índices de infección bajos en comparación con las medias nacionales

Se lleva a cabo una monitorización de las infecciones contraídas en el proveedor

- Se produce una monitorización irregular e informal
- Cada departamento hace un seguimiento de su propio registro de índice de infecciones
- Existe un departamento central que recopila y rige los datos de infecciones de cada departamento
- El proveedor publica para el uso externo sus índices de infección y se evalúa con los proveedores comparables como referencia

CS4 (Continuación)

El proveedor comprueba la existencia de infecciones antes de la admisión

No se comprueba a los pacientes antes de su admisión

Se comprueba a los pacientes que han sido tratados recientemente en el proveedor

Se comprueba la existencia de infecciones de todos los pacientes en la admisión

Se comprueba a los pacientes antes de la admisión

CS5 Los informes médicos están bien mantenidos, seguros y disponibles

Registros médicos de los pacientes

Se crean registros médicos para la interacción con cada paciente - no existe ningún sistema organizado para integrar episodios de atención

Existe un sistema para crear registros médicos para los pacientes hospitalarios, pero no para todos los pacientes ambulatorios

Toda la información contenida en un registro médico en papel se transfiere y mantiene en un equivalente en formato electrónico, al que puede acceder el personal autorizado y que se puede completar mediante símbolos y abreviaturas estandarizados

El proveedor utiliza menos papel y el sistema de registros médicos electrónicos es seguro y fiable. Se evalúa la eficacia y la seguridad de los pacientes que supone el sistema de registros médicos electrónicos

Se auditan los registros médicos para comprobar que estén completos, firmados y fechados

Esta información no se audita con regularidad

Se audita una pequeña muestra (inferior al 10%) de estas tres variables

Se audita una muestra amplia (superior al 25%) de estas tres variables

Los registros se mantienen electrónicamente y, por lo tanto, no se producen problemas de ilegibilidad ni de identificación de la persona cuyos datos se han introducido

Disposición de la Continuidad Empresarial de los registros médicos

No se guardan los registros médicos en ningún departamento concreto

Existe un departamento de registros que, durante el horario de atención al público, facilita el acceso a todos los profesionales autorizados

Todos los registros se guardan electrónicamente en un servidor seguro con copia de seguridad

Existen planes de continuidad empresarial, que se prueban con periodicidad

CS6 Se informa e implica a los pacientes en todas las fases de su atención

Los pacientes tienen a su disposición información escrita sobre su condición médica

- Si el paciente lo solicita, parte de la información está disponible
- En las áreas clínicas hay folletos informativos para que los pacientes los lean
- Los pacientes reciben información escrita sobre su condición concreta cuando acuden al proveedor
- Los pacientes reciben información sobre las organizaciones externas que puedan proporcionarles información adicional y apoyo sobre su condición

Los pacientes que son sometidos a pruebas/procedimientos dan su consentimiento por escrito

- Normalmente, el consentimiento se obtiene en formato escrito
- Siempre se utiliza un formulario de consentimiento estándar
- Existen distintos formularios de consentimiento para adultos/niños/pruebas/procedimientos, que incluyen de manera clara las opciones de tratamiento alternativas, y se llevan a cabo de forma periódica auditorías de su cumplimiento
- Existe una política de consentimiento que garantiza que los pacientes reciben información escrita completa sobre los posibles riesgos y complicaciones, que se registra antes de firmar el formulario de consentimiento

El proveedor anima a los pacientes a participar a la hora de elegir los tratamientos adecuados u opciones de gestión en forma de Shared Decision Making (SDM, o Toma de decisiones compartida)

- El médico decide cuál es el mejor tratamiento para los pacientes sin tener en cuenta la opinión de éstos
- El médico proporciona herramientas que facilitan la toma de decisiones en forma de folletos, videos/DVDs, aplicaciones web y un asesoramiento estructurado que ofrece a los pacientes una información objetiva revisada por un experto sobre las opciones de pruebas o tratamiento existentes
- El médico se implica en una charla informativa posterior a la toma de la decisión que incluye cómo obtener una segunda opinión y datos de los resultados relativos a la condición concreta antes de llegar a una decisión conjunta sobre el tratamiento
- Además de lo anterior, el paciente recibe una atención coherente con la decisión compartida

La información se comunica de una forma y en un idioma que son los mejores para el paciente

- Es tarea de cada miembro del personal clínico hablar al paciente adecuadamente
- Las necesidades de comunicación del paciente se documentan en el registro médico
- También se puede proporcionar cualquier información importante (por ejemplo, las prescripciones farmacéuticas) o diagnóstico en formato escrito en el idioma que elija el paciente
- El personal clínico tiene acceso al personal de asistencia (por ejemplo, traductores o personal religioso, de ser preciso)

CS6 (Continuación)

Se comunica a los pacientes los tiempos de espera o los retrasos en los diagnósticos y/o tiempos de administración del tratamiento (que sobrepasen las normas nacionales)

- No se informa a los pacientes de los retrasos previstos o de los tiempos de espera
- Se informa a los pacientes de los tiempos de espera previstos en caso de que surjan problemas
- Se informa de forma proactiva a los pacientes de los motivos del retraso y se les proporciona información sobre las alternativas que tienen a su disposición, que sean coherentes con sus necesidades clínicas
- En el registro del paciente se documenta el retraso en el tratamiento del que se le ha informado

Los pacientes reciben información adecuada sobre su alta del proveedor y su seguimiento

- Es tarea del miembro del personal clínico concreto proporcionar información al paciente
- Se documentan las necesidades del paciente como parte del registro médico
- Toda la información que se le proporciona al paciente está en formato escrito en un idioma que el paciente puede entender
- El personal del proveedor se pone en contacto con el paciente después de darle el alta para asegurarse de que haya entendido/llevado a cabo todas las instrucciones y citas/requisitos para el seguimiento

CS7 Evaluaciones de enfermería y médicas

Todas las evaluaciones se llevan a cabo dentro de los plazos previstos

- Se espera que las evaluaciones se realicen poco tiempo después de la admisión en el proveedor
- Las evaluaciones médicas y de enfermería se entregan en un formato estandarizado (por ejemplo, una plantilla)
- El proveedor fija un tiempo límite para realizar las evaluaciones de 24 horas desde la admisión. Las evaluaciones de revisión médicas y de enfermería deberían realizarse al menos una vez al día una vez admitido el paciente
- Se realiza una auditoría periódica sobre cómo de rápidas y con qué periodicidad se llevan a cabo las evaluaciones y se indica una acción resultante cuando no se cumplen los tiempos fijados

