



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE LOJA TÉCNICA

La Universidad Católica de Loja

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE
SALUD**

**Metodología trazadora como herramienta evaluativa
de calidad de atención a pacientes quirúrgicos
hospitalizados en la Clínica Santa, Cuenca, 2022**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**MAGISTER EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE
SALUD**

Autor: Marcano Sanz, Luis Enrique

Director: Bautista Valarezo, María Estefanía

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Titulación

Loja, 10 de noviembre de 2022

Doctora

Merci Lorena Vallejo Delgado

Directora de la maestría de Gerencia en Instituciones de Salud

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: Metodología trazadora como herramienta evaluativa de calidad de atención a pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa, Cuenca, 2022, realizado por Luis Enrique Marcano Sanz, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director:

María Estefanía Bautista Valarezo,

C.I.: 1103986749

Correo electrónico: mebautista@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Luis Enrique Marcano Sanz, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Titulación denominado: Metodología trazadora como herramienta evaluativa de calidad de atención a pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa, Cuenca, 2022, de la maestría de Gerencia en Instituciones de Salud, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Diseño Metodológico, Marco Teórico, Resultados y Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, siendo la Dra. María Estefanía Bautista Valarezo directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Autor: Luis Enrique Marcano Sanz

C.I.: 1755833744

Correo electrónico: marcanosanz@gmail.com

Dedicatoria

A mi madre, mi esposa y mis hijos, fuerza y motor de todo lo que hemos logrado y lo que estará por venir.

Agradecimientos

A la Dra. Miurkis Endis Miranda, por haber compartido desde siempre, cada uno de mis empeños, mis logros y mis fracasos y sin desmayo impulsarme a tratar de ser cada vez mejor profesional y ser humano.

A la Dra. María Estefanía Bautista Valarezo, por su sabia guía y conducción del presente trabajo de investigación.

Al Dr. Oscar Miguel Chango Siguenza, por sus invaluable consejos y su apoyo profesional y académico durante todos estos años de trabajar bajo su dirección.

A los Cirujanos Pediátricos del Hospital Regional Vicente Corral, por su colaboración incansable para que encontrara el tiempo de una demandante actividad académica.

A la Lic. Paola Andrade, por el apoyo incondicional en todo momento para con nuestra labor docente, asistencial e investigativa, y en particular por tanto café compartido.

A Caro, David, Mónica, Samantha, Jeovannis, Mariela, Erika, Felipe, y el resto de los Residentes Asistenciales de la Clínica Santa Ana, a los Médicos Tratantes y las Lic. en Enfermería por su inestimable colaboración con la investigación.

A mis amigos y Hermanos, Rafael, Orlando, Carlos, Fabián, Paolo, Juan Carlos, Xavier, Rodrigo entre otros de una interminable lista, les adeudó el aliento y el abrazo.

A Maira, Tony, Eliany, y mi familia entera, por todo.

A la UTPPL y particularmente a la Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, Directora de la Maestría así como al claustro académico de la misma, por la contribución a mi formación profesional durante este año lectivo.

A todos, particularmente a los que pude no haber nombrado, pero a quienes agradezco infinitamente,

Muchas Gracias.

Dr. Luis Enrique Marcano Sanz

Índice de contenido

<i>Aprobación del director del Trabajo de Titulación.....</i>	<i>II</i>
<i>Declaración de autoría y cesión de derechos</i>	<i>III</i>
<i>Dedicatoria.....</i>	<i>V</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>VI</i>
<i>Índice de contenido.....</i>	<i>VII</i>
<i>Resumen</i>	<i>1</i>
<i>Abstract</i>	<i>2</i>
<i>Introducción</i>	<i>3</i>
Planteamiento y justificación del problema de estudio	5
<i>Objetivos.....</i>	<i>7</i>
<i>Capítulo uno</i>	<i>8</i>
<i>Marco teórico.....</i>	<i>8</i>
1.1 Marco conceptual.....	8
1.1.1 Calidad y Seguridad de la atención.....	8
1.1.2 La evolución de la acreditación en salud.....	11
1.1.3 La metodología del paciente y el sistema trazador	12
1.1.4 Estándares de atención según la OMS y la JCI.....	16
1.2 Marco referencial. Antecedentes históricos en Ecuador. Contexto normativo	18
1.3 Marco operativo. Contexto institucional	21
<i>Capítulo dos</i>	<i>24</i>
<i>Diseño metodológico</i>	<i>24</i>
2.1 Tipo de estudio. Universo y muestra	24
2.2 Criterios de inclusión, exclusión y salida	25
2.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos	25
2.4 Plan de tabulación y análisis	26
2.5 Rigor y credibilidad de la investigación	27

2.6	Ética	28
2.7	Definición y operacionalización de variables.....	28
Capítulo tres.....		35
Resultados.....		35
3.1	Características generales de los participantes en la investigación	35
3.2	Cumplimiento de estándares por procesos de atención	36
3.3	Cumplimiento de estándares en las etapas de la investigación	37
3.3.1	Entrevistas a pacientes y familiares	37
3.3.2	Entrevista a profesionales de la salud	39
3.3.3	Trabajo de campo del investigador	41
Capítulo 4.....		43
Discusión.....		43
4.1	Características generales de la investigación	43
4.2	Cumplimiento de estándares por procesos de atención	45
4.3	Cumplimiento de estándares en las etapas de la investigación	50
4.3.1	Entrevistas a pacientes y familiares.....	51
4.3.2	Entrevista a profesionales de la salud	53
4.3.3	Trabajo de campo del investigador	57
4.4.4	Comentarios en las entrevistas semiestructuradas	59
Conclusiones.....		63
Recomendaciones.....		66
Referencias.....		67
Apéndice		76
Apéndice A. Instrumento para las entrevistas en la Metodología Trazadora		76
Apéndice B: Consentimiento informado		93

Índice de tablas

Tabla 1. Características generales de los participantes en el estudio (n=11)	35
Tabla 2. Cumplimiento de estándares en los procesos de atención asistencial.....	36
Tabla 3. Cumplimiento de estándares en las etapas de la investigación	37
Tabla 4. Estándares no cumplidos según la entrevista a pacientes y familiares (n=11)	37
Tabla 5. Estándares no cumplidos según la entrevista a profesionales de la salud (n=11)	39
Tabla 6. Estándares no cumplidos según el trabajo de campo del investigador	41

Índice de figuras

Gráfico 1. Diagrama de Pareto para los estándares no cumplidos en la entrevista a pacientes y familiares.....	39
Gráfico 2. Diagrama de Pareto para los estándares no cumplidos según la entrevista a profesionales de salud.....	41
Gráfico 3. Diagrama de Pareto de estándares no cumplidos según el trabajo de campo del investigador.....	43

Resumen

La mejora continua de los procesos asistenciales es imprescindible para las Instituciones de Salud. Las deficiencias de seguridad son un problema de salud pública mundial. La metodología del Paciente Trazador analiza el desempeño clínico de un sistema, al evaluar estándares seleccionados, para utilizarlos en procesos de auditoría, acreditación y desarrollo de políticas. Con el objetivo de evaluar los procesos críticos de la atención asistencial mediante el instrumento del paciente trazador con el grupo de estándares de la *Joint Comission International*, se realizó un estudio de casos con enfoque cualitativo, de tipo instrumental, en 11 pacientes quirúrgicos. Se empleó el análisis de historias clínicas, la observación participativa y encuestas semiestructuradas a pacientes y profesionales de la salud, incluyendo sus comentarios. Los procesos asistenciales de evaluación de la atención, mejora continua de la calidad, necesidades al ingreso y ejecución del tratamiento mostraron los mayores porcentajes de incumplimientos en los estándares. Dentro de ellos, se definieron nudos críticos con menores cumplimientos de estándares y se propusieron acciones de mejoras. Se demostró la necesidad de la capacitación al personal de salud.

Palabras clave: Método, Trazador, Calidad.

Abstract

The continuous improvement of care processes is essential for health institutions. Security deficiencies are a global public health problem. The Tracer methodology analyses the clinical performance of a system, when evaluating selected standards, for use in audit, accreditation and policy development processes. In order to assess critical care through the tracer patient instrument with the Joint Commission International Standards Group, an instrumental case study with a qualitative approach was conducted in 11 surgical patients. The analysis of clinical stories, participatory observation and semi-structured surveys of patients and health professionals, including their comments, were used. Assistance processes for care assessment, continuous improvement of quality, admission needs and treatment implementation showed the highest percentages of non-compliance with standards. Within them, critical knots were defined with less standards compliant and improvement actions were proposed. The need for training of health professionals was demonstrated.

Keywords: Tracer, Methodology, Quality

Introducción

La calidad de la atención en salud actualmente, “no debe ser un privilegio de una élite ni tampoco una aspiración para un futuro distante, sino que debe ser el ADN de todos los sistemas de salud” (Kruk et al, 2018).

“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”.

(Franco et al., 2004)

Las deficiencias de seguridad en la atención son consideradas un problema de salud pública mundial, en respuesta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció en su Asamblea Mundial número 55, realizada en Ginebra en el año 2002, la necesidad de promover la Seguridad del Paciente, como principio fundamental en todos los sistemas de salud a través de las acciones para "Desarrollar normas para la calidad de la atención y la Seguridad del Paciente" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002).

En Latinoamérica, el estudio IBEAS demostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, asimismo, 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un tipo de evento a lo largo de su estancia en el hospital. (Ministerio de Sanidad y Política Social/OMS, 2010)

Por tanto, la mejora continua de los procesos asistenciales es imperativa para las Instituciones de Salud. En ese sentido, se requiere de una estrategia específica y transversal, para identificar los nudos críticos susceptibles de mejora, mediante herramientas específicas e integrales que evalúen la atención desde la óptica de los

procesos administrativos, los profesionales, los pacientes y su familia. (Agudelo y Forero, 2013)

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP), ente rector del Sistema Nacional de Salud, “cumpliendo los mandatos constitucionales y lo establecido en el Plan de Creación de Oportunidades 2021- 2025, para garantizar una atención integral con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, y con la finalidad de contribuir a la institucionalización de la garantía de la calidad”, elaboró el Manual de gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud, “diseñado como una herramienta metodológica para la atención en salud con criterios de alta calidad centrada en las personas, oportuna y gratuita, con énfasis en los grupos vulnerables y de atención prioritaria”.(Ministerio de Salud Publica del Ecuador [MSP], 2021)

Entre las diferentes estrategias para evaluar la calidad de la asistencia en salud, la metodología del Paciente Trazador, se puede definir como un método que analiza el desempeño clínico de un sistema o servicio, a través de la evaluación de criterios o condiciones de interés previamente seleccionadas y que es utilizada en los procesos de auditoría, acreditación y en el desarrollo de las políticas de seguridad del paciente. La misma facilita el proceso de evaluación integral de la calidad de los servicios, individual y sistemática, a través de una trazabilidad en todos las áreas involucradas, desde el ingreso, durante la estancia, el tratamiento y el proceso de egreso.(Fajardo, 2017; Meireles et al., 2019)

La metodología trazadora logra identificar fortalezas que permiten favorecer la calidad en la prestación de servicios y corregir las debilidades que ponen en riesgo no solo la calidad de atención, sino la seguridad del enfermo. Asimismo, este instrumento estimula el trabajo en equipo, la cultura organizacional y el mejor entendimiento del rol de cada trabajador.(Phillion, 2009; Joint Commission Resources [JCR], 2007; Martinez, 2019; Meireles et al., 2019) Hoy en día, la metodología trazadora es la base de la evaluación para la acreditación de Hospitales por la *Joints Comission International* (Joint Commission

International [JCI], 2014; Massachusetts General Hospital [MGH], 2019) así como para la reconocida Acreditación Canadá. (Bouchard Y Delan, 2017)

Planteamiento y justificación del problema de estudio

La Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca es una institución medica privada que brinda a sus clientes Servicios Integrales de Salud, con capacidad profesional, experiencia, vocación, calidad humana y tecnología moderna. El modelo de atención tiene como objetivo principal garantizar una atención con calidad centrada en el paciente y su familia, comprometida con el fortalecimiento de la seguridad, y sigue los lineamientos del Sistema Nacional de Salud promovido por el gobierno Ecuatoriano, en especial el Acuerdo número 00000115 que expone el Manual de seguridad Paciente – Usuario de aplicación obligatoria. (MSP, 2016)

Todas las Instituciones de Salud, deben contar con un Programa de Seguridad del Paciente para reducir y hasta donde sea posible, eliminar los eventos adversos prevenibles (Alzate et al., 2016; Ministerio de Salud de Argentina [MSA], 2021). Sin embargo, la Clínica Santa Ana no dispone de una herramienta evaluativa de la calidad de la atención a los pacientes hospitalizados, en el marco de los estándares de Gestión de riesgo.

En la clínica objeto del estudio, se cuenta un comité de calidad pero se manejan temas aislados desde diferentes enfoques y no se tiene un programa transversal con la perspectiva de seguridad del paciente. Se conoce la existencia de las normas pero no se evalúa si se implementan con eficacia según el modelo de seguridad. Por tanto, el estudio del paciente trazador permitirá dar seguimiento a todos los cuidados y servicios clínicos proporcionados al paciente; la adherencia a los procedimientos asistenciales y de apoyo, el cumplimiento de estándares, analizar la efectividad de los procesos y servicios proporcionados al enfermo y el grado de conocimientos del personal sobre los conceptos esenciales para la atención. Todo ello tiene relevancia no solo asistencial sino para la razón social de la casa de salud y contribuye a fomentar estudios y aplicaciones de programas más amplios en relación con la calidad y la seguridad del usuario.

Finalmente, como justificación del trabajo por la prioridad de llevar a cabo un plan de mejora con enfoque preventivo, podemos señalar:

- Factibilidad organizativa: volumen adecuado de pacientes atendidos.
- Factibilidad técnica: el autor de este estudio es médico asociado al equipo de la clínica y contó con la asesoría de la Dirección Médica y el equipo de calidad.
- Factibilidad económica: el apoyo económico de la Gerencia de la clínica.

Un aspecto clave es que la calidad puede mejorar haciendo cambios en los procesos, sin necesariamente incrementar la cantidad de recursos utilizados. La mejora de los procesos en salud no solo crea mejores resultados, sino que reduce los costos en la prestación de los servicios. La calidad no cuesta, lo que cuesta es la no calidad. (MSP, 2021)

Se consideró viable y necesario un estudio de este tipo con la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los aspectos críticos del proceso de atención integral a pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa Ana, y cómo pueden ser susceptibles de mejora según la evaluación con la metodología del Paciente Trazador y el marco de los Estándares de Acreditación en salud de la *Joint Comission International*?

Para conducir la investigación se estableció por tanto, la siguiente proposición teórica: La metodología del paciente trazador permite identificar nudos críticos de riesgo y con ello proponer un plan de mejora continua en la calidad y seguridad de la atención del paciente quirúrgico hospitalizado.

Con ello se pretendió cumplir con el objetivo final del estudio: Evaluar los procesos críticos de la atención asistencial a pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa Ana, durante el periodo febrero abril de 2022, mediante el instrumento del paciente trazador con el grupo de estándares de los Procesos Asistenciales según la *Joint Comission International*.

La tesis consta de introducción, cuatro capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. El capítulo uno presenta los fundamentos teóricos sobre el objeto, el campo y el estado actual del conocimiento. El capítulo dos describe la

metodología utilizada para diseñar el estudio, la recopilación y el procesamiento de los datos que se usaron para dar respuesta a la pregunta de investigación. El capítulo tres presenta los resultados y su análisis estadístico, mientras el cuatro está dirigido a la interpretación y discusión de los mismos.

Objetivos

Objetivo general: Evaluar los procesos críticos de la atención asistencial a pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa Ana, durante el periodo febrero abril de 2022, mediante el instrumento del paciente trazador con el grupo de estándares de los Procesos Asistenciales según la Joint Comission International.

Objetivos específicos

a) Establecer el diagnóstico de cada uno de los subgrupos que comprenden los estándares: derechos y seguridad de los pacientes, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento y contra referencia.

b) Identificar las fallas del proceso de atención integral de pacientes quirúrgicos hospitalizados, en busca de la calidad en la prestación del servicio y seguridad del paciente.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Marco conceptual

1.1.1 *Calidad y Seguridad de la atención.*

Un producto o servicio será de calidad si está previsto que sirva para lo que fue creado, (Gryna et al, 2007) por otra parte, Gabriel (2007) cita a varios autores que coinciden en que la calidad tiene que estar definida en función de la satisfacción del usuario. En general, visualizan dos categorías: Las especificaciones técnicas del bien o del servicio y la satisfacción del cliente.

El concepto de calidad en los servicios de salud varía en función de quién lo utiliza, la idea de calidad será distinta desde la perspectiva de la gerencia del establecimiento; de los profesionales y desde la que tienen los pacientes y la comunidad. Estas diferentes ideas de se entrelazan en una zona común. (Suñol y Net, 1980) La calidad de la atención necesita de la ciencia y la tecnología médica para que los beneficios sean mayores que los riesgos, la calidad es por tanto, el equilibrio a favor de los riesgos sobre los beneficios. (Agudelo y Forero, 2013)

A pesar de la complejidad que significa la atención en salud, Avedis Donabedian, en 1980, propuso como definición de calidad aquella que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. Donabedian define además, los tres elementos o componentes de la atención (MSP, 2021) :

a) Técnico, que se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, en el manejo de un problema de salud.

b) Interpersonal, que debe responder y contener los valores y normas socialmente definidas que regulan la interacción de los individuos y,

c) Aspectos de confort, que son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Una de las dimensiones de la calidad en la atención de salud es la seguridad, proceso permanente centrado en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos, la eliminación de riesgos innecesarios y la prevención a través de intervenciones basadas en evidencia científica. (MSP, 2016)

“El principio clásico «primum non nocere» - "lo primero es no hacer daño", frase atribuida a Hipócrates en el 460 AC, aunque no es parte del juramento hipocrático, es el principio de bioética del que nace el concepto de la seguridad del paciente, como un pilar fundamental de la atención en salud y una dimensión de carácter crítico de la gestión de la calidad”. La atención en salud es una actividad cada vez más compleja que conlleva riesgos potenciales ya que combina factores inherentes al sistema sanitario con actuaciones humanas. (Gutierrez, 2019)

Los eventos adversos asociados a la atención en salud son frecuentes y algunos de ellos pueden ser considerablemente graves, causando invalidez o la muerte. La seguridad del paciente sigue siendo un desafío global, por lo que debe abordarse desde diferentes perspectivas, tanto a nivel mundial como nacional y local del sistema de salud ecuatoriano. (Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), 2015) Las consecuencias directas de los errores en la asistencia tienen repercusiones económicas tales como, hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, dolor de los pacientes y sus familias, así como discapacidades. (Agudelo y Forero, 2013)

La seguridad de la atención en salud, proceso continuo y permanente, se centra en (HVCM, 2015):

- Conocimiento de los riesgos.
- Eliminación de los innecesarios.
- Prevención y corrección de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en las evidencia científica más actuales, con demostrada efectividad clínica.

