



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
INGENIERÍA**

FACULTAD DE QUÍMICA

**ANÁLISIS DE LOS NUEVOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PARA LA  
OBTENCIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE LA 3RA. EDICIÓN DE LA  
COMISIÓN CONJUNTA INTERNACIONAL PARA SU  
IMPLEMENTACIÓN EN LOS HOSPITALES PRIVADOS DE MÉXICO**

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRO EN INGENIERÍA**

SISTEMAS DE CALIDAD

P R E S E N T A :

**HÉCTOR BERNARDO TENORIO VELASCO**

TUTOR:

**DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES OLVERA TREVIÑO**

2010





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**JURADO ASIGNADO:**

Presidente: DR. JOSÉ SAMANO CASTILLO

Secretario: M.C. MARÍA DEL SOCORRO ALPIZAR RAMOS

Vocal: DRA. HELGI JUNG COOK

1<sup>er</sup>. Suplente: M. EN I. ALEJANDRO BARRAGAN OCAÑA

2<sup>do</sup>. Suplente: DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES OLVERA TREVIÑO

**TUTOR DE TESIS:**

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES OLVERA TREVIÑO

---

**FIRMA**

## Tabla de Contenido

<b>Resumen</b>	3
<b>1. Introducción</b>	4
1.1. Turismo Médico	4
1.2. Acreditación Internacional de Hospitales	5
1.3. Certificación Hospitalaria Nacional	7
<b>2. Planteamiento del problemas e hipótesis</b>	9
2.1. Descripción de la problemática	9
2.2. Preguntas de investigación	9
2.3. Hipótesis	9
<b>3. Descripción de los estándares de evaluación de hospitales</b>	10
3.1. Estándares internacionales de acreditación de la Joint Comisión Internacional	10
3.2. Estándares nacionales de certificación del Consejo de Salubridad General	25
3.3. Comparación de los estándares de evaluación de hospitales frente a un modelo de gestión de la calidad	29
<b>4. Implementación, problemática y ventaja competitiva de los estándares de acreditación de la Joint Commission International</b>	44
4.1. Capítulo 1 - Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)	44
4.2. Capítulo 2 – Derechos de los pacientes y familiares (PFR)	49
4.3. Capítulo 3 – Evaluación de pacientes (AOP)	55
4.4. Capítulo 4 – Atención de pacientes (COP)	69
4.5. Capítulo 5 – Anestesia y atención quirúrgica (ASC)	74
4.6. Capítulo 6 – Manejo y gestión de medicamentos (MMU)	79
4.7. Capítulo 7 – Educación del paciente y familiares (PFE)	92
4.8. Capítulo 8 – Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)	95
4.9. Capítulo 9 – Prevención y control de infecciones (PCI)	102
4.10. Capítulo 10 – Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)	107
4.11. Capítulo 11 – Gestión y seguridad de la instalación (FMS)	114
4.12. Capítulo 12 – Calificaciones y educación del personal (SQE)	127
4.13. Capítulo 13 – Gestión de la comunicación y la información (MCI)	131
<b>Conclusiones</b>	138
<b>Bibliografía</b>	141

## Listado de Figuras

<b>Figura 1:</b> Cronograma del proceso de acreditación	10
<b>Figura 2:</b> Hospitales acreditados por la JCI	13
<b>Figura 3:</b> Relación de los estándares de la Comisión Conjunta Internacional contra el modelo de calidad ISO 9001 versión 2000	29
<b>Figura 4:</b> Ejemplo de información de medicamentos para el paciente	47
<b>Figura 5:</b> Proceso para la elaboración del diagnóstico de enfermería	60
<b>Figura 6:</b> Gráfico de aportación del personal de enfermería en la restauración del paciente	65
<b>Figura 7:</b> Gráfico de forma de obtención del diagnóstico de enfermería	65
<b>Figura 8:</b> Gráfico de apego de intervenciones (NIC) y Resultados (NOC)	66
<b>Figura 9:</b> Gráfico de aceptación del personal médico	66
<b>Figura 10:</b> Gráfico de aportación del proceso diagnóstico a la profesión de enfermería	66
<b>Figura 11:</b> Eventos centinela reportados por la JCI	96
<b>Figura 12:</b> Ejemplo de diagrama de causa – efecto	111
<b>Figura 13:</b> Resultados de evaluación del expediente clínico	136