Las evaluaciones de enfermería tienen en cuenta las necesidades de atención social y holísticas del paciente. Es decir:

- Evaluación del riesgo de caídas/ Plan para la gestión de las caídas (Fall Management Plan, FMP)
- Evaluación del dolor
- Evaluación nutricional
- Evaluación del riesgo de TEV
- Planificación de mejora de las úlceras por presión
- Necesidades de comunicación, incluidos audición, visión e idioma
- Tiempos de comidas protegidos
- Evaluación de infecciones existentes contraídas durante la atención sanitaria (por ejemplo, EAMR)
- Evaluación de las necesidades religiosas
- Atención/necesidades por fallecimiento

CS7 (Continuación)

Las evaluaciones médicas tienen en cuenta la totalidad del historial médico y de los exámenes

- Es tarea del médico incluir lo que, en su opinión, sea necesario para la evaluación médica
- Se espera que cada médico tenga en cuenta la totalidad del historial médico y los exámenes de cada paciente
- Existe un formulario estandarizado, que los médicos tienen que rellenar cuando evalúen por vez primera a un paciente, que incluye el historial médico y los exámenes
- Existen distintos formularios para las distintas especialidades que ayudan a los médicos a realizar la evaluación más correcta y relevante posible

Existe un sistema para verificar las evaluaciones médicas por parte del personal senior

- Normalmente, los pacientes son evaluados sólo por un médico junior (por ejemplo, un residente)
- Cuando un paciente sea evaluado inicialmente por un médico junior, se espera que un médico senior también lo evalúe
- El proveedor cuenta con un sistema establecido que garantiza que cada paciente sea visto por el médico senior supervisor en un plazo de 24 horas desde su admisión
- Las evaluaciones médicas se auditan de forma periódica para identificar problemas y se proporciona capacitación/acciones

CS8 Los laboratorios clínicos procesan las muestras con precisión, seguridad y en un plazo razonable

Existen sistemas para garantizar que las muestras se identifiquen correctamente y no se pierdan

- Las muestras se etiquetan con, al menos, 2 identificadores del paciente
- Existe un sistema de rastreo en papel para todas las muestras que reciben los laboratorios
- Existe un sistema de etiquetado computarizado (código de barras) para todas las muestras que reciben los laboratorios
- El proceso total está respaldado por la realización periódica de auditorías

Todas las muestras se procesan en un plazo adecuado

- Las muestras se procesan lo más rápido posible
- Existe un sistema de filtración para muestras urgentes, semi-urgentes y rutinarias
- Existen plazos razonables acordados por escrito para procesar las muestras
- Se evalúan la prestación y la precisión de los servicios de los laboratorios frente a los plazos especificados

Las muestras se procesan en un entorno adecuado

- Los laboratorios no están en las instalaciones, y es responsabilidad de ellos mantener su equipo
- Algunos servicios de laboratorio están externalizados y existe un contrato formal a nivel de servicio
- Todos los servicios de laboratorio se realizan internamente y son sometidos a una inspección regular
- Todos los servicios de laboratorio se realizan internamente y cuentan con una acreditación independiente, por ejemplo, ISO

Existen medidas adecuadas para los controles y las calibraciones del laboratorio

- Los controles y las calibraciones se llevan a cabo específico
- Los controles y las calibraciones se llevan a cabo de conformidad con las instrucciones del fabricante
- Existe un registro de todos los controles y las calibraciones que se han llevado a cabo que se monitoriza con periodicidad
- El proveedor está implicado en un programa de calidad externo para monitorizar la precisión de los procedimientos de las pruebas

CS8 (Continuación)

Las pruebas se almacenan y son desechadas de una forma segura

- Se espera que los laboratorios almacenen y desechen las pruebas de una forma segura
- Existen recipientes dedicados con códigos de colores para las distintas muestras de riesgo, incluidos los biocontaminantes, e instalaciones de almacenamiento cerradas con control de la temperatura
- El departamento para el control de las infecciones del proveedor inspecciona los laboratorios para garantizar la máxima seguridad
- Los laboratorios son sometidos a una inspección externa y/o una acreditación (por ejemplo, ISO)

Los resultados urgentes se gestionan adecuadamente

- Se informa de cualquier resultado de pruebas inusual/inesperado o crítico al médico que esté tratando al paciente
- Estos resultados se vuelven a comprobar para garantizar su precisión
- Existe un proceso formalizado para reportar estos resultados al médico que está tratando al paciente
- Se guarda un registro de todos los valores críticos para una audición posterior

CS9 Provisión de productos sanguíneos

El proveedor tiene instalaciones para manipular productos sanguíneos

- El proveedor mantiene acuerdos con una organización externa para todos los productos sanguíneos
- El proveedor cuenta con stocks mínimos definidos de todos los tipos sanguíneos y otros productos sanguíneos
- El proveedor cuenta con políticas y procedimientos para solicitar productos sanguíneos adicionales en caso de urgencia que estén sujetos a acuerdos a nivel de servicio adecuados (Service Level Agreements, SLAs)
- El proveedor está plenamente autorizado como banco de sangre para recoger sangre, donarla y almacenarla internamente

Existen procesos de pruebas cruzadas y análisis de sangre

- Todos los productos sanguíneos proceden del exterior del proveedor (por ejemplo, el banco nacional de sangre) y se analizan y se realizan pruebas cruzadas por los organismos de los que proceden
- El proveedor solo acepta productos sanguíneos que tengan una certificación adecuada (documentada) de la fuente, el grupo sanguíneo y el análisis
- Internamente existen instalaciones de análisis y de pruebas cruzadas las 24 horas del día, 7 días a la semana, sin cambios en los plazos de los resultados
- El proveedor vuelve a analizar y a hacer las pruebas cruzadas a todos los productos sanguíneos antes de administrárselos al paciente

El proveedor monitoriza el uso de productos sanguíneos

- La monitorización de los incidentes con productos sanguíneos se realiza específico o cuando dichos incidentes ocurren
- El proveedor monitoriza con regularidad los incidentes relacionados con el uso de productos sanguíneos
- El proveedor monitoriza los errores de pruebas cruzadas, las reacciones a transfusiones y las infecciones posteriores a las transfusiones
- El proveedor comparte estos indicadores con el órgano regulador correspondiente y/o los hace públicos

CS10 Los servicios radiológicos son seguros, precisos, puntuales y adecuados a las necesidades del paciente