El Ministerio de Salud Pública promueve la utilización del modelo de ciclos rápidos a través de la aplicación de cuatro momentos (MSP, 2021):

a) Identificar el problema.

b) Analizar las causas que lo originan.

c) Desarrollar o buscar posibles soluciones o hipótesis de cambios

d) Implementar ciclos PEVA (Planear, Ejecutar, Verificar, Actuar): para probar los cambios y determinar si los cambios conducirían a una mejora.

Más allá de aplicar rigurosamente una determinada metodología, es imprescindible que se tomen en cuenta los principios fundamentales del mejoramiento continuo de la calidad, que son: (Massoud et al, 2002)

1. Enfocarse en el paciente - usuario

2. Entender el trabajo como un proceso o sistema

3. Implementar cambios y hacer énfasis en el uso de datos

4. Trabajar en equipo

Asimismo, se han descrito aspectos que se deben normar para proveer una atención de salud más segura, bajo principios transversales (MSP, 2016):

- Atención centrada en la persona
- Alianza con el paciente y su familia
- Alianza con el profesional y personal de la salud
- Cultura de Seguridad
- Liderazgo y trabajo en equipo
- Visión sistémica y multicausal

Las prácticas para la seguridad del paciente usuario son de tres tipos: las prácticas seguras administrativas, las prácticas seguras asistenciales y las prácticas seguras administrativas asistenciales. Las prácticas seguras administrativas incluyen la identificación correcta del paciente y el programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos e instalaciones. Las prácticas seguras asistenciales engloban el control de abreviaturas peligrosas, de los medicamentos de alto riesgo, el control de electrolitos concentrados, la conciliación de medicamentos, la administración correcta de los mismos, la administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos, la profilaxis de tromboembolismo

venoso y la prevención de úlceras por presión. Por último, las prácticas seguras administrativas-asistenciales, incluyen la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, las prácticas quirúrgicas seguras, la transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición, el manejo correcto de las bombas de infusión, higiene de manos, prevención de caídas y educación en seguridad del paciente (MSP, 2016).

1.1.2 La evolución de la acreditación en salud

Existe un amplio abanico de acciones, intervenciones, métodos y enfoques para la supervisión, certificación, evaluación de procesos, tales como son: Six sigma, Kaizen, ISO 9000, análisis causa-efecto, las listas de cotejo, el análisis centrado en indicadores tanto de proceso como de resultado, las normas y gestión continua de la calidad, entre otros; los cuales se utilizan como herramientas para establecer acciones correctivas derivadas de los hallazgos generados. (IMSS, 2011)

Desde 1940, Italia inició el licenciamiento de los médicos, evento a partir del cual se dio inicio al desarrollo de estándares educativos uniformes, exámenes estatales y el proceso de licenciamiento en el siglo XIX. En USA, en 1917, el *American College of Surgeons* definió los estándares mínimos de los hospitales estadounidenses para identificar y prescindir de los servicios de salud deficientes. (Agudelo y Forero, 2013; MSP, 2016)

Esta estrategia sentó las bases del proceso de Acreditación, actualmente administrado por la *Joint Commission International (JCI)*, inicialmente denominada en 1951, Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones Prestadoras de Servicios de Salud. (JCI, 2017)

En la década de los 80, las fallas de la calidad deficiente, la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, el incremento en costos hospitalarios, condujo a reevaluar la garantía de calidad basada en Acreditación y estándares. En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, hoy se denomina este proceso "Acreditación Canadá". (Agudelo y Forero, 2013; Accreditation Canada, 2014; MSP, 2016)

En octubre del 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. Esta Alianza propone lograr el compromiso de los países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención en salud, a través del mejoramiento de los procesos de atención de los establecimientos de salud, la aplicación de buenas prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de Seguridad del Paciente. (Agudelo y Forero, 2013; Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015; OMS, 2008; MSP, 2016)

1.1.3 La metodología del paciente y el sistema trazador

Todas las instituciones de salud realizan un esfuerzo a diario para lograr la mejora continua y la calidad en cada uno de los procesos de atención que prestan, por lo que es muy importante el uso de una herramienta aplicada en otras instituciones con altos estándares de la calidad y validada por los entes encargados de la evaluación de la acreditación, que permita la toma de decisiones de forma rápida y oportuna orientando el trabajo institucional de mejoramiento continuo de la calidad en la prestación del servicio a la comunidad. (Martínez, 2019).

El uso de trazadores no es nuevo en el área médica, es frecuente en las unidades de diagnóstico y tratamiento a través de introducir sustancias (medios de contraste) con el fin de estudiar un determinado proceso lo cual permite obtener una medición. Tal es el caso, por ejemplo, de la serie esófago-gastro-duodenal en un paciente; al que se le administra de forma oral un medio de contraste y se toman varias placas de rayos X, lo cual nos permite integrar un diagnóstico e instaurar un plan de manejo. Haciendo analogía, la clínica sería el organismo, el expediente clínico sería el medio de contraste y el equipo de calidad, las placas de Rx que permiten evaluar la prestación efectiva de la atención procurada a los enfermos. (Lujano, 2005; Luengas, 2009)

La metodología del trazador tiene sus raíces por ello en la ciencia y es usado por los investigadores para estudiar un proceso científico y la secuencia que sigue el mismo. (Joint Commission Resources, 2007, Agudelo y Forero, 2013) Según Ávalos, (2014) y Kessner (1992) la metodología de trazadores fue creada originalmente en 1969, cuando Kessner y colaboradores propusieron al *Institute of Medicine* de Estados Unidos, basados en las propuestas de A. Donabedian utilizar algunos problemas específicos de salud que sirvieran de “trazadoras” para el análisis de los servicios. Según ellos, la atención de ciertas enfermedades, era un buen indicador de calidad de la totalidad del sistema, bajo ciertas condiciones de selección. El método fue difundido en los países latinoamericanos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y desde 1989, se iniciaron los esfuerzos para su aplicación, por su gran ductilidad y adaptación a la realidad asistencial (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1989).

La metodología trazadora, se puede definir como un método que analiza el desempeño clínico de un sistema o servicio recorriéndolo a través de la evaluación de criterios o condiciones de interés previamente seleccionadas, tomando como base la evaluación integral del proceso de atención a un usuario en particular. (Kessner et al., 1992; Busso, 1991; Agudelo y Forero, 2013)

Para Fajardo (2017) “El Paciente Trazador permite obtener datos en tiempo real y confiable para identificar fallas que se estén dando en el momento de la atención y así ayudar a mejorar, prevenir e intervenir las áreas críticas encontradas en un proceso”. La aplicación del instrumento para Paciente Trazador es uno de los elementos que permiten verificar si los procesos estandarizados o si las acciones de mejoramiento continuo se están cumpliendo y si se están obteniendo los resultados en la calidad de los servicios que recibe un usuario, según los estándares y objetivos propuestos.

El concepto de la metodología del Paciente Trazador para Halvorsen y Pejakovihc (2008), es “la supervisión de un grupo selecto de pacientes activos a los cuales se les traza su cuidado, a través de los departamentos o servicios del hospital”. Fue adoptada inicialmente por la Joint Commission International como una metodología novedosa

aplicada en un estudio piloto de 2002 al 2003, y después, fue formalmente puesto en marcha desde 2004 para la Acreditación y certificación de programas como resultado del cumplimiento de estándares, regulación nacional aplicable y políticas organizacionales. (Agudelo y Forero, 2013; JCI, 2007)

El método trazador es por tanto, una revisión integrada e interdisciplinaria de las áreas más críticas para la calidad y la seguridad del paciente y se analiza el grado de cumplimiento del estándar y la información resultante con el fin de ser utilizada para diseñar e implementar acciones de mejoramiento. En este sistema la calidad se constituye como objetivo para la participación de todos los actores del sistema: aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los mismos usuarios. (Fajardo, 2014)

Existen tres tipos de métodos de trazador; trazadores individuales, trazadores de sistemas y trazadores específicos del programa de acreditación (MGH, 2019). Los trazadores individuales examinan las experiencias de atención al paciente mientras están en una organización, evaluando la prestación de atención y tratamiento dentro de una institución. En los trazadores individuales, los pacientes son el marco utilizado para determinar el cumplimiento de los estándares establecidos. Los rastreadores de sistemas ayudan a evaluar todo un sistema o proceso, incluida la forma en que se incorporan los procesos relacionados y la forma en que los diferentes departamentos y disciplinas se coordinan y comunican dentro del sistema o proceso. Los rastreadores de sistemas se utilizan para evaluar la gestión de datos, el control de infecciones y la gestión de medicamentos. Los rastreadores específicos del programa de acreditación ayudan a identificar riesgos y problemas de seguridad en diferentes niveles de atención, tratamiento y servicios, especialmente con respecto a cuestiones específicas de la organización (MGH, 2019; Fajardo, 2014)

Como lo mencionan Agudelo y Forero (2013) “ En la actualidad, el método analiza el desempeño clínico del servicio desde el ingreso del usuario hasta el egreso de la institución, y la información que recibe posterior a su salida logrando visualizar, monitorear y realizar

seguimiento, teniendo en cuenta que cada paciente es único y cada servicio es diferente, para identificar puntos críticos los cuales se deben intervenir con un plan de mejoras.

El paciente trazador individual que se estudia en el presente trabajo, evalúa el cumplimiento de estándares de atención, acreditación y el conocimiento del personal sobre conceptos esenciales para los procesos. Las etapas de la metodología consta de (Agudelo y Forero, 2013; Bouchard y Jean, 2017; Martínez, 2019)

- Selección del Paciente Trazador. Entrevistar y escuchar.
- Auditoría de la Historia Clínica.
- Trabajo de Campo. Observar procesos y procedimientos.
- Elaboración del Informe.

Algunas características y elementos universales de la metodología del trazador son: (Agudelo y Forero, 2013; , Joint Commission Resources, 2007).

- Involucrar tantas personas como sea posible
- Revisar datos, políticas y procedimientos
- Enfocarse en los miembros asistenciales y no los administrativos
- Realizar preguntas con respuestas cerradas
- Enseñar y mostrar los avances, realizando retroalimentación

Cuando se realiza un marcador, generalmente implica hablar con varios miembros del personal, pacientes y familiares para aprender detalles sobre cada experiencia de atención médica. Los autores recopilan información para evaluar el cumplimiento de estándares de seguridad del paciente; el cumplimiento de las políticas y procedimientos; la competencia del personal; la comunicación dentro y entre departamentos, programas y servicios; y el entorno físico en lo que se refiere a la seguridad. (Agudelo y Forero, 2013)

La metodología trazadora se ha sugerido o aplicado para evaluar una variedad de otras prácticas clínicas y de atención al paciente, incluidas las infecciones en el sitio quirúrgico, las normas de reevaluación del dolor, las normas de control de infecciones, los

servicios de salud mental ambulatoria y la atención al final de la vida. (Agudelo y Forero, 2013; Padgette y Wood, 2018; Ross et al., 2017).

Padgette y Wood (2018) reconocen que la metodología del trazador se puede adaptar y aplicar a todas las áreas de la atención hospitalaria y ambulatoria a nivel individual o del sistema. Entre los beneficios de esta metodología se encuentran (Avalos, 2014, Fajardo, 2014):

- Paciente: Mejorar el flujo de pacientes, la seguridad y satisfacción.
- Colaboradores: Crea cultura de evaluación de procesos, mejor entendimiento del rol que cada uno desempeña, fortalece el equipo trabajo.
- Organización: Reduce los costos, fortalece la imagen y confianza institucional, optimización de tiempos y la mejora de sistemas.

Por otra parte, el autor en el desarrollo de este marco teórico, no ha encontrado referencias de estudios con la metodología del paciente trazador en Ecuador, aunque sí está bien desarrollada en países vecinos como Colombia y Peru y particularmente en el campo de la enfermería. (Meireles et al., 2019; Martínez, 2019; Agudelo y Gorero, 2003; Fajardo, 2014)

1.1.4 Estándares de atención según la OMS y la JCI

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el estándar es un nivel de desempeño acordado, que especifica qué acción se debe emprender. Sirve como un punto de referencia sobre el cual formarse una opinión. Tiene que ser alcanzable, observable, deseable y mensurable. Los estándares de atención en salud deben estar basados en la evidencia y apoyados por los conocimientos científicos actuales. Siguiendo el enfoque sistémico, pueden desarrollarse estándares para las entradas, procesos y salidas. (CSG, 2018; MGH, 2019)

Los estándares de entradas, identifican el nivel de calidad esperado en los recursos necesarios para brindar la atención. Los estándares de proceso, identifican las mejores técnicas, guías de manejo y procedimiento para brindar la atención. Los estándares de

salida, constituyen los resultados esperados en la atención.(CSG, 2018; González, 2018, Phillion, 2009, JCI, 2014)

Los estándares se organizan en base a procesos relevantes comunes a organizaciones sanitarias, relacionadas con la provisión de atención: organización segura, efectiva y bien administrada para hospitales, educación de profesionales médicos y programas de investigación. Estos estándares se aplican a toda la organización, así como a cada departamento o servicio.(CSG, 2018, MGH, 2019)

Los estándares son de dominio público para su empleo por parte de organizaciones individuales y agencias públicas con el objetivo de mejorar la calidad de la atención. Los estándares de JCI, compilan las expectativas de desempeño, la estructura y funciones que necesitan los hospitales para acreditarse. Los objetivos se evalúan de acuerdo a los estándares en la visita presencial. (CSG, 2018; González, 2018; Phillion, 2009; JCI, 2014; MGH, 2019)

Los estándares cuentan con una particularidad en común y al que deben estar encaminados todos los estudios: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso, inicia en la planeación, pasando por la monitorización, identificación de prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, todo lo cual permite que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que se desarrollen mecanismos de evidencia y soporte que evidencie a la sociedad constatar su compromiso con la gestión de calidad en Salud.(Del Salto, 2014)

Indicador es una referencia numérica representativa del comportamiento de una o más variables, en forma de denominaciones, las cuales permiten conocer la magnitud de un desvío y en consecuencia, actuar de manera preventiva y no solo correctiva (Lujano, 2005). Dependiendo del tipo de variable, el indicador puede permitir ejercer control de tipo físico, económico, cronológico y de satisfacción tanto interna como externa. Un indicador es, por tanto, un valor que permite el seguimiento y la evaluación de las variables consideradas importantes de una organización, a través de su comparación con parámetros de referencia

preestablecidos. Son la base objetiva de la evaluación del sistema de prestación de salud, que permitan conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente. (Del Salto, 2014)

Los indicadores, son por tanto, la expresión objetiva, que permite medir la calidad que ha sido declarada, al definir los estándares. Al igual que los estándares, los indicadores pueden desarrollarse para medir los de entradas, los procesos y las salidas. (CSG, 2018, MGH, 2019) Se requiere cada vez ser más eficientes en la medición de indicadores, aunque "lo que no se mide no se mejora", no por medir mucho, la calidad mejora más. The Lancet Global Health Commission recomienda que se generen menos pero mejores medidas para evaluar la calidad de los sistemas de salud, que se puedan utilizar a escala nacional y local. (MSP, 2021; Kruk et al., 2018)

1.2 Marco referencial. Antecedentes históricos en Ecuador. Contexto normativo

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, impulsa la seguridad del paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud, llevando a cabo estrategias que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como el estudio de eventos adversos, la gestión de riesgos en la atención en salud y la puesta en marcha de una estrategia que contribuya a brindar una atención limpia y segura en las organizaciones de salud. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

“La Constitución de la República del Ecuador en su artículo 32, señala que la salud es un derecho garantizado por el Estado, regidos por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, entre otros, con un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud (APS), según su artículo 360, articulando los diferentes niveles de atención y promoviendo la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas; en su artículo 362 señala que los servicios de salud deben ser seguros, de calidad y calidez” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

La Ley Orgánica de Salud, según su artículo 201, indica que la responsabilidad de los profesionales de la salud, es brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, dentro de sus competencias (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012). El artículo 4 de la Ley

Orgánica de Salud señala que la salud es un derecho que garantiza el Estado. El ejercicio pleno del derecho a la salud consiste en el acceso en igualdad de oportunidades a una atención integral, mediante servicios de salud que respondan de manera oportuna y con calidad a las necesidades y demandas de la población en los diferentes niveles del sistema de salud, así como de acciones en otros ámbitos del área social que protejan la salud colectiva. El Estado garantiza este derecho mediante políticas públicas entre las que se encuentran económicas, sociales, culturales, educativas, ambientales entre otras. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

La Ley *Ibidem*, en el artículo 181 preceptúa que la autoridad sanitaria nacional “regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios definidos en esta Ley”.(Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

En el Manual de Seguridad del Paciente - Usuario, expedido mediante Acuerdo Ministerial 0115 y publicado en la edición especial del Registro Oficial Nro. 760 en el año 2016, se denomina paciente a la persona que presenta una enfermedad y que recibe una atención de salud o sanitaria, mientras que usuario se denomina a la que sin ninguna patología aparente hace uso del servicio; de esta forma se reconoce la seguridad del paciente - usuario y la calidad de la atención en salud como elementos clave en el proceso de cambio de la cultura organizacional, definiéndose las características y condiciones óptimas de la atención que se debe brindar en los establecimientos de salud del SNS, puesto que esta calidad y seguridad son una obligación ética y técnica de los prestadores del servicio (MSP, 2016)

El artículo 358 del Plan del Buen Vivir 2017-2021(Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SEMPLADES], 2017), establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral.