## Listado de Tablas

<b>Tabla 1:</b> Costos tratamientos médicos	4
<b>Tabla 2:</b> Costos del proceso de acreditación	14
<b>Tabla 3:</b> Comparación de los requisitos de la norma ISO 9001:2008 vs Estándares de la “JCI”	30
<b>Tabla 4:</b> Comparación entre el diagnóstico médico y de enfermería	58
<b>Tabla 5:</b> Ejemplos de diagnósticos médicos y de enfermería	58
<b>Tabla 6:</b> Relación del diagnóstico de enfermería con sus intervenciones y resultados deseados	63
<b>Tabla 7:</b> Implementación de las fases del plan de epidemias	124

## **Resumen**

Debido a la creciente demanda de pacientes de Estados Unidos ó de Europa por servicios de salud con costos consideradamente inferiores a los que se pueden ofrecer en sus países, México tiene la oportunidad de incursionar en este mercado internacional (conocido como turismo médico), por lo cual los hospitales privados en México que así lo busquen, deberán contar con reconocimientos que avalen la calidad y seguridad de la atención del paciente.

Para lograr este reconocimiento los hospitales privados deben contar con la acreditación de la Joint Commission International (JCI), el cual es un proceso voluntario que avala a las organizaciones de cuidados de la salud que cumplen con los estándares calidad y seguridad al paciente y por consiguiente implican la mejora continua en los procesos de atención médica. Estos estándares se dividen en dos secciones las cuales se enfocan por un lado y de manera prioritaria a la seguridad del paciente (con un total de siete capítulos) y complementados con estándares para la gestión de la organización (con un total de seis capítulos).

El objetivo de esta tesis consiste en describir recomendaciones de como cumplir con algunos de los estándares de la JCI de cada uno de los capítulos que lo conforman. Para lo cual se presentan propuestas de implementación que toman en cuenta diversas fuentes de información y en algunos casos, resultados de experiencias en su aplicación. Adicionalmente presenta la problemática a la que las organizaciones se pueden enfrentar durante su implementación, así como la ventaja competitiva que representan sobre aquellas organizaciones que no cuenten con dichos estándares.

Palabras claves:

Calidad, seguridad del paciente, estándares, acreditación y turismo médico.

## 1. Introducción

### 1.1 Turismo Médico

El turismo médico [1] se refiere a la oportunidad para que los pacientes viajen fuera de su país para recibir atención médica y tengan el beneficio de reducir los costos y los tiempos de espera. En la que se ofrece cualquier variedad de procedimientos quirúrgicos.

A pesar de que los Estados Unidos es una de las economías más grandes del mundo [2], no cuenta con un sistema de cobertura universal de servicios de salud. Se estima que existen 47 millones de personas que no cuentan con cobertura médica. Es por ello que cada año es mayor el número de estadounidenses que viajan a otros países en busca de servicios de salud.

Aunado a la esperanza de vida en los Estados Unidos, que es de 79 años, y que se calcula que en las próximas tres décadas llegarán a la edad de jubilación unos 100 millones de norteamericanos y muchos de ellos no podrán pagar los altos costos en servicios de salud, por los que Estados Unidos seguirá siendo un mercado natural para México. Se calcula que cada año salen 180 mil estadounidenses para recibir tratamiento médico en algún hospital de México y en una variada oferta de especialidades.

El potencial de México para captar pacientes estadounidenses es que además de contar en diversos hospitales privados la infraestructura de primer mundo, por el nivel de especialidad de los médicos y por el atractivo turístico de las ciudades, México es también un importante destino de turismo médico por los costos competitivos que ofrece en distintos tratamientos.