Existen sistemas para controlar el uso adecuado de la maquinaria de radiología

- El personal no especializado lleva a cabo una capacitación interna limitada sobre el uso operativo del equipo radiológico
- El proveedor contrata a radiólogos y radiógrafos/técnicos a tiempo parcial que han recibido algún tipo de capacitación operativa
- El proveedor emplea a radiógrafos/técnicos especializados que han cursado una formación acreditada externa y una capacitación constante de los nuevos procedimientos, seguridad, equipo y la tecnología específicos de los servicios radiológicos
- El proveedor emplea a un radiólogo de primera línea debidamente cualificado a tiempo completo o un jefe de radiología equivalente, responsable de gestionar los servicios de imágenes radiológicas respaldado por los radiógrafos/técnicos especializados capacitados

Las investigaciones se llevan a cabo en un entorno seguro para el personal, los pacientes y los visitantes

- En la entrada/salida del departamento, hay avisos sobre el peligro de radiación
- Se ha implementado un programa de seguridad ante la radiación que incluye, entre otros: carteles de aviso multilingües sobre el peligro de radiación (Incluido específicamente para las mujeres embarazadas), auditorías de los pases de radiación, comprobaciones de los delantales de plomo, consentimiento informado para los procedimientos en los que se precise una intervención quirúrgica, etc
- Se ha implementado un programa de calidad que incluye, entre otros: comprobaciones periódicas de las máquinas, mantenimiento planificado/ tiempo de espera y calibración de las máquinas con registros de la actividad en función de las recomendaciones del fabricante, etc
- Se ha establecido una comisión de seguridad sobre el peligro de radiación con un Asesor de protección frente a la radiación (Radiation Protection Advisor, o RPA), para garantizar que todo el personal realice una capacitación en materia de seguridad periódica y que todos los servicios/ edificios estén diseñados con la seguridad frente a la radiación en mente

CS10 (Continuación)

Existe un sistema para garantizar que los informes sean precisos y se hayan verificado

- No existe ningún sistema estructurado para verificar los informes radiológicos
- Un pequeño porcentaje (inferior al 25%) de los informes radiológicos es sometido a una verificación interna
- Un porcentaje amplio (superior al 25%) es sometido a verificación, desembocando en sesiones educativas en el departamento para el personal radiológico
- El proveedor emplea una empresa externa e independiente para verificar los informes radiológicos, sobre todo mamografías y oncológicos

Existe un sistema para garantizar que sólo se lleven a cabo aquellas investigaciones que son necesarias

- Las investigaciones se solicitan siguiendo el criterio del médico
- Todas las solicitudes radiológicas van acompañadas de un razonamiento clínico/justificación escrita de la solicitud
- El proveedor utiliza un sistema de vías clínicas para gestionar el número de investigaciones que se llevan a cabo
- Existe una auditoría del uso radiológico, que desemboca en una reducción del número de pruebas innecesarias que se realizan

CS10 (Continuación)

Los pacientes tienen un acceso oportuno a cualquier servicio radiológico que puedan requerir (como rayos X normales, TC e IRM) - a todos los pacientes se les practicarán exámenes rutinarios (R) y de emergencia (E) en los plazos indicados a continuación

	Al instante		En un plazo de 2 horas		En un plazo de 4 horas		En un plazo de 6 horas		En un plazo de 12 horas		En un plazo de 24 horas		En un plazo de 48 horas		En un plazo superior a 48 horas	
	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E
Rayos X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Los pacientes recibirán informes radiológicos en el plazo previsto de los exámenes rutinarios (R) y de emergencia (E) en los plazos descritos a continuación

	Al instante		En un plazo de 2 horas		En un plazo de 4 horas		En un plazo de 6 horas		En un plazo de 12 horas		En un plazo de 24 horas		En un plazo de 48 horas		En un plazo superior a 48 horas	
	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E
Rayos X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40

CS11 La cirugía y la anestesia se llevan a cabo en el entorno más seguro posible

La anestesia se suministra en un entorno controlado, con el personal adecuado y seguro

Es tarea del anestesiólogo garantizar que todo sea seguro

El quirófano cuenta con personal anestésico dedicado (por ejemplo, profesionales del departamento de operaciones), y salas anestésicas independientes

Los fármacos anestésicos, el equipo y los dispositivos de seguridad son comprobados por dos personas antes de cualquier lista operatoria

La anestesia especializada (por ejemplo, la pediátrica), sólo se suministra por anestesiólogos con las calificaciones pertinentes

Las comprobaciones pre-quirúrgicas son exhaustivas y garantizan al paciente correcto, el procedimiento correcto y el lugar correcto

Las comprobaciones pre-quirúrgicas las lleva a cabo el personal de enfermería siguiendo un método verbal (no escrito)

Existe una verificación escrita para todos los pacientes sometidos a una operación quirúrgica para garantizar que se está haciendo la operación correcta a la persona correcta

El proveedor utiliza una plantilla dedicada para comprobar la identificación del paciente, su consentimiento y las marcas del lugar quirúrgico

El proveedor utiliza una herramienta externa, como la lista de comprobación quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud, o un sistema equivalente desarrollado por el proveedor

En cirugía, se da prioridad al control de las infecciones

El control de las infecciones es una tarea rutinaria de cualquier intervención quirúrgica

En el calendario de operaciones, se separan los casos limpios y los sucios

El proveedor emplea medidas para evitar las infecciones quirúrgicas, incluidos antibióticos profilácticos, salas de flujo laminar y de presión positiva

El departamento de control de las infecciones está implicado en el diseño, mantenimiento e inspección periódica de las salas de operaciones

Existe una provisión segura y adecuada de atención post-quirúrgica

Los pacientes se recuperan en la sala de operaciones y son transferidos inmediatamente a su planta

Existe un área de recuperación dedicada con una relación de personal de no menos de 1 enfermera por cada 2 pacientes

Existe un área de recuperación dedicada con una relación de personal de no más de 1 enfermera por cada 2 pacientes

El proveedor tiene políticas y procedimientos documentados para la provisión de una atención post-quirúrgica segura, incluidas listas de comprobación y otras herramientas, según sea el caso

CS11 (Continued)

Todas las operaciones quirúrgicas que se realizan son adecuadas, están racionalizadas y son necesarias

La cirugía y el procedimiento que se llevan a cabo dependen del juicio clínico del médico