Mediante contrato No. 0000067, efectuado entre el Ministerio de Salud Pública y Acreditación Canadá realizan la preparación y acreditación de 44 Hospital del Ministerio de Salud en base al modelo Canadiense, enfocado a acreditación de entidades públicas y de atención primaria. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MSP, 2013a), menciona en uno de sus objetivos estratégicos la “.....implementación de un sistema de control de la garantía de la calidad de los servicios que incorpore la percepción de las y los usuarios.” Y uno de los principios del MAIS es eficiente, eficaz y de calidad.

El MSP del Ecuador, en el 2011 establece como política nacional la implementación de una estructura orgánica funcional exclusivamente para poner en marcha un Sistema Nacional de Garantía de la Calidad a través de la emisión del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos. (MSP, 2011)

De acuerdo al artículo 17 del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud tiene como misión: ” Garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos”.(MSP, 2021)

Se puede mencionar, además, que de acuerdo al Capítulo III, literal 3.4 de los Procesos habilitantes de Asesoría, del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, la Unidad de Calidad tiene como misión (MSP, 2012, MSP, 2014): “Velar por la implementación y el cumplimiento del sistema integral de gestión de calidad y de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos por el hospital para satisfacer las necesidades de la demanda y la interacción con otros sistemas en su contexto”. (MSP, 2012)

“A través del Decreto 703, del 25 de junio de 2015, se crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Pre-pagada - ACCESS,

como organismo técnico administrativo de control de la calidad de la atención pública y privada de salud, para promover el mejoramiento continuo, fomentar la habilitación de profesionales asistenciales y proporcionar a los usuarios del Sistema Nacional de Salud y al personal de salud, un espacio que facilite el desarrollo de una cultura de calidad y la búsqueda de la excelencia en la prestación de los servicios”.(MSP, 2021)

Garantizar la calidad de la atención en los servicios de salud tiene una connotación amplia y social, como parte de una visión integral de la salud y al mismo tiempo de la calidad de vida de la población. En los actuales momentos, el Ecuador requiere consolidar procesos que contribuyan al desarrollo humano, a través de un enfoque de derechos centrado en las personas y la ampliación de sus capacidades, por lo tanto, entregar una atención de calidad, significa dar cumplimiento y permitir a los usuarios el ejercicio pleno de uno de sus principales mandatos constitucionales. (SEMPLADES, 2017)

El Ministerio de Salud del Ecuador (2021), resalta los esfuerzos progresivos para incorporar en la prestación de servicios, mecanismos de mejora de la calidad de la atención en salud. La gestión de calidad orienta las acciones que permiten cumplir y hacer cumplir los derechos de los ciudadanos a “recibir una atención acorde con sus necesidades, basada en la mejor evidencia científica disponible, sustentada en normas y procedimientos protocolizados y consensuados, con procesos de atención brindados por profesionales competentes, administrados de manera desconcentrada por servidores públicos con visión estratégica, con un enfoque social, equitativo e inclusivo y con metodologías de mejoramiento continuo de la calidad que produzcan resultados tangibles que aumenten la confianza de los usuarios.” (MSP, 2021)

1.3 Marco operativo. Contexto institucional

La clínica Santa Ana cuenta con más de 50 años brindando en la ciudad de Cuenca su aporte a la salud como una institución médica privada que brinda a sus clientes Servicios Integrales de Salud, con capacidad profesional, experiencia, vocación, calidad humana y tecnología moderna. La Clínica Santa Ana, es un centro médico, de gran prestigio a nivel

regional, que genera valores a sus clientes e inversionistas, y garantiza bienestar y desarrollo profesional a sus colaboradores.

Cuenta con más de 28 especialidades médicas y un experto grupo de especialistas comprometidos en brindar un servicio integral. La oferta hospitalaria incluye tres pisos de hospitalización con 32 camas, además 9 box de emergencias, una de procedimientos, una de hemodiálisis, ocho de neonatología, cinco de Cuidados Intensivos, cuatro quirófanos y tres de recuperación postoperatoria. En el año 2021 se atendieron por emergencia 2753 pacientes, se realizaron 2191 cirugías y hubieron 2735 egresos, con un 49 % de ocupación y 7,35 promedio de estadía por días pacientes. Hasta este momento, no cuenta con un equipo de calidad ni procesos transversales de auditoría de seguridad del paciente.

Misión: Institución privada que brinda servicios integrales de salud, dedicados con pasión al cuidado de nuestra comunidad; realizando tratamientos preventivos, curativos y de rehabilitación con calidad, empleando nuestros mejores recursos y tecnología. Siendo consecuentes con nuestra trayectoria y valores, como objetivo prioritario, trabajamos en equipo creando un ambiente de bienestar para nuestros pacientes y su entorno.

Visión: Ser líderes en la prestación de servicios integrales de salud con altos estándares de calidad y modernización, con espíritu de humanismo, ética profesional y sostenibilidad.

De esta manera, la clínica está comprometida con la seguridad del paciente o usuario, lo que al decir del Manual de Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud, “se convierte en un enfoque central de la gestión de la calidad de la atención en salud y debe estar presente en el consciente individual y colectivo de los prestadores asistenciales, así como en cada proceso administrativo de atención ejecutado” (MSP, 2021).

De acuerdo con Suñol y Net (1980), el nivel de conciencia en relación a los problemas de seguridad que se pueden presentar, se clasifican en siete categorías:

6.- Existen centros que saben por qué no tienen problemas.

5.- Existen centros que saben resolver problemas antes de que se presenten.

- 4.- Existen centros que saben organizar la corrección sistemática de los problemas.
- 3.- Existen centros que corrigen los problemas cuando se presentan.
- 2.- Existen centros que saben por qué hay problemas pero no saben resolverlos.
- 1.- Existen centros que saben que hay problemas pero no saben por qué
- 0.- Existen centros que no saben que en realidad hay problemas.

Por ello, es importante que todos los que componen la Clínica Santa Ana, estén comprometidos en pasar, del estadio en que no se es consciente de las debilidades o se resuelven una vez que se presentan, a la categoría de resolverlas antes que se presenten y, eventualmente a la fase de no tener problemas en absoluto.

Capítulo dos

Diseño metodológico

2.1 Tipo de estudio. Universo y muestra

Estudio de casos con enfoque cualitativo en Ciencias de la Salud, de tipo instrumental (Stake, 2006) donde el interés se centra en un problema conceptual o empírico más amplio que el propio caso, este tiene un interés secundario, desempeña un papel de apoyo y se dispone de varios casos para replicar, aportando a la comprensión del problema. Se considera también explicativo (Yin, 2012) por presentar datos incluidos en relaciones causales, implican descripción y explicación para llegar a emitir juicios sobre la realidad objeto de estudio. El estudio de casos es por tanto, descriptivo, heurístico e inductivo.

Universo: Pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa Ana.

Muestra: Por ser un estudio de caso con enfoque cualitativo se selecciona una muestra *a priori*. La muestra no está regida por la exigencia de generalizar los resultados sino por la necesidad que las características de los sujetos seleccionados sean apropiadas para responder las preguntas de la investigación. Los procesos de evaluación y mejora continua necesitan tiempo para los cambios por lo que no se necesitan muchos pacientes en poco tiempo, sino evaluar a profundidad los escogidos, "si no puedes aprender de un trazador, que pretendes aprender de cincuenta".

Tamaño de la muestra: Basados en la literatura se consideraron 10 casos mínimo y 15 máximo, que es consecuente con las recomendaciones de Johnson y Christensen (2007) sobre el tamaño de las muestras en estudios cualitativos basados en diseños de caso múltiple, se estudiaron 11 pacientes.. De igual forma, plantean detener la recolección cuando se considere punto de redundancia o saturación debido a que las nuevas unidades seleccionadas dejan de aportar nueva información relevante con respecto a las anteriores, lo que ocurrió a los 11 enfermos estudiados.

Tipo de muestreo: Intencionado, heterogéneo, no probabilístico por casos consecutivos. (Padua, 1994) Entre uno y dos pacientes semanales por seis semanas.

2.2 Criterios de inclusión, exclusión y salida

Inclusión: Paciente hospitalizado con diagnóstico de Enfermedad quirúrgica. (Diagnósticos de volumen alto y volumen bajo, procedimiento terapéutico de alto riesgo)

- El paciente debe estar hospitalizado como mínimo 48 horas.
- El paciente o su acompañante debe encontrarse en condiciones favorables para contestar la entrevista.
- El paciente debe recibir como mínimo un procedimiento que requiriera consentimiento informado.
- Haber sido atendido por lo menos en 3 servicios de la Clínica: Urgencias, Quirófano, Hospitalización, Laboratorio Clínico, Imágenes.
- Recolección de la información entre 24 y 48 horas previos al alta hospitalaria.

Criterios de exclusión: No aplica por ser la muestra intencionada.

Criterios de salida: Que el paciente en algún momento de la investigación retire su consentimiento informado o solicite el alta sin haber completado su tratamiento y el proceso de entrevista.

2.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos

Métodos: Múltiples. Análisis historias de caso, observación participativa y encuestas. Contrastadas mediante la triangulación (Yin, 2012)

Instrumentos: entrevista personal semiestructurada, encuestas por cuestionarios, observación directa estructurada, revisión de documentos (Historia Clínica) instrumentos basados en los de la JCI que se anexa. (Anexo A) Las preguntas que están formuladas en el instrumento son obligatorias, sin embargo pueden desencadenar otras cuestiones que el entrevistador considere o estime convenientes, como ejemplo profundizar en algún tema que crea necesario, así mismo como generar confianza y fluidez durante la conversación.

La importancia de complementar esta valoración con información cualitativa se refleja con la inclusión del cuadro de texto “comentarios” que aparece junto a todos los elementos. Estos permiten documentar la evidencia y explicar por qué se ha dado la evaluación de “no”

a un elemento medible o añadir la información que se considere relevante para desarrollar el plan de mejora de la calidad.

Validación de instrumentos: Validados en los “Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International incluyendo Hospitales Docentes” (JCI, 2014, MGH, 2019)

Procedimiento: El estudio de caso se efectuó con la revisión de los elementos identificados como medibles, en los estándares de Acreditación en Salud descritos en la operacionalización de las variables y los parámetros definidos por la JCI en la metodología trazadora (JCR, 2007; JCI, 2014; MGH, 2019) con la utilización del instrumento diseñado para ella. Se dividió el estudio en tres etapas, la entrevista al paciente o su familiar, previo consentimiento informado, la entrevista al profesional de la salud (Médico tratante, Médico residente y Licenciada en enfermería) y el trabajo de campo del investigador, para interpretar y comprender los procesos críticos que se instauran en la atención integral al enfermo quirúrgico en la Clínica.

El instrumento se aplicó por el autor, en físico y personal. Para la evaluación de la Historia Clínica se contó con la asesoría de pares expertos en auditoría de las mismas del Departamento de Calidad y Convenios, así como de especialistas en la enfermedad del paciente según el caso en particular. De igual forma para los equipos un especialista en biomedicina.

2.4 Plan de tabulación y análisis

Análisis con Enfoque Mixto: cualitativo por códigos y cuantitativo de la estadística descriptiva. Tabulación y contraste con los conceptos de la literatura. Se codificó la información y se estimaron las frecuencias de cumplimiento de los estándares para identificar nudos críticos, elaboración de resultados, conclusiones y propuestas de mejora. Cada pregunta se clasificó en si cumple o no. Se comparará el porcentaje de cumplimiento de los estándares con las referencias internacionales de la JCI para acreditación y se clasificó:

Óptimo > 90%

Aceptable >70% y < 90%

Deficiente < 70 %

En el caso de los que no cumplieron de forma óptima, se analizó mediante el diagrama de Pareto, con la relación 80:20 (el 80 Por ciento de los problemas son producidos por el 20 Por ciento de las causas) para determinar y analizar de forma más profunda las principales debilidades. Finalmente para dichas debilidades, se describen las recomendaciones y oportunidades de mejora según los estándares y las condiciones particulares de la Clínica.

2.5 Rigor y credibilidad de la investigación

Credibilidad (validez interna):

- Descripción detallada del estudio, muestra y análisis
- Triangulación de investigadores y recogida de datos
- Registro en el diario de campo
- Explicación del rol y posición del investigador

Transferibilidad (validez externa)

- Descripción detallada del estudio, muestra y análisis
- Muestreo teórico e intencional no probabilístico

Consistencia (Fiabilidad)

- Descripción detallada del estudio, muestra y análisis
- Explicación del rol y posición del investigador

Confirmabilidad (Objetividad)

- Descripción detallada del estudio y del análisis
- Transcripción textual de los datos
- Explicación de rol y posición del investigador

Control de errores y sesgos: Para asegurar que las técnicas de recolección de datos dieran datos precisos y confiables, se contrarrestaron los siguientes sesgos que podían presentarse en la recolección de la información.

Sesgos por distracción: Para evitarlo, se tuvo en cuenta cada una de las variables descritas en la tabla y se tomó de los documentos publicados por el Ministerio de Salud complementados con publicaciones sobre estrategias de despliegue que han tenido éxito en las organizaciones.

Sesgo por percepción: El equipo investigador podría tener una percepción selectiva de los criterios y no contar con todos los aspectos claves del modelo de seguridad del paciente, lo cual llevaría a que los datos incorporados no reflejaran lo esperado. Para evitarlo, el equipo investigador, al finalizar el diseño de la Lista de chequeo hizo una verificación de lo descrito frente a lo definido en la tabla de variables. Además teniendo en cuenta los estándares y las prácticas seguras.

Sesgo operacional: Se tuvo en cuenta estos procedimientos y los criterios requeridos para los formatos de registros contarán con los datos completos y comprensibles.

2.6 Ética

Este estudio se rige por la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017), en la que se exponen los principios éticos que los investigadores deben de cumplir para proteger la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialidad y los derechos de las personas que participan en el estudio. Se solicitaron los permisos a la Gerencia y Dirección Médica de la Clínica.

2.7 Definición y operacionalización de variables

Las herramientas se basan en los Estándares de Acreditación y Gestión de riesgos en salud por lo que las variables o categorías tenidas para los instrumentos de recolección de información estuvieron definidas y basadas en los subgrupos del proceso de Atención al cliente asistencial contemplados por la JCI (MGH, 2019). Las preguntas de los instrumentos (Anexo 1) corresponden a los indicadores o elementos medibles (MSP, 2016; CSG, 2018; González, 2018)

<i>Variable</i> <i>Categoría</i>	<i>o</i>	<i>Definición</i> <i>conceptual</i>	<i>u</i>	<i>Dimensión.</i> <i>Subcategorías</i>	<i>Indicador</i> <i>Estándar medible</i>	<i>o</i>	<i>Escala</i>
-------------------------------------	----------	--	----------	---	---	----------	---------------

	<i>operativa</i>			
Derechos pacientes	Conocimiento, comprensión y divulgación de los derechos de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a una atención digna • Derecho a no ser discriminado • Derecho a confidencialidad • Derecho a la información • Derecho a decidir 	<p>1. Los líderes de la organización trabajan en colaboración para respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares.</p> <p>2. La organización respeta el derecho de los pacientes y de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.</p> <p>3. Los procesos definidos por la organización respaldan los derechos de los pacientes y sus familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre derechos y deberes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • No <p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>

Seguridad del paciente	Implica el compromiso de la alta dirección con la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación • Comunicación efectiva • Seguridad proceso de medicación • Seguridad procedimientos • Reducción del riesgo de infecciones • Reducción del riesgo de caídas • Registro y análisis de eventos • Cultura de seguridad del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente en los momentos críticos. • Se implementa el proceso de escuchar -escribir- leer - confirmar. • Alerta visual y doble verificación en el proceso de medicación.. • Marca del sitio anatómico, lista de chequeo y “Time out” previo a proceder a invasivos. • Programa integral de higiene de manos. • Evaluar y registrar riesgo de caídas y barreras de seguridad, barandas bajas, mobiliario que no permite desinfección. • Carteleras desactualizadas. Colaboradores sin 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • No <p>Cualitativa Ordinal</p>
------------------------	--	--	--	---

			<p>carnet. .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación periódica. • Señal ética de desechos y residuos. 	
Acceso	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a pacientes cuya necesidad coincide con la misión y recursos de la organización. • Reducir el impacto de las barreras de acceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Se definen criterios para admitir o referir. • Atención a tiempo en urgencias. Ejecución de órdenes médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • No <p>Cualitativa Ordinal</p>
Registro e ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • La organización define un proceso para definir en qué área o servicio será admitido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso estandarizado de admisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Información y recomendaciones impartidas sobre la atención propuesta, costos, tarifas no cubiertas, resultados esperados, horarios, cuidados de pertenencias, suficientes para tomar decisiones. • Posibilidad de visita guía espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • No <p>Cualitativa Ordinal</p>
Necesidades al	Los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Los criterios tienen 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre

ingreso	son ingresados según sus necesidades de atención	base fisiológica dentro de lo posible y adecuado.	prevención y promoción <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre aislamiento, cuidados intensivos, complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas veces • No Cualitativa Ordinal
Planeación de la atención	Atención integral del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos e instrumentos implementados para prevenir riesgos. • Mecanismo para la comunicación en las transiciones. • Procesos de interconsulta y sus tiempos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratante responsable • Información sobre el plan y el tiempo de ingreso, día de salida. • Riesgos y beneficios, consentimiento informado. El médico le escucha, puede hacerle preguntas y le responde claramente. • Comprobación de alergias, indicaciones de tratamientos y procederes. Listas de chequeos. • Concordancia entre escalas de 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • No Cualitativa Ordinal

			riesgo y órdenes médicas.	
Ejecución del tratamiento	Proceso estandarizado de asistencia al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso multidisciplinario • Nutrición clínica • Identificación de abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho de segunda opinión • Adherencia a Guías de buenas prácticas. • Evolución diaria en HC, letras trastocadas, abreviaturas. • Medicamentos que le están administrando. • Lavado de manos y alcohol en el personal que le atiende. • Donde acudir si se intensifica dolor, molestias o complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • No <p>Cualitativa Ordinal</p>
Evaluación de la atención	Verificación del proceso de atención bajo estándares de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de indicadores de efectividad, seguridad, oportunidad y validez de la atención. • Comparación de 	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoría de Historias Clínicas • Encuestas de satisfacción. En general como lo han tratado. Recomendaría esta institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • No <p>Cualitativa Ordinal</p>

		estándares.	<p>Volvería a ella.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la alimentación. • Información sobre el Derecho a quejarse 	
Salida y seguimiento. Referencias y contra Referencias	Adecuada finalización del proceso de atención del paciente ya sea por egreso o remisión.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso estandarizado que guía el egreso de los pacientes y que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento. • Proceso de referencias o traslado definido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estándares de tiempo • Información relevante para la remisión o referencia. • Retro Alimentación Documentación en el expediente clínico con nota de egreso. • Instrucciones comprensibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • No <p>Cualitativa Ordinal</p>

Capítulo tres

Resultados

3.1 Características generales de los participantes en la investigación

La tabla 1 muestra la caracterización general de los participantes entrevistados, tanto pacientes como familiares y profesionales de la salud. Asimismo, de las especialidades quirúrgicas y servicios donde se atendieron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión al estudio. Aunque predominaron los departamentos de emergencia (72,7 %) y la Unidad de Cuidados Intensivos (45,4 %), todas las unidades y servicios de hospitalización de la Clínica fueron contemplados.