Se emplean/usan vías clínicas y protocolos durante el proceso de evaluación/diagnóstico para ayudar a los médicos a decidir quién debería y quien no debería ser operado

Existen conferencias de casos y reuniones del equipo multidisciplinario para decidir qué pacientes deberían y cuales no ser sometidos a una operación para los procedimientos especificados

El jefe de la dirección quirúrgica analiza los índices de utilización de cada cirujano y cuestiona a los médicos, de ser preciso

Los procedimientos de casos de día o estancias de menor duración se utilizan según sea el caso

La duración de las estancias depende del criterio del médico

Existe una unidad quirúrgica de día dedicada

El proveedor tiene publicada una lista de procedimientos que deberían seguirse como caso de día, y cualquier variación de la lista se investiga

El proveedor audita la duración de las estancias de los pacientes quirúrgicos de forma rutinaria y la compara con la de otros proveedores locales

Las salas de operaciones y los servicios asociados mantienen un sistema de actividad de rastreo a efectos de realizar auditorías posteriormente

En cada quirófano existe un libro de registro manuscrito para registrar la información de cada operación que se ha llevado a cabo

Existe un libro de registro computarizado en cada quirófano para registrar la información de cada operación que se ha llevado a cabo

Existe un sistema computarizado (código de barras) para identificar los instrumentos y los consumibles utilizados en caso de producirse un error quirúrgico

El proveedor colabora con una compañía externa para auditar con periodicidad la actividad que se desarrolla en el quirófano para garantizar la máxima seguridad

CS12 Cobertura de cuidados intensivos

Existe un nivel adecuado de cobertura de cuidados intensivos para el tipo de instalación

No hay una provisión de cobertura de los cuidados intensivos, ya sea en el área de recuperación post-quirúrgica, en la unidad de alta dependencia o en la unidad de cuidados intensivos

Hay una provisión para que aquellos pacientes que requieren cuidados intensivos sean tratados en una planta/área especializada, con enfermeras y equipo dedicados

El proveedor tiene una unidad de cuidados intensivos que incluye equipo especializado como ventilación y personal especializado capacitado (por ejemplo, las enfermeras de cuidados intensivos y los intensivistas)

El proveedor tiene una unidad de cuidados intensivos que puede tratar pacientes críticos y que también puede utilizarse como unidad de referencia para otros proveedores

Existe personal capacitado adecuado disponible para responder a las necesidades específicas de los pacientes

El personal que trabaja en las áreas de cuidados intensivos está dedicado a estas áreas, pero puede que no tenga una capacitación formal en cuidados intensivos

El proveedor emplea, o capacita, a enfermeras de cuidados intensivos Y tiene una cobertura médica interna las 24 horas (por ejemplo, un residente), en la unidad

Las unidades de cuidados intensivos tienen enfermeras de cuidados intensivos Y una cobertura anestesiista/intensivista interna las 24 horas

La unidad está gestionada por un equipo de intensivistas que se responsabilizan de la gestión global de los pacientes de la unidad (incluidas aquellas situaciones en las que los pacientes se gestionan en colaboración con los médicos que los tratan)

Se han establecido protocolos adecuados para regular la atención en la unidad

Existen disponibles directrices generales para la atención al paciente en las unidades de cuidados intensivos

El proveedor tiene pruebas, basadas en las políticas y en los protocolos para la gestión de pacientes en las áreas de cuidados intensivos, que han sido redactadas por especialistas adecuados (por ejemplo, intensivistas), y son revisadas con regularidad

Existen disponibles protocolos específicos que incluyen directrices de admisión y alta e indican las duraciones adecuadas de las estancias/de los plazos de revisión

La variación en la práctica de estos protocolos se monitoriza y las prácticas inadecuadas se cuestionan. La evaluación de los servicios de cuidados intensivos se incluye en el Programa de Calidad del proveedor

CS13 Servicios de esterilización

Se tiene en cuenta el movimiento de Instrumentos por el departamento

- La unidad tiene áreas separadas para instrumentos limpios y sucios
- Además, existe un pasillo limpio y sucio dedicado al entrar y al salir de la unidad
- Además, hay áreas separadas para los instrumentos sucios, pre-lavado/limpieza de instrumentos, montaje de kits quirúrgicos y almacenamiento de kits quirúrgicos entre las cuales se mantiene una integridad
- Hay instalada ventilación mecánica para garantizar que el flujo de cualquier contaminación derivada del proceso de descontaminación esté alejada de los dispositivos limpios/esterilizados/estériles

Los instrumentos están claramente identificados

- Los instrumentos contenidos en los juegos quirúrgicos no están identificados de manera exclusiva (por ejemplo, por un número de serie único)
- Se evita el uso de instrumentos adicionales sin seguimiento
- Se mantienen registros para todas las bandejas y se identifican los procesos de limpieza y esterilización que se han seguido, el nombre de la persona que ha llevado a cabo la descontaminación, información sobre la bandeja y el paciente para el que se utilizó
- Existe un sistema de código de barras computarizado para rastrear los instrumentos (juegos)

Hay un personal especializado capacitado disponible

- La unidad está compuesta por personal que circula por el proveedor
- La unidad está compuesta por un equipo dedicado que sólo trabaja en el departamento
- La unidad está gestionada por un jefe de descontaminación dedicado con calificaciones /capacitación específicas en el proceso de esterilización
- Todo el personal que trabaja en la unidad recibe una educación constante en las técnicas y en las aptitudes pertinentes para la descontaminación y cuentan con capacitación en el uso seguro del equipo

Se proporciona la máxima garantía posible de inexistencia de contaminación microbiana

- La unidad recurre al lavado manual únicamente en el caso de los dispositivos y los instrumentos
- Los dispositivos y los instrumentos se limpian y/o desinfectan mediante un proceso automatizado
- Todos los dispositivos utilizados se limpian y desinfectan antes de comprobar que estén limpios y funcionales
- La esterilización se lleva a cabo utilizando autoclaves que están monitorizadas para demostrar que el ciclo del proceso ha cumplido los parámetros validados

CS14 Reanimación

Todo el personal recibe capacitación adecuada en técnicas y procedimientos de reanimación

- Se espera que el personal tenga conocimientos de las técnicas de reanimación
- Todo el personal clínico recibe capacitación en soporte vital básico (SVB) por el proveedor con periodicidad anual
- Todo el personal (tanto el clínico como el no clínico) recibe capacitación en soporte vital básico (SVB)
- Todo el personal clínico pertinente recibe capacitación avanzada en técnicas de soporte vital, según sea el caso (por ejemplo, SVA, TSVC o SVAP)

Existen equipos dedicados disponibles para practicar la reanimación

- La reanimación la lleva a cabo el personal de la planta
- El proveedor cuenta con un departamento de reanimación dedicado que ofrece un soporte especializado y los servicios están disponibles y se proporcionan a todos los pacientes las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- El proveedor lleva a cabo un sistema de código azul u otro similar con un equipo de respuesta dedicado (incluidos anestelistas y especialistas en RCP) e implementa el soporte vital avanzado en menos de 5 minutos
- El proveedor utiliza un sistema de aviso temprano para identificar y gestionar a aquellos pacientes que corren alto riesgo de precisar reanimación

Existen directrices específicas sobre cómo, cuándo y cuándo no proceder a la reanimación

- Se espera que el personal conozca, por sí mismo, las técnicas de reanimación
- Hay pósteres y carteles para recordar al personal cuál es el protocolo de reanimación en todas las áreas clínicas
- Existe un sistema mediante el cual los pacientes pueden indicar instrucciones de "No reanimarme", y el personal conoce esas instrucciones
- El proveedor monitoriza los cambios en las directrices internacionales relativas a la reanimación e implementa cualquier cambio en el proveedor

Los carros de reanimación están bien provistos, surtidos y comprobados

- La relación de carros de reanimación con las camas es de 1 carro para 24 camas
- La relación de carros de reanimación con las camas es de más de 1 carro para 24 camas
- Cada carro de reanimación está acompañado por un desfibrilador dedicado
- Se comprueba el stock y los contenidos de todos los carros de reanimación cada día y se mantiene un libro de registro documentado junto con el carro

CS14 (Continuación)

El proveedor se ocupa de una manera humana de las necesidades exclusivas de cuidados al final de la vida del paciente y de sus familiares de cuidados al final de la vida

- El proveedor se muestra respetuoso con los valores, religión y preferencias culturales del paciente
- Se suelen realizar evaluaciones de final de vida a los pacientes terminales
- Los familiares del paciente participan en las evaluaciones de final de vida periódicas
- Se educa al personal sobre las necesidades exclusivas de los pacientes y de cualquier familiar implicado en las decisiones de los cuidados

GESTIÓN DEL PERSONAL

MS1 El proveedor verifica todos los aspectos del historial de un empleado que pudiesen afectar al cuidado del paciente

Se comprueba el historial judicial y penitenciario del personal

- No existe ningún mecanismo fijado para comprobar el historial y las calificaciones del personal
- Se pide al personal que declare la existencia de cualquier delito jurídico o con pena de cárcel
- Se llevan a cabo comprobaciones rutinarias del historial judicial y penitenciario del personal
- Se llevan a cabo comprobaciones rutinarias del historial judicial y penitenciario de todo el personal (clínico y no clínico)

Se comprueban las calificaciones del médico

- No existe un proceso formalizado para comprobar las calificaciones del médico
- Se pide a los médicos que presenten copias de los certificados y calificaciones originales antes de contratarlos/otorgarles derechos de admisión
- El proveedor lleva a cabo una verificación de los órganos emisores de los documentos originales de una proporción de médicos
- El proveedor lleva a cabo una verificación de los órganos emisores de los documentos originales de todos los médicos

Se lleva a cabo una verificación de las calificaciones del resto del personal clínico (enfermeras, fisioterapeutas, etc.)

- No existe un proceso formalizado para comprobar las calificaciones clínicas
- Se pide al personal que presente copias de los certificados y calificaciones originales antes de contratarlos
- El proveedor lleva a cabo una verificación de los órganos emisores de los documentos originales de una proporción del personal clínico
- El proveedor lleva a cabo una verificación de los órganos emisores de los documentos originales de todo el personal clínico

MS2 Contratación de médicos

Existe un proceso de contratación estructurado para TODOS los médicos

- El director médico es el único responsable de la contratación de los médicos
- Sólo se contrata a los médicos tras la aprobación por parte de la comisión de contratación o equivalente
- Existe un proceso documentado para la contratación que incluye información de los criterios para la contratación
- Sólo se contratará/empleará a un médico después de haber revisado con éxito sus credenciales, haber comprobado las referencias, haber realizado una entrevista y haber hecho una prueba de sus competencias/habilidades

Existe un proceso de orientación formalizado para TODOS los médicos

- Existe un proceso de orientación informal para los médicos nuevos
- Existe un proceso de orientación formal documentado para todos los médicos
- El jefe del departamento monitoriza a todos los médicos nuevos durante el periodo de prueba/orientación
- La contratación o el otorgamiento de privilegios permanentes sólo se confirmarán por parte del proveedor cuando se haya completado el proceso de orientación. Se documentan el método y la frecuencia de supervisión

Los proveedores respaldan el desarrollo profesional continuado de todos los médicos

- Es tarea del médico organizar su propia educación médica continuada
- El proveedor exige que todos los médicos sigan una cierta cantidad de educación médica continuada
- El proveedor celebra sesiones de educación médica continuada para sus médicos
- El proveedor proporciona financiación U otorga a los médicos un tiempo fijo para asistir a sesiones de educación médica continuada externas

Las facultades de su práctica están claramente definidas

- Las facultades de la práctica de un médico están basadas en las calificaciones que tenga
- La comisión de privilegios/ el director médico define las facultades de la práctica de un médico en el nivel de la especialidad
- La comisión de privilegios/ el director médico define las facultades de la práctica de un médico después del nivel de sub-especialidad
- Además, sólo se puede añadir un procedimiento a la lista si se ha evaluado la competencia por una comisión homóloga

MS3 Contratación de enfermeras

Se ha establecido un proceso de contratación estructurado

- El director de enfermería (o un equivalente) es el único responsable de la contratación de las enfermeras
- Sólo se contrata a las enfermeras tras la aprobación por la comisión de contratación o un equivalente
- Existe un proceso documentado para la contratación que incluye información de los criterios para la contratación
- Sólo se contratará a una enfermera después de haber revisado con éxito sus credenciales, haber comprobado las referencias, haber realizado una entrevista y haber hecho una prueba de sus competencias/habilidades

Existe un proceso de orientación formalizado

- Existe un proceso de orientación informal para las enfermeras nuevas
- Existe un proceso de orientación formal documentado para todas las enfermeras que incluye una evaluación de sus competencias
- Existe un sistema de compañerismo/ de tutorías para las enfermeras nuevas
- La contratación permanente sólo será confirmada por el proveedor cuando se haya completado el proceso de orientación