Tabla 1.
Características generales de los participantes en el estudio (n=11)

Variables	#	%
Grupo etario		
Adultos	9	81,8
Pediátricos	2	18,2
Sexo		
Masculinos	6	54,5
Femeninas	5	45,5
Áreas asistenciales		
Emergencia	8	72,7
Unidad de Cuidados Intensivos	5	45,4
Unidad de Neonatología	1	9,1
Quirófano	11	100
Hospitalización segundo piso	3	27,3
Hospitalización tercer piso	2	18,2
Profesional entrevistado		
Médicos Tratante	2	18,2
Médicos Residentes	6	54,5
Lic. Enfermería	3	27,3

Especialidad		
Cirugía Pediátrica	2	18,2
Cirugía General	3	27,3
Neurocirugía	3	27,3
Traumatología	2	18,2
Ginecología	1	9,0

3.2 Cumplimiento de estándares por procesos de atención

En la tabla 2 se aprecia una visión general de la distribución del cumplimiento de estándares, según los procesos asistenciales. Se destacan la falta total de cumplimiento de los evaluados en las categorías de evaluación de la atención y mejora continua (100%), así como el incumplimiento considerable en las necesidades al ingreso (45,40 %) y en la ejecución del tratamiento (40,90 %) que serán explicados particularmente en los resultados subsiguientes.

Tabla 2.

Cumplimiento de estándares en los procesos de atención asistencial

Procesos asistenciales	Cumplen	Porcentaje	No cumplen	Porcentaje	Total
Derechos pacientes	25	75,80%	8	24,20%	33
Seguridad	150	63,30%	87	36,70%	237
Acceso	44	80,00%	11	20,00%	55
Registro e Ingreso	51	92,70%	4	7,30%	55
Necesidades al ingreso	42	54,60%	35	45,40%	77
Planeación de la atención	265	83,10%	54	16,90%	319
Ejecución del tratamiento	26	59,10%	18	40,90%	44
Evaluación de la atención	0	0,00%	33	100,00%	33
Salida y seguimiento	28	84,80%	5	15,20%	33
Referencia y contra referencia	19	86,40%	3	13,60%	22
Mejora continua de la calidad	0	0,00%	11	100,00%	11

3.3 Cumplimiento de estándares en las etapas de la investigación

La tabla 3 refleja de forma evidente que solo en la etapa de entrevistas a pacientes y familiares predominaron los cumplimientos óptimos en cada uno de los estándares y subestándares (69,70 %), pues tanto en la entrevista a profesionales de la salud (68,0 %) como en el trabajo de campo (56,0 %) predominaron los resultados aceptables o deficientes en el cumplimiento. En general, solo el 50,6 % se reportó como cumplido de forma óptima.

Tabla 3.

Cumplimiento de estándares en las etapas de la investigación

Etapa	Óptimo		Aceptable		Deficiente	
	#	%	#	%	#	%
Entrevista a pacientes y familiares	23	69,70%	4	12,10%	6	18,20%
Entrevista a Profesionales de la Salud	8	32,00%	5	20,00%	12	48,00%
Trabajo de campo del investigador	11	44,00%	8	32,00%	6	24,00%
Total	42	50,60%	17	20,50%	24	28,90%

3.3.1 Entrevistas a pacientes y familiares

En la tabla 4 observamos la distribución de frecuencia de los estándares y subestándares que no fueron cumplidos según la entrevista a pacientes y familiares. Llama la atención que de los 10 ítems consultados en 11 pacientes, para un total de 110 posibles, se incumplieron 62 de ellos, lo que representa 56,36 %.

Tabla 4.

Estándares no cumplidos según la entrevista a pacientes y familiares (n=11)

Descripción	Frecuencia no cumplidos	Porcentaje
¿Conoce cuál es la ruta de evacuación de la institución ante emergencias y desastres?	11	100,00%
Le enseñaron en qué colores de tachos debe depositar los	11	100,00%

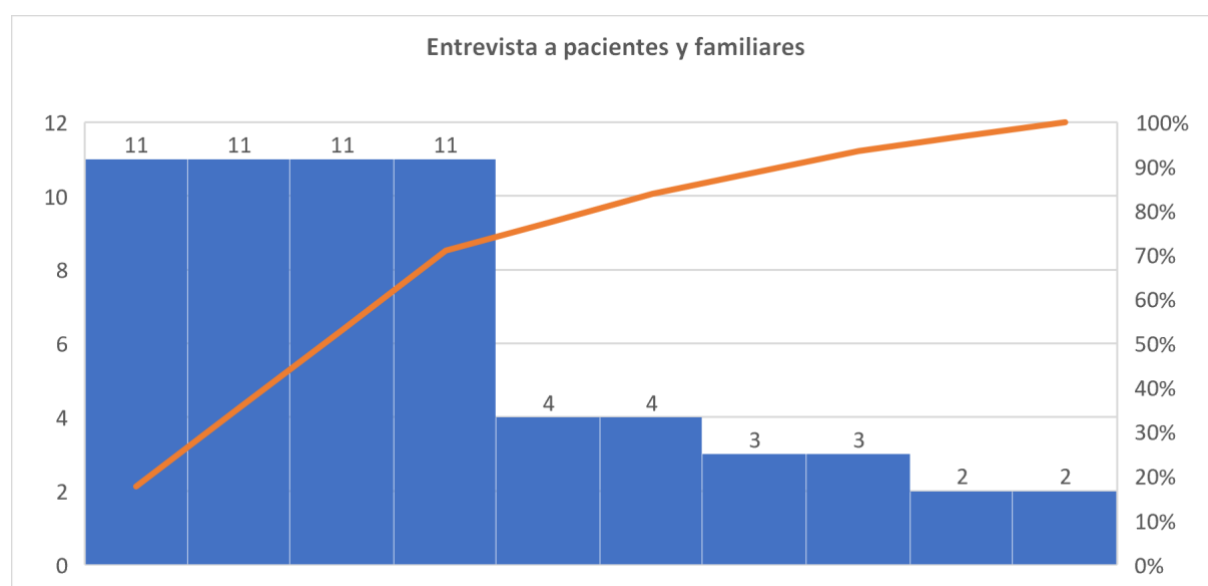
diferentes tipos de basuras o desechos?

Al ingreso le explicaron sobre riesgo de caídas?	11	100,00%
Al ingreso le preguntan sobre enfermedad mental o riesgo de suicidio? (adultos)	11	100,00%
¿El personal de la clínica le ha dado a conocer sus derechos y deberes como paciente?	4	36,40%
Su médico tratante lo visita a diario y lo examina?	4	36,40%
¿El personal de salud le solicitó el higiene o lavado de manos al visitante o familiar?	3	27,30%
Durante la atención Ud. eligió al médico de su preferencia para su consulta actual?	3	27,30%
Entendió las indicaciones médicas del uso correcto de los medicamentos prescritos?	2	18,20%
Le explicaron los resultado de los exámenes solicitados?	2	18,20%

Tomando en cuenta de que el presente estudio es el pionero dentro de una línea de investigación en la Clínica objeto de estudio, se hizo necesario distinguir entre los “pocos vitales de los muchos triviales”, para lo cual se realizó la distribución de Pareto, y con ello se seleccionaron los que serán discutidos en detalles posteriormente, según la regla del 80/20, es decir los que produjeron alrededor de esa frecuencia acumulada de resultados negativos. (Gutiérrez y de la Vara, 2016). En esta etapa tomaremos los que incumplieron el 100 % de indicadores consultados. (Figura 1)

Figura 1

Diagrama de Pareto para los estándares no cumplidos en la entrevista a pacientes



3.3.2 Entrevista a profesionales de la salud

En la tabla 5 se destaca la distribución de frecuencia de los estándares que no fueron cumplidos según la entrevista a profesionales de la salud. Se destaca que de 176 posibles en los 11 pacientes, se incumplieron 107, que representa 60,79 %.

Tabla 5.

Estándares no cumplidos según la entrevista a profesionales de la salud (n=11)

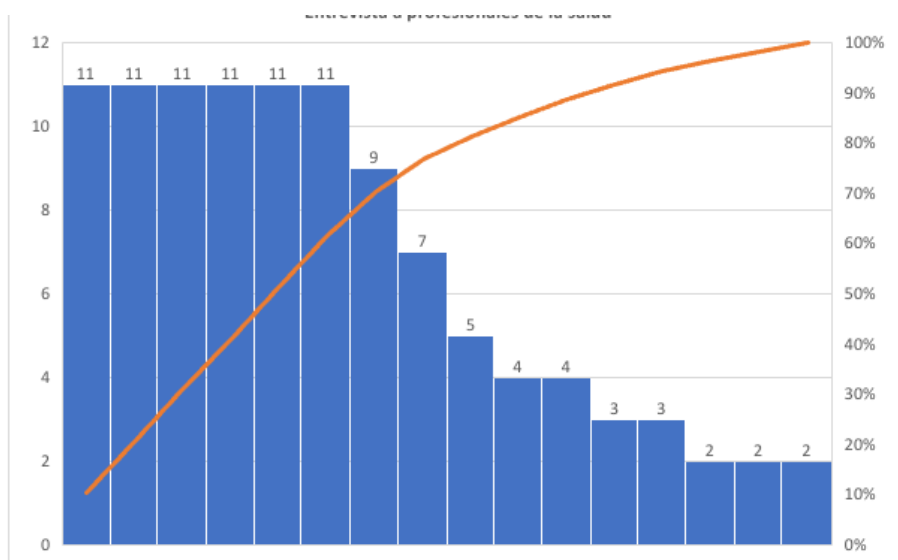
Descripción	Frecuencia no cumplidos	Porcentaje
Valora riesgos suicidio	11	100,00%
Aplica las Guía de Atención de acuerdo al diagnóstico del paciente, y ha recibido socialización y evaluación de la misma?	11	100,00%
Conoce la guía de la patología del paciente y/o los procedimientos de enfermería y sabe cómo acceder a ellos.	11	100,00%
El medico de turno aplica el proceso de auditoría de historias clínicas: SI O NO , y le retroalimentan al respecto?	11	100,00%
El medico de turno aplica el proceso de PQRS?	11	100,00%
Recibe retroalimentación respecto a PQRS ?	11	100,00%
¿Conoce y utiliza las barreras de seguridad (según protocolo de Londres) que se utilizan en este servicio para evitar eventos adversos?	9	81,80%
¿Recibe capacitaciones sobre consentimiento o disentimiento ?	7	63,60%
El tiempo utilizado en la atención del paciente para; interconsultas, servicios de apoyo diagnóstico, imágenes, laboratorio y farmacia es adecuado para las necesidades de los pacientes?	5	45,40%
Ud. como profesional de salud, da a conocer y explica los derechos y deberes a cada uno de sus pacientes?	4	36,40%
¿El personal de salud registra y reporta los eventos adversos? Describe correctamente la definición de un evento adverso, complicación e incidente?	4	36,40%
Cuando valora el paciente, verifica si tiene manilla de identificación? Describe correctamente los mecanismos de identificación del usuario, de sus muestras y de otros elementos involucrados en su atención.	3	27,30%
¿Usted conoce los prestadores externas, los servicios que ofrece y como accede el usuario a ellos?	3	27,30%

Identifica los 10 correctos para administración del medicamento en el paciente (medicamento, dosis, paciente, vía, registro correcto, preparar y administrar Ud. mismo el Medicamento, tener responsabilidad de la administración)	2	18,20%
Utiliza las medidas de prevención de úlceras por presión (cama y sillón limpios, cambios de postura, protección de prominencias Oseas, movilización precoz, cuidados de la piel, nutrición adecuada) ?	2	18,20%
Describe claramente las principales medidas para evitar las infecciones asociadas al cuidado de la salud. (cuales)	2	18,20%

Para seleccionar entre ellos los más relevantes según los postulados del principio de Pareto, es decir, pocas de las causas detectadas provocan la gran mayoría de las consecuencias importantes, se realizó de igual forma la representación gráfica del histograma y con ello se seleccionaron los que indicadores que se incumplieron entre 100 % y 63,6 % de los consultados. (Figura 2)

Figura 2

Diagrama de Pareto para los estándares no cumplidos según la entrevista a profesionales de salud



3.3.3 Trabajo de campo del investigador

En la tabla 6 se expone la distribución de frecuencia de los estándares que no fueron cumplidos según el trabajo de campo del investigador. Es de resaltar que de los 154 posibles en los 11 enfermos, no se lograron en 66, lo que significa 42.85 %.

Tabla 6.

Estándares no cumplidos según el trabajo de campo del investigador

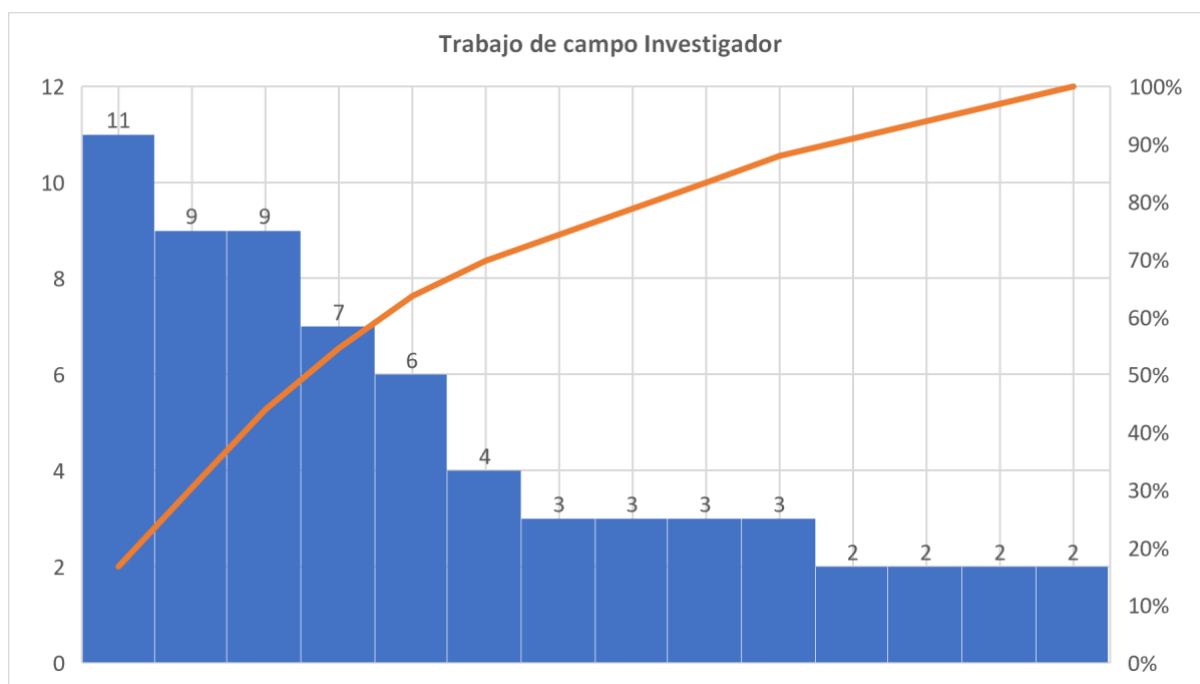
Verificar en la Historia clínica la adherencia a la Guía de práctica clínica de acuerdo al diagnóstico, evolución diaria y prescripciones actualizadas.	11	100,00%
Los recipientes para corto-punzantes (guardianes) están debidamente diligenciados y no contienen agujas reenfundadas	9	81,80%
Las neveras para el almacenamiento de insumos asistenciales están correctamente utilizadas y se lleva el control permanente de temperatura y humedad	9	81,80%
Se aplican las medidas tendientes a impedir el cruce entre los residuos, la ropa contaminada y la alimentación destinada a los pacientes	7	63,60%
El carro de paro cumple con los lineamientos necesarios para garantizar atenciones seguras	6	54,60%
¿En la historia clínica se evidencia que se han contestado interconsultas con otras especialidades distintas al profesional tratante de forma oportuna?	4	36,40%
Los recipientes para corto-punzantes (guardianes) están debidamente fijados, con rótulos	3	27,30%
Verificar en Historia Clínica si hay justificación de solicitud de exámenes	3	27,30%
Verificar la oportunidad en la profilaxis antibiótica quirúrgica	3	27,30%
Verificar en la historia clínica el registro de cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)	3	27,30%
Los equipos demuestran haber recibido mantenimiento preventivo y calibración en las fechas programadas	2	18,20%
Verificar en Historia Clínica la conciliación medicamentosa al ingreso y al egreso.	2	18,20%

Verificar la adherencia al protocolo de infecciones en la clínica (aislamiento, técnicas asépticas, uso racional de antibióticos, protocolos de desinfección, lavado de manos, higiene hospitalaria, etc.)	2	18,20%
Verificar en Historia Clínica que al egreso esté el Plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia	2	18,20%

Para escoger los más significativos, y teniendo en cuenta que el principio de Pareto no es una distribución lineal, sino que nos ayuda a tomar decisiones de lo más importantes, alrededor del 80 %, se seleccionaron los que incumplieron entre el 100 % y el 54,6 % de indicadores descritos en la tabla 6 y se representaron en la figura 3.