Los proveedores respaldan el desarrollo profesional constante de las enfermeras

- Es tarea de las enfermeras organizar su propia educación médica continuada
- El proveedor exige que las enfermeras sigan una cierta cantidad de educación médica continuada
- El proveedor celebra sesiones de educación médica continuada para sus enfermeras
- El proveedor proporciona financiación U otorga a las enfermeras un tiempo fijo para asistir a sesiones de educación médica continuada externas

MS4 El proveedor se asegura de que cada miembro del personal, incluidos los no clínicos, reciba una orientación//iniciación

Se da prioridad y se refuerza la asistencia a la iniciación

- No existe ningún programa de iniciación formal
- Se espera que todo el personal clínico asista a la capacitación de iniciación formal, y se mantiene un registro de la asistencia
- Se espera que todo el personal (tanto el clínico como el no clínico) asista a la capacitación de iniciación formal, y se mantiene un registro de la asistencia
- Se organiza y lleva cabo la iniciación por un equipo interno dedicado

Dentro de la iniciación se incluyen todos los aspectos que son importantes para el trabajo diario de los miembros del personal

La iniciación está estructurada e incluye (marque todas las que correspondan):

- Seguridad del paciente
- Técnicas de movilización manual/elevación
- Seguridad antiincendios
- Sistemas de IT
- Peticiones/resultados radiológicos
- Peticiones/resultados de laboratorio
- Salud ocupacional
- Estructura ejecutiva senior
- Reanimación
- Control de las infecciones
- Protección de datos/confidencialidad del paciente

MS5 Se le ofrece al personal acceso a salud ocupacional

El proveedor comprende las necesidades sanitarias de su personal

- Se espera que cada miembro del personal se ocupe de su propia salud
- Existe un servicio de salud ocupacional dedicado disponible para todo el personal
- Se espera que cada miembro del personal rellene un cuestionario sobre su salud antes de la contratación
- El proveedor hace una provisión especial para que el personal con discapacidad pueda trabajar en el proveedor y gestiona de forma proactiva la salud y el bienestar de los empleados

La salud ocupacional ofrece los siguientes servicios:

(marque todas las que correspondan)

- Inmunización contra la hepatitis B para el personal de alto riesgo
- Inmunización contra la hepatitis B también para el personal que no es de alto riesgo
- Servicios psicológicos
- Servicios de gestión del absentismo
- Asistencia ante lesiones con agujas
- Programas de pruebas de VIH
- Asesoramiento frente al estrés y las situaciones de duelo
- Chequeos sanitarios anuales
- Vacunaciones antigripales, si procede

MS6 Se somete al personal a una valoración y evaluación periódica y documentada de sus capacidades

Todo el personal se somete a una valoración anual

- La valoración se lleva a cabo de manera informal y específico
- Todo el personal clínico se somete a una valoración anual por su director superior inmediato
- Todo el personal clínico se somete a una valoración anual formal por su director superior inmediato y mediante la revisión de sus homologos
- Dentro de la valoración se incluyen técnicas como valoraciones integrales y comentarios del paciente

Se identifican a todas las personas cuyo rendimiento es pobre

- Normalmente, el rendimiento pobre lo identifican los colegas
- El rendimiento pobre se identifica en la valoración anual
- Existe un sistema anónimo y estructurado mediante el cual el personal y los pacientes pueden alertar a la dirección senior de la existencia de problemas con sus colegas; además, se ataja el rendimiento pobre con cada persona
- Los directores superiores inmediatos monitorizan constantemente el rendimiento pobre y la prestación de servicios y hacen participe a la persona de sus comentarios

Existe un proceso para exigir al personal clínico que pruebe las capacidades que ha dicho tener

- No existe ningún proceso de ese tipo
- Se pide al personal que presente los certificados/pruebas escritas de los cursos/capacitación/exámenes que han realizado
- Las técnicas médicas y quirúrgicas del personal son examinadas por sus homologos
- Se puede pedir al personal que se someta a un examen externo en caso de que se cuestione su competencia

La valoración del personal clínico tiene en cuenta los siguientes aspectos

(marque todas las que correspondan)

- Competencia clínica
- Indicadores clínicos (por ejemplo, morbilidad/índices de mortalidad)
- Habilidades comunicativas
- Capacidad para interrelacionarse con sus colegas
- Iniciativas de mejora de la calidad
- Libro de registro de la actividad (incluido el número de pacientes que se han visto y las horas que se han trabajado)
- Registro de absentismo
- Capacitación/cursos/exámenes constantes que se han seguido

ENTORNO Y EQUIPO

EE1 El edificio y las instalaciones del proveedor se mantienen respetando las normas más estrictas

Los aspectos estéticos del proveedor se mantienen y se reparan constantemente

- Sólo se hacen reparaciones si hay un problema
- Existe un departamento central dedicado al mantenimiento de los edificios que responde a las solicitudes de reparación
- Existe un programa ciclico continuado de reparación y mantenimiento
- El proveedor se somete a una comprobación externa independiente de la apariencia estética del proveedor (puede incluir los comentarios de los pacientes)

Los suministros (por ejemplo, la luz y el agua) son fiables y constantes

- Se comprueban los suministros si ocurre algún problema
- Existe un programa periódico de inspección y comprobación de los suministros
- Además del programa periódico de comprobación, existe un depósito de almacenamiento de agua independiente dedicado para el proveedor y un generador independiente para suministrar electricidad en caso de urgencias
- Existen más de un depósito de agua y un generador (por ejemplo, existe un generador dedicado para los quirófanos y para la UCI)

Tiene capacidad para cubrir de manera adecuada el volumen de pacientes

La ocupación de pacientes hospitalarios es (marque)

- 100%
- 80%
- 60%
- 40%
- 20%
- 0%

EE2 El proveedor proporciona un entorno seguro para todo el personal, los pacientes y los visitantes

Se planifican y evalúan los edificios con el fin de minimizar los peligros y los riesgos

El proveedor hará los cambios necesarios en caso de que ocurra un incidente

Existe un departamento central que evalúa activamente el edificio para identificar y atajar los riesgos

Existe un proceso claro para que cualquier miembro del personal reporte un posible riesgo al departamento central de edificios

El proveedor emplea una empresa externa con experiencia en la gestión de riesgos para evaluar su edificio

El proveedor tiene la capacidad de trasladar a los pacientes y al equipo rápidamente

Debido a la naturaleza del edificio, trasladar a los pacientes y al equipo puede ser todo un reto

El proveedor tiene un departamento de celadores dedicado

El proveedor está diseñado con pasillos anchos, ascensores y áreas comunes para facilitar un movimiento seguro

El proveedor ha llevado a cabo una evaluación de riesgos para el movimiento seguro de los pacientes y del equipo en todas las áreas del proveedor

Los pacientes y los visitantes pueden moverse por el proveedor con facilidad

Se espera que los pacientes/visitantes pregunten cómo llegar a los sitios si se pierden

Existen carteles y mapas adecuados dispuestos por todo el proveedor

Las distintas áreas clínicas están designadas por planos con códigos de color que facilitan la movilidad

Existen miembros del personal dedicados cuya una función es guiar a los pacientes/visitantes, los carteles son multilingües

EE3 Energía, ambiente y salud

La dirección se centra en la sostenibilidad

No existe una política, comisión o grupo de trabajo formales encargados de la sostenibilidad/salud medioambiental

Existe una política, comisión o grupo de trabajo encargados de la sostenibilidad/salud medioambiental

El proveedor afirma externamente que está comprometido con el alcance de objetivos de sostenibilidad/salud medioambiental

El proveedor destina fondos dedicados para la agenda de la salud sostenible

El proveedor está comprometido con la reducción del uso de energías no renovables

El proveedor mide y controla su uso energético (por ejemplo, mediante lecturas del contador, facturas u otros sistemas automatizados)

Se revisa el uso energético periódicamente para identificar anomalías y tendencias

El proveedor cuenta con un plan de eficiencia energética y/o reducción del dióxido de carbono

El proveedor ha desarrollado de manera activa ahorros energéticos y/o iniciativas para la reducción del dióxido de carbono

El proveedor se centra en hacer que la comunidad local se comprometa con su salud

No hay ningún enfoque en la mejora de la salud en la comunidad local en el proveedor

El personal se ofrece voluntario y participa en actividades periódicas *específico* para potenciar la salud de la comunidad local

Existen programas estructurados para mejorar la salud en la comunidad local, incluidos consejos preventivos

Dentro del plan estratégico y del presupuesto se incluye un compromiso con la mejora de la salud global de la comunidad, incluidas la educación y la prevención

EE4 La gestión de los desechos garantiza que no se produzca ninguna contaminación ni riesgos innecesarios

La basura se separa según el tipo (marque todas las que correspondan)

- Desechos generales
- Desechos de papel confidencial
- Desechos clínicos (incluidos los desechos infecciosos y farmacéuticos)
- Desechos peligrosos
- Materiales reciclables
- Desechos radioactivos

Los materiales peligrosos se tratan y desechan de manera segura

- Se aconseja al personal que extreme las precauciones con los materiales peligrosos
- Existen protocolos y procedimientos generales escritos para eliminar los desechos peligrosos
- Además de existir unos procedimientos generales escritos, existen procesos específicos para el almacenamiento y desecho de la quimioterapia, radioisótopos y productos químicos peligrosos, incluida la capacitación necesaria del personal
- Existe una comisión para la gestión de los desechos con múltiples recursos y un presupuesto dedicado para las actividades de la gestión de los desechos

Todos los objetos afiliados se desechan de manera segura

- Los objetos afiliados se desechan en la basura clínica
- En algunas áreas clínicas existen cajas para objetos afiliados
- En todas las áreas clínicas existen cajas para objetos afiliados
- Existen cajas para objetos afiliados distribuidas y colocadas a una cierta altura para que los niños no puedan acceder a ellas

Los desechos se eliminan siguiendo un programa periódico

- Menos de cada 2 días
- Cada 2 días
- Una vez al día
- Más de una vez al día

EE5 Se dispone de los servicios/equipos adecuados, los cuales se mantienen para satisfacer las necesidades del paciente

Existen servicios de soporte clínico para responder a las necesidades del paciente (marque)

	Externo sin publicación de los tiempos de espera máximos	Externo con publicación de los tiempos de espera máximos	Interno sin publicación de los tiempos de espera máximos	Interno con publicación de los tiempos de espera máximos
Farmacia para pacientes ambulatorios				
Radiología				
Laboratorio				

Se somete a todo el equipo a pruebas de conformidad con los requisitos del fabricante o normativos

- Se prueba el equipo en caso de que se produzca un error
- Normalmente, el proveedor sigue las recomendaciones del fabricante a la hora de mantener el equipo
- El proveedor cumple los requisitos normativos nacionales (por ejemplo, comprobación de las aplicaciones eléctricas y programas de mantenimiento y servicio para el mantenimiento del equipo)
- El proveedor cuenta con un departamento de dispositivos y equipo dedicado que controla de forma proactiva qué equipo necesita atención

Se han establecido procesos para posibilitar la atención si los servicios/el tratamiento necesarios no se pueden seguir internamente

- Se recomienda al paciente que vaya a otro proveedor
- Se elaboran planes a medida que surgen las necesidades para llevar el equipo necesario de forma selectiva
- El proveedor ha suscrito acuerdos escritos con proveedores locales debidamente equipados para transferir a los pacientes, si fuese necesario
- El proveedor es un centro de referencia para terceros y tiene un equipo exhaustivo para todas las especialidades

El proveedor toma medidas para proteger a los pacientes y al personal de fármacos contaminados, placebos y desviados y tecnología médica

- El proveedor gestiona los problemas con el origen, adquisición y entrega de fármacos y tecnología médica a medida que van surgiendo
- El proveedor utiliza los datos para gestionar y evaluar el rendimiento y la integridad de los proveedores
- El proveedor se protege frente a proveedores fraudulentos/inadecuados llevando a cabo acciones paliativas como, por ejemplo, rastreo del producto mediante los códigos de barras o equivalente
- El proveedor implementa de manera proactiva estrategias para proteger sus cadenas de suministro y proveedores creíbles más importantes, incluida la participación en programas para detectar y reportar suministros contaminados o placebos

EE6 El proveedor está a prueba de incendios

Se hace todo para minimizar los peligros de incendio en todas las áreas

- En algunas áreas hay un equipo antiincendios
- El proveedor cumple los requisitos normativos nacionales en materia de seguridad ante peligro de incendio
- Existe un departamento central en el proveedor que controla de forma proactiva y trata los riesgos de incendio en el proveedor
- El proveedor emplea a una empresa externa especializada en seguridad antiincendios para identificar los peligros de incendio y realizar evaluaciones anuales del riesgo