Figura 3

Diagrama de Pareto de estándares no cumplidos según el trabajo de campo del investigador



Capítulo cuatro

Discusión

“Lo peor, no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia...”

Santiago Ramón y Cajal (1852 - 1934)

Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906.

4.1 Características generales de la investigación

La Organización Mundial de la Salud, menciona seis dimensiones de la calidad en la atención de salud. Entre ellas, la Seguridad, definida como la reducción a un mínimo aceptable, del riesgo de daño al paciente, asociado a la asistencia sanitaria. (OMS, 2006) La atención de salud es cada vez más compleja, en procesos asistenciales que presuponen una combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones de un gran número de profesionales, técnicos, administrativos y personal de apoyo. Esto se asocia a un riesgo incremental de eventos adversos. (MSP, 2021)

En el presente estudio, los objetivos estuvieron dirigidos al desarrollo de dos de los mecanismos internos propuestos para el mejoramiento de la calidad de la atención y sobre los que se analizan y discuten los resultados: el monitoreo de los resultados de la medición periódica del cumplimiento de los estándares establecidos en las normativas vigentes para cada proceso de atención y el mejoramiento continuo, constituido por métodos y herramientas para asegurar el cumplimiento de los estándares, proponer y alcanzar de manera progresiva niveles superiores de calidad.(MSP, 2021)

Es decir, los datos que se han recuperado en la presente investigación están encaminados como proponen otros autores, a medir, si lo que se hace, se hace bien, regular o mal y en qué medida es así. Es muy importante que de ellos parta el análisis para erradicar ideas dogmáticas o empíricas de percepción que “estamos bien o siempre se ha hecho así”. Además, los datos permiten tomar decisiones en base a tendencias y anticipar los acontecimientos adversos. (CSG, 2018, MGH, 2019)

La metodología trazadora es un método más participativo que las evaluaciones tradicionales de auditoría, en el que interviene el propio personal de la Casa de Salud, de tal suerte, en esta investigación fueron entrevistados Médicos Especialistas, Subespecialistas, Residentes y Licenciadas en Enfermería. Esto constituye una de las fortalezas de la metodología empleada, ya que se logra mayor compromiso del personal de las instituciones médicas con los resultados del proceso y con las medidas correctivas que conllevan, por lo que se hace más factible dar solución a los problemas que se detectaron. (IMSS, 2011)

Hasta donde el autor conoce, no se describen en la literatura consultada el cumplimiento de estándares, de manera pormenorizada por proceso de atención en países de Latinoamérica. En un reporte de Agudelo y Forero (2013), se describen de forma general en cada uno de los cuatro pacientes estudiados. No obstante, hay que recordar que este tipo de diseños de estudios de caso, con enfoque cualitativo o mixto, no están dirigidos a extrapolar y generalizar resultados, sino a determinar las condiciones particulares de las instituciones como parte de planes de mejora continua de las mismas.

En la investigación que se presenta aquí, fueron evaluadas todas las áreas asistenciales de la Clínica, así como pacientes de todos los grupos de edad y sexo en las diferentes especialidades quirúrgicas, mediante el cumplimiento de estándares y subestándares tanto de calidad como de seguridad, desde la admisión, hospitalización, medios diagnósticos, intervenciones terapéuticas y quirúrgicas hasta el egreso, en aras de observar de forma conjunta a la Unidad.

A través de un método más colaborativo, para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar durante la supervisión, se involucraron junto al autor, el Director Médico, la Gerencia, los responsables de departamentos clínicos y de diagnóstico, un ingeniero biomédico y personal administrativo. Esto constituye otra ventaja del método trazador, la consecución de un trabajo coordinado entre las áreas normativas, el equipo de supervisión y el personal asistencial de la institución con lo que se rompen viejos paradigmas de evaluación de resultados. (IMSS, 2011)

4.2 Cumplimiento de estándares por procesos de atención

La metodología se basa en la identificación de puntos críticos, los cuales se traducen en los estándares y subestándares descritos en el instrumento aplicado, para así poder identificar el grado de cumplimiento o incumplimiento. Los puntos críticos pueden ser definidos como procesos, sistemas o estructuras dentro de la Unidad Médica en donde se encuentran puntos de vulnerabilidad durante la promoción, prevención y atención de la salud de los usuarios.(IMSS, 2011)

Los estándares y subestándares que se seleccionaron para estudiar dichos procesos, se utilizan como guía de análisis en la relación de los pacientes o sus familias con los profesionales y la Institución.(IMSS, 2011) Se considera entonces, como una importante ventaja de seguir la experiencia individual del paciente y lo que va sucediendo con él, la identificación de problemas donde se fractura el proceso asistencial, las dificultades del rendimiento en los mismos, en la comunicación o en el trayecto del usuario entre las interfaces de atención, y su repercusión en el desempeño de las funciones de la Unidad. (IMSS, 2011)

Los procesos de evaluación de la atención y de mejora continua, mostraron las mayores dificultades entre los estudiados. En el primer caso, se evidenció que los médicos de turno no aplican el proceso de auditoría de historias clínicas. Al decir de médicos residentes, consideraban que era responsabilidad del departamento de “Convenios” reduciendo el estándar al tema de costos y finanzas y olvidando el alcance de la auditoría de un instrumento fundamental en la atención clínica, como se continuará describiendo a lo largo de este informe. Como plan de mejora se puede recomendar, mensualmente, a cargo del equipo de Calidad, socializar el proceso de auditoría y desarrollar capacitaciones y actualizaciones al personal sobre cómo realizar y cuáles son los resultados de las estas evaluaciones en las historias clínicas y con ello, reforzar la adherencia a las guías de manejo clínico que deben ser implementadas.

Asimismo, se evidenció que los profesionales no aplican el proceso de Preguntas, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) La opinión general es que se desconoce

completamente los componentes y acciones de dicho programa y que en todo caso, de forma errónea, se atribuyen a funciones del equipo de “Hotelería”. De esta forma, se pasa por alto la importancia de la pesquisa y la retroalimentación en relación con la satisfacción de los usuarios. Las acciones de mejora son similares al apartado anterior, con la salvedad de que este es un proceso continuo y permanente en el tiempo y las actividades deben ser frecuentes. El estándar PFR.3, explica que el hospital “les debe informar a los pacientes y sus familias acerca de sus procesos para recibir y actuar ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión y del derecho del paciente a participar en estos procesos”.(JCI, 2001; JCI, 2014) Los pacientes tienen el derecho a presentar una queja acerca de su atención y de tener estas quejas revisadas y, cuando sea posible, resueltas.(JCI, 2014)

El segundo estándar con mayores dificultades fue el proceso de mejora continua. La totalidad de los encuestados refirieron que era responsabilidad del equipo de “Calidad” y que no conocían al respecto. Es extremadamente importante que se trabaje con todo el personal de la Clínica, y como parte de la cultura organizacional, se desarrolle el compromiso con la calidad de la atención y el conocimiento de modelos de mejoramiento continuo, que parten de identificar objetivamente la calidad real de la atención, para compararla con la deseada; lo cual se logra a través de la medición del cumplimiento de estándares por medio de indicadores o el análisis del proceso de atención y sus falencias.(IMSS, 2011)

Con base a ello, se deben desarrollar ciclos rápidos de mejora continua, que comprenden 4 pasos: Identificar, Analizar, Desarrollar y Probar e implementar. Es en este último punto donde se recomienda utilizar el ciclo PDCA (plan-do-check-act) o PHVA (planificar-hacer-verificar-actuar). El mismo fue ideado por Walter Shewhart en los años treinta y adoptado por W. Edwards Deming. El modelo puede utilizarse como punto de referencia para todo proyecto o para desarrollar proyectos específicos una vez que se han identificado las áreas que requieren mejoras. El ciclo PHVA es un modelo dinámico, el fin de una fase del conduce al inicio de la siguiente. De forma continua, el proceso siempre puede

volver a analizarse, así como ponerse en marcha una nueva prueba. (IMSS, 2011; Malagón, 2006)

Es válido reiterar el compromiso del personal directivo de la unidad sobre los hallazgos detectados y de los cuales emergen las iniciativas de mejora de la calidad, a fin de que se especifiquen los acuerdos y las responsabilidades, que incluya el calendario de la actuación y los resultados previstos.

Es posible destacar también en el análisis de los resultados de esta investigación, las dificultades en relación con la valoración de las necesidades al ingreso, particularmente en la evaluación de los riesgos de caídas y de suicidio.

El riesgo de daño por caídas se encuentra entre los centrados en el paciente, particularmente es el Objetivo 6 de los denominados internacionales para la seguridad del paciente (IPSG) y se define como: minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas (JCI, 2014). Según el informe de la OMS (2012), las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, y define el término de caída como, "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad". Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas requieren atención médica y dependencia a ésta por secuelas asociadas a la discapacidad.

En conclusión, todos los pacientes que se encuentran hospitalizados o que se atienden en un establecimiento de salud, tienen el riesgo de sufrir caídas, las mismas pueden causar eventos adversos o centinela, incrementando los costos y los días de estadía hospitalaria. "Mayores de 65 años son quienes tienen mayor riesgo de caída y muerte por esta causa". (OMS, 2012)

Como plan de mejoras, para alcanzar el objetivo es reducir los riesgos de caídas y sus efectos negativos en la seguridad del paciente la clínica se deben llevar a cabo acciones de capacitación, y protocolos que comprenden:

- a) Clasificar pacientes con riesgo de sufrir caídas según instrumento técnico.

- b) Estandarizar medidas para reducir caídas según el riesgo identificado.
- c) Programar educación para la salud a pacientes sobre la prevención de caídas.

En aras de clasificar a todos los pacientes de grupos vulnerables, se utilizan instrumentos o escalas de valoración. La Escala de caída de Morse en adultos y la Escala de valoración de riesgo de caída de MACDEMS en pacientes pediátricos son de las más utilizadas y fiables. (OMS, 2012; Morse,1997; Maureira,2010; MSP,2016)

El hospital tiene la responsabilidad de identificar las ubicaciones (como por ejemplo el departamento de fisioterapia), situaciones (como por ejemplo la llegada de pacientes en ambulancia, traslados de pacientes en sillas de ruedas, o el uso de dispositivos de elevación de pacientes), y los tipos de pacientes (como por ejemplo pacientes con problemas de movilidad o equilibrio, deficiencia visual, estado mental alterado y otros) que podrían encontrarse en riesgo alto de caídas.(JCI, 2014)

El riesgo por caídas está relacionado con el paciente, la situación y/o la ubicación. Los riesgos del paciente pueden incluir historial de caídas, uso de medicamentos, consumo de alcohol, problemas de movilidad o equilibrio, deficiencia visual, estado mental alterado y otros.(JCI, 2014). Muchos pacientes requieren una reevaluación durante su hospitalización.

Además, como parte de las medidas a adoptar y la educación, se describen con detalles las relacionadas con el equipo de salud, el mobiliario, los cuidadores, los niños, y los establecimientos en el *Manual de Seguridad del Paciente-Usuario* (MSP, 2016). Es de capital relevancia brindar capacitaciones y educación continua en seguridad de los pacientes a la gerencia, dirección, subdirección, personal, proveedores de servicios y todos aquellos relacionados directa o indirectamente con lo cuidados de la salud dentro del establecimiento, así como, educar al paciente, la familia y las personas relacionadas con el cuidado de su salud.(MSP, 2016)

El Estándar AOP.1.1 define que la “evaluación inicial de cada paciente incluye una evaluación de factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, e incluye un examen físico y una historia clínica”.(JCI, 2011; JCI,2014) Esto tiene especial importancia para el riesgo de suicidio. En el capítulo sobre “Mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes

(QPS)” de los Estándares de acreditación para hospitales de la Joint Commission International (JCI, 2014) se describe como parte de los eventos centinelas la ocurrencia de suicidio. Un evento centinela es un incidente imprevisto que involucra la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves. En este estudio se demostró la falta de evaluación del riesgo de este tipo de eventos. Cuando el análisis de los datos revela que las mejoras en los sistemas pueden prevenir o reducir el riesgo de ocurrencia de dichos eventos centinela, el hospital debe rediseñar los procesos y tomar las medidas apropiadas para hacerlo.(JCI, 2014)

Por otra parte, los estándares en relación con el proceso de ejecución del tratamiento, también mostraron bajos porcentajes de cumplimiento, en especial el relacionado con comprobar en la ficha clínica la adherencia a la Guía de práctica clínica de acuerdo al diagnóstico, evolución diaria y prescripciones actualizadas. Alrededor del mundo, los sistemas de salud están reconociendo la necesidad de mejorar la calidad de la atención, para ello, están adoptando guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, para salvaguardar la seguridad del paciente. (OMS, 2016) En la clínica objeto de estudio, no se disponen de Guías de Práctica Clínica de las enfermedades más frecuentes que se atienden en ella. Los estándares de la JCI (2014) relacionados con el Órgano de gobierno, liderazgo y dirección (GLD), específicamente sobre la Dirección de departamentos y gestión del Hospital, en su estándar 11.2 define: “Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica. Los objetivos incluyen la estandarización de los procesos de atención clínica, reducción de riesgos dentro de los procesos de atención, especialmente aquellos relacionados con los pasos de decisiones críticas! prestación de atención clínica en una manera oportuna y eficaz usando eficientemente los recursos, prestar de manera constante atención de alta calidad utilizando prácticas basadas en la evidencia”.(JCI, 2014)

“Los hospitales usan una gama de herramientas para alcanzar estos y otros objetivos. Por ejemplo, los facultativos buscan desarrollar procesos de atención clínica y tomar decisiones basadas en la mejor evidencia científica disponible. Las guías de práctica clínica

son herramientas útiles en este esfuerzo por entender y aplicar la mejor explicación científica a un diagnóstico o afección en particular.” (JCI, 2014) El hospital utiliza guías de práctica clínica que han sido revisadas y aprobadas por autoridades pertinentes; una asociación o un consejo profesional o una organización internacional que cataloga las directrices aprobadas. Si las mismas se crearon en el hospital, deben someterse a una institución autorizada para la aprobación. (JCI, 2014)

Por ello, como mejora continua deberían las guías de práctica clínica estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Una actividad clínica tan importante como el diseño, es la verificación de la adherencia en la implementación. Frecuentemente las guías de práctica clínica son documentos voluminosos que pocos consultan, una estrategia sugerida es convertirlas en listas de chequeo. De esta manera, se convierte en una sola hoja con algunos ítems fácilmente verificables que los profesionales consideran como infaltables.

4.3 Cumplimiento de estándares en las etapas de la investigación

Se conoce que los trazadores pueden ser de gestión, de pacientes, sistemas o mixtos. En esta investigación se empleó un enfoque mixto, para complementar la experiencia del paciente, con una visión sistémica, empleando los trazadores de sistemas: Manejo de medicamentos, Control de infecciones, Uso de la Información y Administración y Seguridad de las Instalaciones. (IMSS, 2011) Las ventajas consisten en obtener una visión real, que permita detectar puntos críticos en los procesos a través de compartir diferentes puntos de vista por los integrantes de cada componente, además de que permiten que la Unidad Médica pueda reflejarse como un sistema y no como partes individuales dentro del proceso. Estos trazadores mixtos son recomendables cuando además de supervisar se planea capacitar al personal, como en esta investigación. (IMSS, 2011)

Las instituciones de salud que adoptan una cultura de mejora continua de la calidad y la seguridad se preocupan más por su potencial de mejora y abarcan desde los procesos de gestión administrativos hasta las consultas de satisfacción de los usuarios en las diferentes etapas de las investigaciones al respecto. Para tal objetivo es necesario disponer de

información sobre el rendimiento. Sin datos fidedignos, medidos a través de estándares o indicadores, no se puede recomendar ninguna dirección a seguir en materia de mejora de la calidad y la seguridad.(IMSS,2011)

Las fuentes de información constituyen las etapas de este estudio, entrevistas a familiares o pacientes, al personal de la salud y la revisión documental, en especial de la Historia clínica y que se desglosan a continuación para su discusión, en los estándares de cada etapa en particular. Es muy importante que los expedientes clínicos se seleccionen de acuerdo a su vulnerabilidad, los padecimientos más frecuentes que se atienden en la Institución Médica, mayor estadía, pacientes con reingresos o con múltiples consultas o interconsultas y que asimismo, hayan requerido la atención de varios Servicios o Departamentos. En esta investigación el análisis previo con Dirección Médica se encontró que los pacientes quirúrgicos que se atienden en la Clínica Santa Ana cumplían con esos requisitos y debería mantenerse como evaluación en investigaciones futuras.

4.3.1 Entrevistas a pacientes y familiares

La experiencia demuestra que la supervisión y la participación de los derechohabientes contribuye a cumplir los objetivos de calidad y seguridad en muchos aspectos, como por ejemplo cuando se realizan campañas que movilizan para proporcionar un cuidado seguro a través de acciones simples como decirles a los usuarios: "Adelante, pregunte si me lave las manos". Se trata de una forma fácil para realizar cambios en el comportamiento personal eliminando temores a las vigilancias convencionales y estimulando el cumplimiento de los estándares. (IMSS, 2011)

Los datos recogidos en la presente investigación muestra el incumplimiento absoluto de cuatro estándares en esta fase, dos de ellos que tratan sobre la evaluación de riesgos de caídas y de suicidio ya fueron comentados previamente. A ellos se suman, el desconocimiento de las rutas de evacuación en caso de emergencia y desastres, y la falta de explicación sobre los colores de los techos de basura o desechos. También se comentará en este análisis sobre las oportunidades de mejora en relación con los derechos de los pacientes.

Todo el personal de la institución, pacientes o visitantes deben de conocer cuáles son las rutas de evacuación. Es de capital relevancia capacitar y evaluar pre y post actividad a todos, así como realizar simulacros de emergencia y desastres cada 4 meses al menos. El Estándar FMS.7 establece que los programas de “El hospital establece e implementa un programas de prevención, detección temprana, contención, reducción y evacuación segura ante incendios y otras emergencias. (JCI, 2014)

En el capítulo Administración y Seguridad de Instalaciones (FMS) de los estándares de la JCI (2014), el Estándar FMS.4 sobre Seguridad y protección indica que: “el hospital planifica e implementa un programa para proporcionar instalaciones físicas seguras mediante evaluación y planificación, con el fin de reducir riesgos”. Por ejemplo, obras de construcción y renovación representan riesgos adicionales para la seguridad de los pacientes, familiares, visitantes y personal; e incluyen el riesgo relacionado con control de infecciones, ventilación, flujo vehicular, basura/desechos y otros riesgos.(JCI, 2014)

De forma similar, los capítulos “Prevención y control de infecciones (PCI)” y de “Evaluación” de los pacientes (AOP)” hacen referencia explícita al tema de los desechos. No solo es importante que departamentos como el Laboratorio implementen medidas para reducir el riesgo de infecciones y accidentes por desechos peligrosos, sino concientizar a los pacientes que los hospitales producen una cantidad considerable de residuos todos los días. Con frecuencia los desechos son o pueden ser infecciosos. Por tanto, la eliminación adecuada de desechos contribuye a la reducción del riesgo de infección en el hospital, esto incluye la eliminación de fluidos corporales y materiales contaminados con fluidos corporales, la eliminación de sangre y componentes de la sangre. (JCI, 2014) es parte de las mejoras continuas que todo el personal de la institución debe ser capacitado y asimismo, capacitar de forma continua sobre disposición de residuos y explicación al usuario y acompañante del significado de los colores en la señalética de los colores de los depósitos. De los comentarios recogidos entre los residentes y enfermeros, con fines de mejora continua, se desprenden importantes oportunidades en esta etapa, particularmente en los derechos y deberes de los pacientes, pues no existe total conocimiento del abanico de

categorías que incluye y deben ser capacitados al respecto. El hospital tiene la responsabilidad de brindar procesos que apoyen los derechos de los pacientes y sus familias en relación con información relacionada a la atención, información compartida a familiares, barreras de idiomas, culturales, de valores, religiosos, privacidad, protección física, protección de bienes personales, segunda opinión , decisiones al final de la vida, entre otros.

En la población que se atiende en la clínica se destacan personas extranjeras y enfermos de la tercera edad que se le hace difícil la comprensión y la comunicación efectiva con el personal de salud. Es frecuente que las instrucciones de los profesionales a los pacientes sean entendidas parcialmente, con resultados a veces nefastos para los resultados esperados. Existen reportes en los que la apropiación de información por parte de paciente con un alto nivel sociocultural no supera el 60%. En ese sentido, los líderes del departamento deben desarrollar e implementar procesos para resolver o limitar las barreras de los pacientes que buscan atención y con ello, disminuir su impacto en un idioma que el paciente pueda comprender como estipula el estándar PFR.4. (JCI, 2014; Luengas, 2009) La técnica de “teach back” es un método efectivo para asegurarse de que los pacientes entiendan lo que el médico les ha dicho. Comprende el pedir a los pacientes que expliquen o demuestren lo que les acaban de decir. Así mismo, se cuenta con la técnica de Ask me 3 questions (tres preguntas), un programa muy efectivo al respecto. (Weiss B, 2003)

Finalmente en este acapite, los comentarios del personal de la salud y de familiares, dejan constancia de que se cumple la visita diarias del médico tratante, sin embargo la mayor concentración llega a estar en la revisión de complementarios diagnósticos y medidas terapéuticas por sobre el examen físico que se ve relegado al accionar de los residentes.

4.3.2 Entrevista a profesionales de la salud

En seis estándares no hubo ningún cumplimiento, los cuales ya fueron comentados antes, valoración de riesgos de suicidios, aplicación de guías de práctica clínica, auditorías de historias clínicas por el médico tratante y lo relacionado a procesos PQRS. De acuerdo al principio de Pareto en el análisis de estos resultados, el desconocimiento de las barreras de

seguridad según el Protocolo de Londres y la ausencia de capacitaciones en relación con el consentimiento y disentimiento informado, son también relevantes en la frecuencia acumulada de no cumplimientos.

En los sistemas de gestión de eventos adversos, según el MSP del Ecuador, se recomienda utilizar alguna de las herramientas metodológicas de análisis causa-raíz como por ejemplo el Protocolo de Londres, cuya finalidad es investigar cuáles fueron las causas subyacentes al evento para implantar barreras de seguridad, entre otras.(Taylor-Adams, 2004; MSP, 2016)

Todo el personal que tenga contacto con el paciente debe tener conocimiento de las barreras de seguridad y recibir capacitaciones al respecto. Este sistema de Londres, involucra todos los niveles de la organización mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico multicausal para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí. (Luengas, 2009)

Las barreras de seguridad se diseñan siguiendo el protocolo de Londres, para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras, y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión. (Luengas, 2009)

Lo primero es la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que ejecutaron la tarea. Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. (Luengas, 2009; MSP, 2016)

Luego hay que considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones predisponentes relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala planeación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos. (Luengas, 2009)

En la práctica diaria, las fallas activas son debidas a olvidos, descuidos, equivocaciones y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”. (Luengas, 2009)

La relevancia del Protocolo de Londres estriba en la búsqueda de factores contributivos y de factores organizacionales, mientras que el modelo causal pone en evidencia que la sola identificación del error está lejos de ser una investigación exhaustiva, induce a identificar al culpable y tiene poca probabilidad de identificar la causa y menos aún de intervenirla. “Nunca será excesiva la insistencia en que la búsqueda de culpables conduce a perpetuar los errores, mientras que la búsqueda de causas conduce a prevenirlos.” (Luengas, 2009)

Para la mejora continua se debe ser realista en las recomendaciones con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. Se promueve así la cultura de seguridad, pues al ver que el proceso conduce a mejoramientos, el personal entiende su importancia y se apropia de él. (Luengas, 2009)

Con el objetivo de diseñar las barreras de seguridad, se emplea también la herramienta denominada 5W1H (What, Who, When, Where, Why, How), que a partir de las causas pretende definir cuál es la intervención que se va a implementar (qué), quién es responsable (quién), en qué momento o cuál es la fecha final (cuándo), el lugar (dónde), cuál es el propósito (por qué) y la descripción en detalle de la acción (cómo). Una vez más debe notarse que el objetivo es bloquear la causa, de manera que las intervenciones no buscan corregir los eventos, sino sus causas. (Luenga, 2009)

En relación con las capacitaciones sobre el consentimiento informado, debe resaltarse que desde el 2013, El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, adoptó como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras el Manual de Normas Internacionales de la OMS, considerando el consentimiento para la cirugía, la anestesia y las transfusiones de hemoderivados. (MSP, 2016a; MSP, 2016b; OMS, 2008)

El consentimiento informado “Es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una

persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. En caso de menores de edad o personas incapaces quien otorgue el consentimiento será su representante legal. El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene” (MSP, 2016b; MSP, 2013b).

El estándar PFR.5.1 describe que se deben formar a determinados miembros del personal para informar a los pacientes y para obtener y documentar el consentimiento del paciente. El estándar ASC.3 aclara que una persona (profesional) capacitada imparte la educación sobre el consentimiento informado a pacientes y familiares para la toma de decisiones en el proceso de la atención. (JCI, 2014) La información para la que deben estar preparados los profesionales incluye, en el caso de cirugías: riesgos del procedimiento, los beneficios, complicaciones potenciales! las opciones quirúrgicas y no quirúrgicas (alternativas) y cuando existe la posibilidad de transfusiones de hemoderivados, los riesgos y alternativas a las mismas.(JCI, 2014)

En los casos de Hospitales docentes o que realicen investigaciones como la presente, se necesita estar preparados para ofrecer información clara sobre la investigación, la duración de la participación, y los procedimientos que deben seguir los enfermos, que incluya además (JCI, 2014):

- ✓ los beneficios esperados
- ✓ las molestias y riesgos potenciales
- ✓ los tratamientos y procedimientos alternativos que también podrían ser beneficiosos
- ✓ la medida en que se mantendrá la confidencialidad de las historias clínicas
- ✓ la compensación o los tratamientos médicos disponibles si hubiera lesión
- ✓ una declaración de que la participación es voluntaria
- ✓ la seguridad de que negarse a participar o retirarse de la participación no comprometerá su atención el acceso a los servicios del hospital

- ✓ a quién contactar si tiene preguntas acerca de la investigación.

4.3.3 Trabajo de campo del investigador

El trabajo de campo conjunto es de suma importancia en la metodología trazadora. Entre los trazadores básicos están los epidemiológicos, manejo de medicamentos, procedimientos invasivos, con la ventaja adicional de brindar la asesoría inmediata al personal operativo y al directivo, así como compartir las mejores prácticas basadas en la evidencia actual.

En este grupo de estándares se reitera el incumplimiento sobre las guías de práctica clínicas ya comentado. Se suman además, con importantes porcentajes de no cumplimiento los relacionados con los recipientes para corto-punzantes, que contenían una considerable cantidad de agujas reenfundadas y no estaban fijos en ocasiones, con frascos recolectores adaptados en lugar de guardianes sin cumplir las normas técnicas. Por otra parte, se constató que las neveras para medicamentos no cuentan con control permanente de temperatura y humedad; no existen carros de paro en todas las unidades de hospitalización, solo en la UCI y Neonatología, y finalmente, no se cumplen los lineamientos necesarios para impedir el cruce entre ropa sucia y la ropa limpia o la alimentación de los pacientes, por condiciones estructurales de una única puerta en la UCI y en el uso de ascensores.

Entre las prácticas seguras técnico asistenciales, descritas en el Manual de Seguridad (MSP,2016) se describen las “Prácticas seguras en el procedimiento de colocación de inyecciones”. Junto a los “correctos” no garantizan que los errores no se produzcan, pero ayudan a mejorar la seguridad y la calidad de la atención. Entre estas prácticas se encuentran las que resaltan la necesidad del manejo adecuado de cortopunzantes:

- Cumplir con las normas de bioseguridad. (Por ejemplo: mantener asepsia y antisepsia al preparar y administrar los medicamentos, manejo de desechos corto punzantes).

- Capacitar a los profesionales de la salud, sobre el uso seguro de las jeringas, almacenamiento, descarte y disposición final de los residuos corto punzantes.

Los estándares de la JCI, en el capítulo de prevención y control de infecciones, el PCI.7.3 declara: “El hospital implementa prácticas para el manejo y eliminación segura de objetos punzantes y agujas.” (JCI, 2014) Uno de los peligros de las lesiones es la posible transmisión de enfermedades que se transmiten por la sangre. Se recomienda como medidas de mejora, entonces, identificar e implementar prácticas basadas en la evidencia para reducir el riesgo de lesión de objetos punzantes al mínimo. Se necesita darle al personal educación relacionada con este reto de seguridad y los recursos necesarios para ello. Es imprescindible el uso de recipientes que puedan cerrarse adecuadamente, que no puedan punzarse o perforarse y a prueba de derrames en los lados y el fondo. Los recipientes deben estar fijos, fácilmente accesibles y no deben sobrellenarse ni reusarse. (JCI, 2014, MSP 2016a, IMSS, 2011)

En los enfoque de Prevención y Control de Infecciones (PCI), el estándar PCI.9, define que el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los servicios prioritarios, contribuyen con la disminución del riesgo de infecciones. Dentro de esta área de enfoque se incluyen el control de la temperatura y los termostatos en unidades de refrigeración, entre otros.(CSG, 2018) Esta revisión cobra especial interés en la preservación de medicamentos e insumos que de no lograrse de forma adecuada, suponen un riesgo importante a la salud.

Dentro del Capítulo de atención a los pacientes, particularmente el objetivo de Atención médica de pacientes de alto riesgo y prestación de servicios de alto riesgo, el estándar Estándar COP.3.2 explica que los servicios de resucitación deben disponibles en todo el hospital. (JCI, 2014) “Los servicios de resucitación se pueden definir como intervenciones clínicas para la atención sanitaria de emergencia de pacientes que experimentan un evento crítico que pone en riesgo su vida, por ejemplo, un paro respiratorio o cardíaco”. (JCI, 2014) El inicio inmediato de maniobras de masaje cardíaco o soporte

ventilatorio puede significar la diferencia entre la vida y la muerte y tan importante como eso, contribuir a evitar un daño cerebral grave.

Es por ello que en consideración a los hallazgos sobre los “carros o coches de paro” en la Clínica, debemos remarcar que la resucitación exitosa depende de intervenciones de importancia crítica el soporte vital avanzado, los cuales deben estar disponibles para todos los pacientes, las 24 horas del día, todos los días. De lo que se desprende para un plan de mejora de la Atención que la medicación necesaria para dicha resucitación, basada en la evidencia clínica más reciente y en las características de la población asistida, se encuentre rápidamente disponibles en todas las áreas que prestan tratamiento y servicios diagnósticos, incluyendo las que se encuentren en edificios independientes dentro del complejo del hospital. (JCI, 2014; CSG, 2018)

Los principios de prevención y control de infecciones se aplican al manejo de lavandería y blancos, incluyendo el transporte, la limpieza y el almacenamiento. Como se conoce, la eliminación de residuos infecciosos y fluidos corporales se maneja para minimizar el riesgo de transmisión de infecciones. Estas acciones son parte del objetivo de intención de la vigilancia epidemiológica dentro de los trazadores mixtos, que destacan la importancia de la clasificación, separación y almacenamiento temporal de los residuos peligrosos biológicos infecciosos, cumplimiento de la limpieza rutinaria en áreas de contacto con pacientes y familiares y limpieza exhaustiva en las áreas críticas. (IMSS, 2011)

4.4.4 Comentarios en las entrevistas semiestructuradas

La presente investigación está lejos de abarcar todo el alcance de la Metodología trazadora, lo que se constituye en una línea de investigación y procesos de gestión de la calidad y mejora continua, pero no deja de ser una limitación a este trabajo. No se han tocado trazadores de gestión, administrativos, de enfermedades, y de otros procesos que la harían excesivamente extensas y que quedan para en futuros estudios seguir profundizando al respecto con nuevos elementos medibles para estándares y subestándares de evaluación.

Se ha hecho énfasis en las principales causas de incumplimientos de estándares para lograr por ejemplo, un estadio que coloque a la clínica en capacidad de pasar un sistema de acreditación hospitalaria, sin embargo, eso no quiere decir que por ser menos frecuentes, el resto de los incumplimientos son menos importantes, sino que deben ser estudiados de forma exhaustiva en un segundo momento.

Por ahora se añadirán unas breves consideraciones al cuadro de “comentarios” colocado en el instrumento evaluados. Mientras las evaluaciones de auditorías externas terminan al alcanzar un determinado nivel de cumplimiento, en el caso de la metodología trazadora, se considera más importante descubrir de qué forma puede seguir mejorándose la seguridad y la calidad, por lo tanto la información cualitativa que recogen los cuadros de comentarios en las entrevistas realizadas contribuye a este objetivo.

Algunos aportes o apreciaciones durante la entrevista han sido ya analizados en párrafos anteriores. Sin embargo, no se quiere dejar de mencionar otros como por ejemplo, la respuesta a la pregunta sobre la preocupación del personal de la salud en relación con el dolor de los pacientes mayormente fue respondida como afirmativa de cumplimiento. No obstante, llama la atención los comentarios al mismo en pacientes admitidos en la UCI, no solo por el dolor mismo, sino por su efecto psicológico y las alteraciones del sueño que se producen. Debido a la restricción o supresión de visitas, aislado del medio familiar sin recibir uno de los apoyos emocionales más importantes. Los equipos médicos, con sus tubos, cables, luces y alarmas, crean un ambiente particular que induce mayor ansiedad. Además hay movimiento inusitado de médicos y enfermeras, órdenes a voz alta, apuros, equipos y aparatos que se movilizan, resucitadores que se ponen en marcha y camillas en que ingresan pacientes críticos. (Marcano et al., 2011) Cuando la respuesta a preguntas como ¿El dolor le impide dormir a la noche? O ¿El dolor le impide participar en ciertas actividades?, es afirmativa, indican la necesidad de una evaluación más exhaustiva del dolor del paciente y tomar medidas de manera individualizada? (IMSS, 2011, JCI, 2014)

En los procesos de Planeación de la atención y de Derechos de los pacientes, fue comentado que los Médicos Residentes se dedican más a trámites administrativos o seguir

indicaciones de tratantes que a explicarle los deberes y derechos a los pacientes, con todo el alcance que ello conlleva como fue explicado anteriormente. Asimismo, se explica en detalles el proceso terapéutico que se necesita, pero muy poco el resultado de medios diagnósticos.

En el importante tema de seguridad, un solo incumplimiento puede llegar a ser de capital relevancia, por ejemplo, le han manifestado al autor que reportan los eventos adversos, pero que se focalizan en los de hemoderivados, sin conocer con exactitud el proceso, el análisis que debe llevarse a cabo y la retroalimentación al respecto como trazan los objetivos internacionales para la seguridad del paciente. Los entrevistados responden de manera incompleta los 10 correctos de la administración de medicamentos, refieren que no siempre hay barandas de seguridad o no funcionan adecuadamente, la prevención de úlceras por presión se llevó a cabo como si fuera exclusivo de la UCI. La prevención de infecciones parece estar circunscrita según las respuestas al lavado de manos y el Hospital no cuenta con una lista de medicamentos de alto riesgo o con nombres similares prestos a confundirse.