En caso de incendio, todo el personal está capacitado para salvaguardar su seguridad y la de sus pacientes

- Se espera que el personal se informe sobre la seguridad antiincendios
- Existe una capacitación en materia de seguridad antiincendios durante la iniciación
- Existe una capacitación en materia de seguridad antiincendios durante la iniciación y con periodicidad anual
- Al menos una vez al año se celebra un simulacro inesperado de seguridad antiincendios para probar al personal y los procesos, incluidas las vías de escape

Se instala el equipo adecuado para tratar con un incendio, entre otros: (marque todas las que correspondan)

- Extintores de distintos tipos (por ejemplo, agua, CO2)
- Sistema de aspersores
- Alarma antiincendios central controlada
- Alarmas antiincendios dedicadas en todas las áreas
- Detectores de humo
- Sensores de calor
- Puertas cortafuegos

Se da una respuesta rápida y sencilla de los servicios antiincendios

- Los tiempos de respuesta de las dotaciones de bomberos son de 30 minutos
- Los tiempos de respuesta de las dotaciones de bomberos son de 15 minutos
- Los tiempos de respuesta de las dotaciones de bomberos son de 5 minutos
- En el proveedor existe una dotación de bomberos dedicada

EE7 El proveedor se dedica a la seguridad de todos

El proveedor cuenta con personal de seguridad capacitado y profesional que se ajusta al tamaño y al horario de apertura de la institución

- No hay personal de seguridad dedicado
- El personal de seguridad está disponible las 24 horas del día
- Disponible las 24 horas con una relación de 1 por cada +100 pacientes
- Disponible las 24 horas con una relación de más de 1 por cada 100 pacientes

Los pacientes no temen por sus pertenencias y se sienten seguros

- Se espera que los pacientes se ocupen de que sus pertenencias estén en un lugar seguro en todo momento
- Se proporciona a los pacientes hospitalarios taquillas de seguridad ubicadas centralmente
- Los pacientes hospitalarios tienen armarios seguros con llave al lado de su cama
- El proveedor asume la responsabilidad jurídica y financiera de la seguridad de las pertenencias de los pacientes

En el caso de las áreas de alto riesgo, se toman medidas de seguridad adicionales:

(marque todas las que correspondan)

	No hay medidas adicionales	Pase electrónico	Alarma dedicada	CCTV
Farmacia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armarios de medicamentos controlados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidad de maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quirófanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EE7 (Continuación)

Todos los miembros del personal se identifican inmediatamente y sus movimientos pueden ser rastreados

No se espera que el personal lleve una identificación con fotografía

Se espera que el personal lleve una identificación con fotografía en todo momento

Además de una identificación con fotografía, se requiere el acceso con tarjeta en todas las áreas clínicas o sensibles (por ejemplo, informes de los pacientes, salas de computadores, etc.)

El proveedor utiliza un sistema avanzado (por ejemplo, acceso mediante la huella digital) para acceder y preservar la seguridad

EE8 El proveedor tiene un plan de continuidad empresarial

El proveedor cuenta con procedimientos, procesos y políticas documentados para cualquier tipo de catástrofe

La planificación de las catástrofes en el proveedor es limitada

Existen planes para catástrofes en caso de emergencias importantes (por ejemplo, incendios, terremotos, etc.)

El proveedor cuenta con procedimientos documentados adicionales para otras catástrofes como, por ejemplo, una pandemia

El proveedor prueba sus planes para catástrofes en situaciones simuladas programadas

El proveedor cuenta con procedimientos, procesos y políticas documentados para cualquier tipo de fallo que se produzca en los suministros

La planificación de los fallos de los suministros en el proveedor es limitada

Existen planes para catástrofes en caso de fallos importantes de los suministros (por ejemplo, agua, electricidad)

El proveedor cuenta con instalaciones de respaldo dedicadas (por ejemplo, un suministro eléctrico ininterrumpido en el caso de la electricidad, depósitos de almacenamiento de agua)

El proveedor prueba sus planes de respaldo en situaciones simuladas programadas



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Campozano Cruz Valeria Alexandra, con C.C: # 0916470339 autora del trabajo de titulación: *Evaluación de los Incidentes Clínicos y su influencia en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en un hospital privado de la ciudad de Guayaquil. Período Enero- Julio 2017* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 27 de marzo, 2018

f. _____

Nombre: Campozano Cruz Valeria Alexandra

C.C: 0916470339



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación de los incidentes clínicos y su influencia en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud de un hospital privado de la ciudad de Guayaquil. Período Enero- Julio 2017		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Campozano Cruz Valeria Alexandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Vélez Barros Cecilia Zerda Barreno Elsie		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de marzo, 2018	No. DE PÁGINAS:	122
ÁREAS TEMÁTICAS:	Servicios de Salud, Seguridad del paciente, Satisfacción usuaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	incidentes clínicos, eventos adversos, seguridad del paciente, ley orgánica de salud, calidad de atención, satisfacción usuaria		

RESUMEN/ABSTRACT:

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo establecer como los incidentes clínicos afectan la percepción de calidad por parte del usuario de los servicios de salud. Se realizó un análisis de los incidentes clínicos a nivel de los hospitales que conforman la zona 8 de la red sanitaria pública. Se pudo evidenciar la subnotificación de los mismos, ya que los consolidados han comenzado a realizarse a partir de junio del presente año, por esa razón tenemos una incidencia de menos del 1%. Se realizó una encuesta de satisfacción en la Clínica San Luis de Francia de la ciudad de Guayaquil a un total de 298 pacientes internados en el período enero a julio, 2017. Se evaluaron aspectos relacionados a la calidad de los servicios recibidos, la presencia o no de un incidente clínico y el nivel de recomendación que se generó posterior al tratamiento. Se trata de un estudio analítico, descriptivo y cuantitativo, en el cual se tomó al total del universo como muestra. Los resultados establecieron que dentro del 11% de pacientes que estuvieron algo insatisfechos con los servicios, se encontraban los pacientes que reportaron algún tipo de incidente durante su hospitalización y así mismo estaban dentro del 5% de la población que consideró poco probable recomendar el centro. De acuerdo a estos resultados, se propuso un plan que consiste en un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, la acreditación en un programa de calidad hospitalaria y establecer una política de reporte de incidentes clínicos.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-6017069/ 0994544733	E-mail: valeriacampozano@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen	
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854	
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		