Por último, uno de los errores que puede tener nefastas consecuencias en la ocurrencia de eventos adversos y centinelas grave es cuando se omite verificar la manilla, en ocasiones por accesos venosos o férulas se retira la misma. Incluso se ha contestado que “en la Neonatología, se puede colocar en la cuna en lugar de al bebe”. En los objetivos internacionales para la seguridad, el IPSPG.1 se define que el hospital debe implementar un proceso para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes. (JCI, 2014)

Los errores de paciente incorrecto son frecuentes en cada uno de los aspectos del diagnóstico y el tratamiento. Por tal razón, es necesario que se fomente en la Clínica la cultura de seguridad de que el proceso de identificación, requiere de al menos dos maneras, como el nombre del paciente, número de identificación, fecha de nacimiento, un brazalete con código de barras, etc. El brazalete de identificación no es el único identificador del paciente, por lo que se debe realizar en todos los casos la verificación cruzada. No es posible usar el número de habitación o ubicación del paciente para su identificación como

se emplea a diario por todo el personal médico y paramédico. (JCI, 2014; IMSS, 2011; MSP, 2016a; CSG, 2018)

Se necesitan dos identificadores distintos para cualquier circunstancia que involucre intervenciones de pacientes. Por ejemplo, tratamientos (medicamentos, sangre o productos sanguíneos o radioterapia), procedimientos (colocación de una vía intravenosa o hemodiálisis) y procedimientos diagnósticos (extracción de sangre y otras muestras, cateterismos cardíacos o diagnósticos radiológicos).(JCI, 2014)

Finalmente, se puede comprender que todas estas sugerencias de mejoras forman parte de la cultura de seguridad que debe desarrollar el liderazgo de la Clínica Santa Ana e involucrar a todos sus trabajadores y pacientes. “Entre los beneficios de una cultura justa están el impacto positivo en el funcionamiento de la organización; la transición desde el análisis de fallos a la mejora continua (dado que la perfección no es posible); el que el personal está informado sobre qué puede ir mal y qué ha ido mal; la disminución de la recurrencia y gravedad como consecuencia del aprendizaje; la reducción del daño y de los impactos negativos en el paciente por la prevención y la comunicación; el descenso del estrés, la culpabilidad y la falta de confianza del personal al ocurrir menos eventos adversos.” (Luengas, 2009)

Para lograr estos objetivos, se han descritos herramientas como las rondas y las sesiones breves de seguridad. Las sesiones breves de seguridad se realizan en las unidades asistenciales: pisos, unidades de cuidado intensivo, farmacia, laboratorio, radiología, etc y consisten en conversar cinco minutos, unas tres veces por semana (principio y final de turno), para discutir temas relacionados con la seguridad.

Todos deben entender que el propósito es generar conciencia, nunca criticar el desempeño ni, mucho menos de manera punitiva. Es muy relevante que se implementen cambios basados en estas herramientas para que los asistentes interioricen su utilidad.

Conclusiones

La calidad y seguridad en la atención de los pacientes constituyen una obligación técnica y ética de profesionales e instituciones. No se puede hablar de calidad sin centrarse en la dimensión de la seguridad del usuario.

Una vez evaluados los procesos críticos de la atención asistencial integral al paciente mediante el instrumento del paciente trazador, para la mejora continua de la atención a pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa Ana, se puede concluir que la Metodología trazadora, es dinámica, flexible y alineada a los estándares homologados por la Joint Commission International, centrados en el usuario. En este sentido, el trazador mixto que se ha empleado, implica centrarse en la prevención, la identificación y la mitigación de los riesgos del paciente.

Las dificultades en los procesos de atención clínica y las recomendaciones de mejora basadas en estándares que se hacen en este trabajo, implica que el diseño de planes y barreras de seguridad debe evitar colapsar la rutina diaria de manejo de pacientes. El esfuerzo en identificar con precisión los eventos más críticos y los errores que con mayor influencia pueden causarlos, en busca de la efectividad de las barreras diseñadas.

La estrategia de disparar sin un blanco claro y definido, tiene muy poca probabilidad de fructificar. Mucho más efectiva es una estrategia de Pareto, como la que se ha empleado en esta investigación, en un esfuerzo concentrado en los errores de mayor relevancia. Puede incluso, llegar a ser desestimulante si los logros atañen a enfermedades de menor relevancia para los resultados institucionales y más aún, para la población atendida.

El primer paso en la cultura de seguridad es el análisis de la calidad de la atención a partir de los resultados obtenidos en la dimensión de seguridad. En la Clínica Santa Ana los procesos asistenciales de evaluación de la atención, mejora continua de la calidad, necesidades al ingreso y ejecución del tratamiento mostraron los mayores porcentajes de incumplimientos en los estándares.

La segunda característica es la focalización del problema, de forma precisa. Resulta poco viable mejorar todas las enfermedades clínicas o procedimientos quirúrgicos de una

institución a la vez. Esta investigación se centró en los pacientes quirúrgicos, entre los cuales, los más frecuentes evaluados fueron los adultos, masculinos, que ingresaron desde emergencia a quirófano y requirieron admisión en la UCI durante el postoperatorio de las especialidades de Cirugía General y Neurocirugía.

La tercera característica es la identificación de problemas o procesos de especial relevancia institucional o poblacional. Durante las tres fases de la investigación se definieron los nudos críticos con mayores riesgos de eventos adversos y a su vez de posibles acciones de mejoras continuas. Entre ellos, dentro de los Derechos de los Pacientes, los estándares menos cumplidos están en relación con la información sobre rutas de evacuación, eliminación de desechos peligrosos, procesos para emitir quejas, conflictos y diferencias de opinión, así como la retroalimentación al respecto.

Dentro de los objetivos internacionales para la seguridad del paciente se destaca la ausencia de cumplimiento en la evaluación del riesgo de caídas y de suicidio como parte de las necesidades al ingreso.

Los estándares sobre gobierno y liderazgo, específicamente en la dirección y gestión, comprende la implementación de guías de práctica clínica y las auditorías a las historias clínicas, lo que no se cumple hasta ahora en la Clínica que se estudió y constituye una oportunidad importante de desarrollarlas, ponerlas a disposición, de forma ágil y planificar su reevaluación periódica.

En esta investigación se demostraron importantes falencias en el proceso de mejora continua, con desconocimiento de sus objetivos y pasos. Toda institución de salud debe trabajar en cada servicio y personas que conforman la institución, dando claridad sobre lo que se es y lo que se quiere ser, con el único fin de la excelencia.

No se cumplió en ningún caso el estándar de conocer o aplicar las barreras de seguridad según el Protocolo de Londres. La relevancia de este instrumento estriba en definir factores contributivos y organizacionales para los efectos adversos en un ambiente donde los errores no se personalizan, por el contrario, se facilita el análisis de procesos, las fallas de los sistemas y se demuestra la responsabilidad y confiabilidad de la institución.

La creación de barreras de seguridad se basa en un enfoque sistémico que abarca al individuo y al sistema, acercarse a qué estuvo mal es entender que es posible mejorar, aprender lecciones y prevenir su recurrencia. En relación con el sistema, se demostraron dificultades en el control permanente de la temperatura y humedad de las refrigeradoras de medicamentos, problemas en los flujos de ropas y desechos, así como la disponibilidad de los carros o coches de paro.

La capacitación al personal de salud en temas de calidad es vital para prestar un servicio de atención completa. Es probablemente, la más importante recomendación de seguridad que hace el autor a la gerencia y administración de la casa de salud. Se demostraron importantes dificultades en la capacitación sobre consentimiento informado, derechos de los pacientes, disposición final de objetos y materiales peligrosos, los correctos de administración de medicamentos, el reporte de los eventos adversos diferentes a las transfusiones sanguíneas, la profilaxis de úlceras de presión, así como la prevención de infecciones más allá del lavado de manos.

Una manera de fomentar la educación es permitir al personal asistencial interesado, en participar en proyectos de investigación como el actual, y los que de él se deriven, utilizando diferentes herramientas, ya sea la metodología de Paciente Trazador o sus similares en la evaluación de la gestión clínica.

Recomendaciones

Se recomienda la revisión y actualización de los estándares como parte de la gestión de procesos de mejora continua cada 2 años, cuando existan cambios a nivel nacional o internacional de la evidencia científica o por nuevas necesidades institucionales.

El desarrollo de programas de seguridad del paciente conlleva políticas institucionales que asignen recursos para nuevas tecnología de la información, en la adquisición y entrega de insumos, gestión del talento humano institucional, etc, por tanto se recomienda tomar en cuenta estas consideraciones a la hora de establecer presupuestos en la Clínica Santa Ana. Es muy importante que el personal de salud conozca la importancia de realizar este tipo de trabajos que aportan gran información sobre la atención prestada y conocer objetivamente cual es la percepción que tiene el usuario, por lo que se recomienda que se continúe esta línea de investigación y se introduzcan nuevas metodologías de evaluación de la calidad en salud.

Asimismo, los resultados y posibles medidas implementadas en la Clínica, basadas en ellos, deben recibir una nueva evaluación periódica con este tipo de instrumentos y evidenciar los cambios porque no se puede quedar solo en textos, es de vital importancia la continuidad y la acción. Lo ideal de la etapa de la entrevista es que el paciente este acompañado con su familiar para lograr un panorama detallado y completo.

La cultura de seguridad del paciente, debe ser parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar, de hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos, por lo que se sugiere integrarlos en dichas definiciones en el Programa de Calidad de la Clínica Santa Ana. Se recomienda incluir en las acciones del comité de calidad herramientas como las rondas y las sesiones breves de seguridad, que han probado ser útil para generar conciencia acerca de estos importantes asuntos y que fomentan ambientes en los que se comparte información sin temor a represalias y para sumar actualizaciones teóricas al respecto. Con el tiempo, estas acciones, contribuyen a crear cultura de seguridad, reducen los errores medicamentosos y mejoran la calidad de la atención.

Referencias

- Accreditation Canada. (2014) *Patient Safety/ ROPS*. Recuperado el 10 de 2 de 2022, de <https://bit.ly/3v622Ux>
- Agudelo, A. y Forero, H. J. (2013). *Diseño y validación de un instrumento evaluador de la calidad de la atención de un paciente trazador en un hospital universitario de alta complejidad*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana) Repositorio institucional. Disponible en <https://bit.ly/3v4IfEW>
- Ailey, S.(Diciembre de 2015). *Using Mock Tracers to Evaluate Care of Patients with Intellectual Disabilities, Part 1, The Source*, 13(12), 4-6. <https://bit.ly/3yZtk1>
- Alzate, C., Posada, S., Quintero, I. R. (2016). *Diseño del modelo de seguridad del paciente en una ESE de primer nivel del suroeste antioqueño*. (Tesis de Grado, Universidad CES Medellín) Repositorio institucional. Disponible en <https://bit.ly/3Ps1Bfo>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2012) Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial N°423. <https://bit.ly/3BMCal1>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008) Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 octubre 20, 2008. Disponible en: <https://bit.ly/3aQHSY5>
- Asociación Médica Mundial (2017). *Declaracion De Helsinki*. Recuperado el 6 de enero de 2022 de <https://bit.ly/3oloR2N>
- Ávalos, M. I. (21de agosto de 2014). *Experiencia en la evaluación de la calidad de la atención primaria en un estado mexicano, empleando una selección de enfermedades que pueden considerarse trazadoras*. Horizonte Sanitario, 9(2), 25-31. <https://doi.org/10.19136/hs.a9n2.153>

- Bouchard, C. y Jean, O. (2017) *Tracer methodology: an appropriate tool for assessing compliance with accreditation standards?* Int J Health Plann Manage; 32(4): 299-315. doi: <https://doi.org/10.1002/hpm.2376>.
- Busso, N. F. (1991). *Metodología de trazadoras de cómo evaluar calidad de la atención médica.* Medicina y sociedad , 14 (3), 14-26.
- Consejo de Salubridad General. (2018). *Estándares para implementar el modelo en hospitales 2015 | edición 2018.* Editorial SiNaCEAM. <https://bit.ly/3aRx9ww>
- Del Salto, E. (2014) *Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del instituto nacional Mejía en el periodo 2012.* (Tesis de Maestría, UCE) Repositorio institucional: <https://bit.ly/3okJtZ9>
- Fajardo, D. C. (2017). *Importancia de la metodología del paciente trazador para las instituciones prestadoras de salud, como herramienta de evaluación de calidad.*(Tesis de Diplomado, Universidad Militar Nueva Granada) Repositorio institucional: <https://bit.ly/3RVgc50>.
- Franco, L., Silimperi, D., Zanten T., MacAulay, C., Askov, K., Bouchet, B., et al. (2004) *Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la garantía de la calidad.* Monografía. Bethesda: USAID - Proyecto de garantía de la calidad. Recuperado de <https://bit.ly/3T7LI0e>
- Gabriel, P. (2002) *gestiopolis.com.* Recuperado Julio 22 de 2022 de <https://bit.ly/3BNLk0u>
- González, A. (2018) *Indicadores de calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP).* 2 edición. Madrid SEUP.
- Gryna, F., Chua, R., Defeo, J. (2007) *Método Juran. Análisis y planeacion de la calidad.* 5th ed. México: McGraw-Hill Interamericana.

Gutiérrez, H. y De la Vara, R. (2016). *Control Estadístico de la Calidad y Seis Sigma*. Tercera Edición. Mc Graw Hill.

Guitierrez, L. (2019) *Primum non nocere*. Medicina de familia. Enero- Febrero; 45(1): 4-5.

DOI: [10.1016/j.semerng.2018.12.001](https://doi.org/10.1016/j.semerng.2018.12.001)

Halvorsen, M. y Pejakovich, P. (2008). *Tracer Methodology: Frontline Strategies to Prepare for JCI Survey*. India: Global Edition.

Hospital Vicente Corral Moscoso. (2015). *Norma Técnica de Seguridad del Paciente*. Cuenca. Recuperado de <https://bit.ly/3PswWL>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2011) *Guía para la supervisión de las unidades médicas*. Dirección de Prestaciones Médicas. Versión 3. Recuperado de <https://bit.ly/3OYnB0A>

Joint Commission International. (2011) *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International*. Cuarta edición. Recuperado de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%20a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf

Joint Commission International. (2014) *Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International*. Recuperado de <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/c44a9497508f0c3b7e5bbcbda0402f9ea.pdf>

Joint Commission Resources. (2007). *Applied Tracer Methodology: Tips and Strategies for Continuous Systems Improvement*. Editorial USA: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.

Johnson, R. B. y Christensen, L. (2007). *Educational research: Quantitative, qualitative and mixed approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.

- Kessner, D.M., Kalk, C. E., Singer J.A. (1992) *Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores*. En: White KL (Ed.). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*; pp. 555-63. Washington DC: OPS
- Kruk, M., Gageet, A., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H., Roder, S. (2018) *Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución*. The Lancet Global Health Commission. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Lujano, M.(2005) *Diseño de indicadores de gestión como instrumento de evaluación y control del Departamento de operaciones de la dirección regional de protección civil y administración de desastres Lara Barquisimeto, febrero-2005*. Recuperado 21 de julio de 2022 de <https://bit.ly/3cwucBT>
- Luengas, S. (2009) *Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control Sistemático de los riesgos en la atención en Salud*. Documentos de trabajo de la Fundación Corona. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria. Recuperado de <https://bit.ly/3PdHile>
- Malagón-Londoño, G. (2006) *Garantía de calidad en salud*. 2da. Edición. Editorial Médica Internacional. Colombia.
- Marcano, L., Díaz, E., Serrano, G. y Lima, Y. (2011). *Dilemas bioéticos del postoperatorio en cirugía cardiovascular pediátrica: futilidad y limitación del esfuerzo terapéutico*. *Humanidades Médicas*, 11(2), 246-258. Recuperado en 11 de agosto de 2022, de <https://bit.ly/3QEPg7M>
- Martínez Bolaños, F. (2019). *Pilotaje de estándares asistenciales del sistema único de acreditación a través de la aplicación del instrumento para “paciente trazador” en institución de alta complejidad Pereira, agosto a octubre 2019* (Trabajo de posgrado, Universidad Cooperativa de Colombia). Repositorio <https://bit.ly/3RQ5f4m>

- Massoud, R., Askov, K., Reinke, J., Franco, L., Bornstein, T., Knebel, E. (2002) *Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud*. Monografía. Bethesda - USA: USAID. <https://bit.ly/3pgHV2V>
- Massachusetts General Hospital. (2019) *2017-2018 Joint Commission Regulatory Readiness Resource Guide*. Recuperado de <https://bit.ly/3IVoUfe>
- Maureira, M., Soto, S., Matus, E. (2010) Protocolo prevención de caídas. Chile: Hospital Base de Linares. Recuperado el 10 julio 2022 de: <http://bit.ly/1gwtC1H>
- Meireles, V.C., Labegalini, C.M., Baldissera, V.D. (2019) *Tracer Methodology and the quality of care: integrative literature review*. Rev Gaúcha Enferm. 40: 20. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180142>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012) Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de Los Hospitales Del Ministerio de Salud Publica. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/ESTATUTO-GESTION-ORGANIZACIONES-HOSPITALES-RO-339-25-09-2012.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013a). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. Quito: MSP. <https://bit.ly/3KaG3Cx>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013b) “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, Manual de Aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009” y “Cirugía Segura Salva Vidas”. Acuerdo Ministerial No. 00004499. Registro Oficial Suplemento 150 de 24 de diciembre de 2013.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014) *Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial No. 4520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014*. Recuperado el 19 de enero de 2022 de <https://bit.ly/3OE3vIZ>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016a). *Manual de Seguridad del Paciente-Usuario*. Primera Edición. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado de <https://bit.ly/3onQqZv>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016b) Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial. Acuerdo Ministerial No. 5316. Registro Oficial Edición Especial 510 de 22 de febrero de 2016.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021) *Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud. Manual*. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Recuperado de: <http://salud.qob.ec>

Ministerio de Salud de Argentina (2021). *Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria*. Recuperado de <https://bit.ly/3Pp6i9Z>

Ministerio de Sanidad y Política Social/OMS. (2010). *Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Recuperado de <https://bit.ly/3BohqzV>

Morse, J.(1997) Preventing Patient Falls. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Organización Panamericana de la Salud. (1989). *Metodología de Trazadoras. Componentes principales y aplicaciones en países americanos*. Documento 2 del Grupo Interprogramático sobre capacidad Resolutiva de los Servicios. Editorial OPS.

Organización Mundial de la Salud. (13 de Mayo de 2002). *55a Asamblea Mundial de la Salud - Resoluciones y Decisiones*. Ginebra, Suiza. Recuperado de <https://bit.ly/3OpHJs0>

Organización Mundial de la Salud. (2008) *Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas*. Recuperado 23 de enero de 2022 de: <https://bit.ly/3PKaAsh>

Organización Mundial de la Salud. (2006) *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. <https://bit.ly/3bEmSUv>

Organización Mundial de la Salud. *Caídas. Nota descriptiva N.º 344*. Recuperado 26 de julio de 2022 de: <https://bit.ly/3Ax8xDj>

Organización Mundial de la Salud. (2008) Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1a edición). Recuperado 23 de julio de 2022 de: <https://bit.ly/3p9XkBT>

Padgett, P. y Wood, B. (2018). *Conducting a Surgical Site Infection Prevention Tracer*. AORN journal, 107(5), 580–590. <https://doi.org/10.1002/aorn.12121>

Padua, J. (1994) *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. Fondo de Cultura Económica de Chile.

Phillion, M. (2009). *Tracer Methodology Improves Patient Care Process*. HealthLeaders Media.

Ross, A., Feider, L., Nahm, E. S., y Stagers, N. (2017). *An Outpatient Performance Improvement Project: A Baseline Assessment of Adherence to Pain Reassessment Standards*. Military medicine, 182(5), e1688–e1695. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00104>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.(2017). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021*. Quito. <https://bit.ly/3aZisqX>

Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guildford Press.

Suñol R. y Net, A. (1980) *La calidad de la atención*. Ponencias iJomades. <https://bit.ly/3JBqABM>

Taylor-Adams, S. y Vincent, C. (2004) *Systems analysis of clinical incidents*. The London Protocol. London: Clinical Safety Research Unit. Imperial College. Department of Surgical Oncology and Technology. Recuperado 1 de julio de 2022 de <https://bit.ly/3BTc2VD>

Weiss, BD. (2003) Health literacy and patient safety: help patients understand. Manual for clinicians. Chicago: AMA Foundation.

Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Apéndice

Apéndice A. Instrumento para las entrevistas en la Metodología Trazadora

	Sí	%	No	%	Comentarios
PACIENTES O FAMILIAR					
AsDP- DERECHOS DE LOS PACIENTES					
AsDP1					<i>El personal de la clínica le ha dado a conocer sus derechos y deberes como paciente?</i>
AsDP2					<i>¿Firmó consentimiento informado y le fue explicado?</i>
AsSP- SEGURIDAD DEL PACIENTE					
AsSP4					<i>¿El personal de salud le solicitó el higiene o lavado de manos al visitante o familiar?</i>
AsSP4					<i>Al momento del ingreso al servicio, el personal de salud le indaga sobre antecedentes alergias?</i>
AsSP4					<i>¿Conoce cuál es la ruta de evacuación de la institución ante emergencias y desastres?</i>
AsSP4					<i>Le enseñaron en</i>

	<i>qué colores de tachos debe depositar los diferentes tipos de basuras o desechos?</i>
	<i>¿Le parece que la institución le ayuda a cuidar sus pertenencias de valor?</i>
AsAC - ACCESO	
AsAC1	<i>Cuando ingreso a esta institución le solicitaron documento de identificación, lo llamaron por su nombre y le colocaron la manillas de identificación?</i>
AsAC1	<i>Considera que en esta institución su atención fue de acuerdo a los criterios de priorización o gravedad al ingreso de urgencias (Triage I-II-III-IV-V)</i>
AsAC4	<i>Durante la atención Ud. eligió al médico de su preferencia para su consulta actual?</i>
AsAC7	<i>A su ingreso le explicaron cuáles</i>

	<i>son los servicios que presta la institución, los ha utilizado?</i>
AsREG - REGISTRO E INGRESO	
AsREG1	<i>Le explicaron sobre los requisitos de ingreso en su estancia en la clínica ? (cédula, pagaré, prueba covid, orden ingreso)</i>
AsREG1	<i>Le explicaron sobre aspectos de cobertura de seguro, en su ingreso u hospitalización?</i>
AsREG1	<i>Le explicaron sobre costos de su estancia en la clínica?</i>
AsREG2	<i>Le explicaron el horario de visitas ?</i>
AsREG3	<i>En caso de un procedimiento (cirugía- TAC Contraste) que requiere preparación o invasión ¿Previamente recibió información clara y suficiente?</i>

**AsEV - EVALUACIÓN DE
NECESIDADES AL
INGRESO**

AsEV1	<i>Al ingreso le preguntan sobre los factores de riesgo cardiovascular?</i>
AsEV1	<i>Al ingreso le explicaron sobre riesgo de caídas?</i>
AsEV1	<i>Al ingreso le preguntan sobre enfermedad mental o riesgo de suicidio? (adultos)</i>
AsEV3	<i>¿En caso de aislamiento, le han explicado y ha entendido las técnicas, indicaciones y procedimientos del paciente aislado?</i>

**AsPL - PLANEACIÓN DE
LA ATENCIÓN**

AsPL9	<i>Tiene claridad sobre autocuidado o condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud?</i>
AsPL11	<i>Siente que se le ha respetado su intimidad?</i>
AsPL11	<i>Se le ha</i>

	<i>informado correctamente sobre su enfermedad o estado de salud y los signos de alarma?</i>
AsPL11	<i>Ud. si se siente seguro en esta institución?</i>
AsPL11	<i>El personal se ha preocupado por su dolor? Le permitieron dormir tranquilo?</i>
AsPL11	<i>Considera que es atendido en igualdad de condiciones que a los demás?</i>
AsPL12	<i>Entendió las indicaciones médicas del uso correcto de los medicamentos prescritos?</i>
AsPL13	<i>Le explicaron los resultado de los exámenes solicitados?</i>
	<i>Conoce el nombre de su médico tratante y sus colaboradores</i>
ASEJ - EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	
	<i>Su médico tratante lo visita a</i>

*diario y lo
examina?*

*¿Acostumbra el
personal a
realizar el higiene
o lavado de
manos antes de
aplicarle un
medicamento o
de hacerle algún
procedimiento?*

**AsSAL- SALIDA Y
SEGUIMIENTO**

AsSAL1 *¿Le fue explicado
el plan de
tratamiento
(dietas
especiales,
seguimiento
farmacológico,
ejercicios,
rehabilitación,
etc.) al momento
del egreso?*

AsREF6 *¿Conoce usted
cuanto tiempo se
demora el
proceso de
egreso después
de ordenado por
los profesionales
de la salud,
incluida la
facturación de los
servicios?*

PERSONAL DE SALUD.

**AsDP- DERECHOS DE
LOS PACIENTES**

AsDP3.	<i>Ud. como profesional de salud, da a conocer y explica los derechos y deberes a cada uno de sus pacientes?</i>
---------------	--

AsSP- SEGURIDAD DEL PACIENTE	
-------------------------------------	--

AsSP1	<i>¿El personal de salud registra y reporta los eventos adversos? Describe correctamente la definición de un evento adverso, complicación e incidente?</i>
--------------	--

AsSP2	<i>¿Conoce y utiliza las barreras de seguridad (según protocolo de Londres) que se utilizan en este servicio para evitar eventos adversos?</i>
--------------	--

AsSP3	<i>Conoce y Utiliza las practicas seguras (lavado de manos, barandas altas) en la atención del paciente?</i>
--------------	--

AsSP3	<i>Identifica los 10 correctos para administración</i>
--------------	--

*del medicamento
en el paciente
(medicamento,
dosis, paciente,
via, registro
correcto,
preparar y
administrar Ud.
mismo el
Medicamento,
tener
responsabilidad
de la
administración)*

*Utiliza las
medidas de
prevención de
ulceras por
presión (cama y
sillón limpios,
cambios de
postura,
protección de
prominencias
Oseas,
movilización
precoz, cuidados
de la piel,
nutrición
adecuada) ?*

AsSP3

*En caso de
reacción adversa
a transfusión
sanguínea
,notifica el evento
en el formato
institucional?*

AsSP4

*Cuando valora el
paciente, verifica
si tiene manilla*

de identificación?

*Describe
correctamente
los mecanismos
de identificación
del usuario, de
sus muestras y
de otros
elementos
involucrados en
su atención.*

*Describe
claramente las
principales
medidas para
evitar las
infecciones
asociadas al
cuidado de la
salud. (cuales)*

*Conoce los cinco
momentos del
lavado de manos*

AsAC - ACCESO

AsAC5

*El tiempo
utilizado en la
atención del
paciente para;
interconsultas,
servicios de
apoyo
diagnóstico,
imágenes,
laboratorio y
farmacia es
adecuado para
las necesidades
de los pacientes?*

**AsEV - EVALUACIÓN DE
NECESIDADES AL
INGRESO**

	Valora riesgos suicidio
AsEV1	<i>Al ingreso en su valoración indaga por enfermedad mental o riesgo de suicidio</i>
AsEV3	<i>Define desde la valoración inicial al paciente ,la necesidad de criterio de aislamiento?</i>

**AsPL - PLANEACIÓN DE
LA ATENCIÓN**

AsPL2	<i>Aplica las Guía de Atención de acuerdo al diagnóstico del paciente, y ha recibido socialización y evaluación de la misma?</i>
	<i>Conoce la guía de la patología del paciente y/o los procedimientos de enfermería y sabe cómo acceder a ellos.</i>
AsPL10	<i>Sabe que hacer en el tema de consentimiento o desistimiento</i>

	<i>informado.?</i>
AsPL10	<i>Recibe capacitaciones sobre consentimiento o disentimiento ?</i>
AsPL14	<i>Aplica de forma adecuada los procedimientos de toma, traslado, entrega y reporte de muestras de laboratorio clínico?</i>
AsEVA- EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	
AsEVA2	<i>El medico de turno aplica el proceso de auditoría de historias clínicas: SI O NO , y le retroalimentan al respecto?</i>
AsEVA2	<i>El medico de turno aplica el proceso de PQRS?</i>
AsEVA2	<i>Recibe retroalimentación respecto a PQRS ?</i>
AsREF- REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
AsREF2	<i>Conocen mecanismos para recibir reportes o ampliar</i>

	<i>información cuando el paciente es remitido a algún prestador externo ?</i>
AsSIR12	<i>¿Usted conoce los prestadores externos, los servicios que ofrece y como accede el usuario a ellos?</i>
AsMCC - MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	
AsMCC1	<i>Aplica el enfoque organizacional de Mejoramiento Continuo?</i>
INVESTIGADOR	
	Los recipientes para corto-punzantes (guardianes) están debidamente fijados, rótulos
	Están debidamente diligenciados y no contienen agujas reenfundadas
	Se observan buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos e insumos

Se aplican las medidas tendientes a impedir el cruce entre los residuos, la ropa contaminada y la alimentación destinada a los pacientes

El carro de paro cumple con los lineamientos necesarios para garantizar atenciones seguras

Las neveras para el almacenamiento de insumos asistenciales están correctamente utilizadas y se lleva el control permanente de temperatura y humedad

Los equipos demuestran haber recibido mantenimiento preventivo y calibración en las fechas programadas

**AsPL -
PLANEACIÓN
DE LA**

ATENCIÓN

AsPL5

*En la historia
clínica se
evidencia la
Verificación de
resultados de
imagenología de
forma oportuna ?*

AsPL5

*Según lo anterior,
se tomaron las
conductas
pertinentes de
acuerdo a la
situación clínica?*

AsPL6

*En la historia
clínica se
evidencia la
verificación de
resultados de
laboratorio clínico
de forma
oportuna?*

AsPL6

*Según lo anterior,
se tomaron las
conductas
pertinentes de
acuerdo a la
situación clínica?*

AsPL7

*En la historia
clínica se
evidencia que se
han contestado
interconsultas
con otras
especialidades
distintas al
profesional
tratante de forma
oportuna?*

AsPL7	<i>Según lo anterior, se tomaron las conductas pertinentes de acuerdo a la situación clínica?</i>
AsPL10	<i>Verificar en la Historia Clínica si se han diligenciado Consentimiento o desistimiento y listas de chequeos para cirugía segura</i>
AsPL12	<i>Verificar en Historia Clínica la conciliación medicamentosa al ingreso y al egreso. Abreviaturas peligrosas.</i>
AsPL13	<i>Verificar en Historia Clínica si hay justificación de solicitud de exámenes</i>
AsPL16	<i>Verificar en la Historia Clínica si los resultados de exámenes de laboratorio están registrados en el software de la clínica.</i>
AsPL16	<i>Verificar si estos fueron oportunos para toma de decisiones y</i>

	<i>están interpretados en forma correcta</i>
AsPL17	<i>Verificar el cumplimiento del Programa de control de calidad interno y externo del laboratorio</i>
AsPL18	<i>Verificar la adherencia al protocolo de infecciones en la clínica (aislamiento, técnicas asépticas, uso racional de antibióticos, protocolos de desinfección, lavado de manos, higiene hospitalaria, etc.)</i>
	<i>Verificar la oportunidad en la profilaxis atb quirúrgica</i>
	<i>Verificar el proceso de egreso, entrega de exámenes y epicrisis</i>
AsEJ - EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	
AsEJ1	<i>Verificar en Historia Clínica que al egreso esté el Plan de cuidado y</i>

	<i>tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia</i>
AsEJ3	<i>Verificar en la Historia clínica la adherencia a la Guía de práctica clínica de acuerdo al diagnóstico , evolución diaria y prescripciones actualizadas.</i>
AsSAL- SALIDA Y SEGUIMIENTO	
AsSAL1	<i>Verificar en la historia clínica el registro de cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, signos de alarma.)</i>

APÉNDICE B: Consentimiento informado

- Información del estudio: “Metodología trazadora como herramienta evaluativa de calidad de atención a pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa Ana ”
- Nombre de investigador principal: Dr. Luis Enrique Marcano Sanz
- Nombre del centro o establecimiento que realiza la investigación: Clínica Santa Ana, Cuenca. Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL)
- Introducción: En Latinoamérica, el estudio IBEAS demostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, asimismo, 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un tipo de evento a lo largo de su estancia en el hospital. En ese sentido, se requiere de una estrategia específica y transversal, para identificar los nudos críticos susceptibles de mejora, mediante herramientas específicas e integrales que evalúen la atención desde la óptica de los procesos administrativos, los profesionales, los pacientes y su familia.
- Propósito del estudio: Evaluar los procesos críticos de la atención asistencial integral mediante el instrumento del paciente trazador para la mejora continua de la atención a pacientes quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Santa Ana.
- Procedimientos: Su participación en el presente proyecto de investigación consistirá en contestar una encuesta presencial al investigador principal. Para aceptar su participación deberá firmar este consentimiento, lo cual es de carácter voluntario. La encuesta es anónima y le tomará alrededor de 10 minutos, contiene preguntas acerca de sus impresiones en relación con la calidad y la seguridad de la atención recibida en la Clínica Santa Ana, para su posterior defensa y publicación como trabajo final de terminación de Maestría en la UTPL.
- Riesgos y beneficios de la investigación para la sociedad y/o para los sujetos de investigación: Usted no presentará ningún riesgo al momento de realizar la encuesta. Por otro lado, permitirá identificar nudos críticos de riesgo y con ello

proponer un plan de mejora continua en la calidad y seguridad de la atención del paciente quirúrgico hospitalizado. Resultados esperados: Entre los beneficios de esta metodología se encuentran:

- Paciente: Mejorar el flujo de pacientes, la seguridad y satisfacción.
- Colaboradores: Crea cultura de evaluación de procesos, mejor entendimiento del rol que cada uno desempeña, fortalece el equipo trabajo.
- Organización: Reduce los costos, fortalece la confianza institucional, optimización de tiempos y la mejora de sistemas.
 - Confidencialidad de datos: Toda la información recolectada en esta encuesta es anónima. El anonimato se garantiza por: 1. No utilizar preguntas que permitan su identificación, 2. No recopilar direcciones de correos electrónicos al momento de responder la encuesta. Asimismo, la información obtenida se mantendrá de manera confidencial conforme a la legislación vigente para la protección de datos.
 - Finalmente, los resultados obtenidos en la presente encuesta serán usados exclusivamente con fines de investigación relacionadas con el tema de estudio.
 - Derechos de los participantes: su participación en la presente investigación será de carácter voluntaria y anónima, en el caso de negativa al deseo de participar, el participante no tendrá ningún problema, penalización o perjuicio. El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento de la investigación sin que esto implique una penalidad.
 - Costos y compensación por la participación en el estudio: Su participación no tendrá ningún costo. Tampoco recibirá ninguna compensación económica por su participación.
 - Información de contacto: Usted puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación antes, durante y después de su participación a:
- Luis Enrique Marcano Sanz celular: 0998588878, e-mail marcanosanz@gmail.com

- Declaratoria de Consentimiento Informado: Al firmar en “Sí, acepto participar” usted afirma que desea participar en el presente estudio. Igualmente asevera que comprende los objetivos de este estudio y que su participación consiste en llenar una encuesta anónima con preguntas acerca de sus impresiones en relación con la calidad y la seguridad de la atención recibida en la Clínica Santa Ana.
- Por otro lado, tiene la opción de guardar este consentimiento informado en formato digital y puede aceptar o negar su laion participación sin que esto signifique que renuncie a sus derechos que por ley le corresponden.