#### Costos de tratamientos médicos [2]

País	Cirugía de banda gástrica	Trasplante de corazón	Histerectomía
	Cifras en dólares americanos (USD)		
México	7,233	25,330	5,514
Costa Rica	8,600	30,000	5,680
India	6,300	7,657	4,250
Tailandia	8,800	12,500	5,200
Estados Unidos	14,300	45,000	20,000

Tabla 1

Por medio de nueve secretarías en coordinación con el gobierno federal [3] buscará a partir del 2010 detonar el Turismo Médico, con la intención de atraer hacia el 2015 entre 400 mil a 450 mil visitantes y generar una derrama económica cercana a los 1350 millones de dólares. Se tienen datos de que en

el 2009 el turismo médico captó 122 millones de dólares anuales, de los cuales 90 millones representan el gasto por el uso de los servicios médicos, y el resto a los viajes.

Motivo por el cual el gobierno federal deberá fomentar la ampliación e inversión en infraestructura médica, y promover en los hospitales contar con la acreditación de la Joint Comisión Internacional (JCI), mediante la implementación de los estándares que la conforman, los cuales se dividen en dos secciones: estándares enfocados a la seguridad del paciente y estándares de gestión centrados en la organización.

Adicionalmente a los pacientes estadounidenses se les está informado a través de las aseguradoras que tomen en cuenta las siguientes directrices de la “American Medical Association” [1] cuando viajen al extranjero para recibir atención médica:

- La atención médica fuera de los Estados Unidos debe ser voluntaria.
- Sólo deben ser utilizados los incentivos financieros para la atención, en aquellas instituciones acreditadas por los organismos internacionales.
- Los pacientes deben ser informados de los derechos y recursos legales antes de viajar fuera del país.
- Los pacientes deben tener acceso a los registros de los médicos (cédulas, certificados, etc.), así como la acreditación de las instalaciones.
- Los pacientes deben recibir información sobre el riesgo potencial de la combinación de procedimientos quirúrgicos con los vuelos largos y las actividades de vacaciones.

## **1.2 Acreditación Internacional de Hospitales**

La Joint Commission International (JCI), es la agencia americana de acreditación [4], cuya meta se centra principalmente en mejorar la seguridad y la calidad de la atención prestada a los pacientes. Es una organización no gubernamental y sin fines de lucro, que actualmente acredita a más de 20,000 organizaciones en Estados Unidos, entre hospitales, servicios ambulatorios y servicios de sanidad mental, entre otros. Ha desempeñado esta función desde 1951, cuando se estableció la Joint Commission Accreditation de hospitales, para continuar y desarrollar programas. Luego, en 1987, se introdujeron diversos conceptos, como estándares, sistemas de medida de indicadores y evaluación en los buenos procesos.

Tanto la Joint Commission Resources (JCR), como la Joint Commission Internacional (JCI), se desprenden de la JC. La JCI ha acreditado hospitales en Asia, Medio Oriente y Europa, y hoy en día

colabora con más de 70 países. La Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias fue constituida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para contribuir exclusivamente a la consecución de la mayor seguridad posible para los pacientes, lo cual se logra previniendo daños durante su tratamiento y cuidado.

La acreditación es, por lo general, un proceso voluntario, a través del cual se concede reconocimiento a organizaciones de cuidados médicos si cumplen unos estándares, que implican la mejora continua de la atención médica. Persigue que las entidades no solo conozcan sus resultados, sino también los analicen, para hallar debilidades y fortalezas, que las comparen con las de otras entidades y, por último, permitan su publicación. Así, la acreditación, siendo estandarizada, funciona como un incentivo para la mejora; así se consigue la reducción del riesgo, pues certifica que la organización está haciendo las cosas que hay que hacer correctamente. El estándar mínimo de acreditación fomenta un diagnóstico más exacto, protección a los pacientes y un buen nivel administrativo y profesional. Así, por medio de ella se optimiza la probabilidad de buenos resultados.

Los estándares, más que leyes o requisitos obligatorios, son “herramientas” que se deben renovar periódicamente para lograr una mejora continua. Giran alrededor de unos ejes: estructura (recursos), procesos (actividades) y resultados, y respecto a estos se definen las expectativas de funcionamiento (que deben ser óptimas, realizables y medibles). Los tres se enfocan en funciones administrativas y clínicas importantes para la organización sanitaria y se centran en el paciente y su contexto familiar.

El diseño de los estándares permite la interpretación y evaluación dentro de la cultura y marco jurídico de un país, y fija el mayor alcance posible en la práctica. Entonces, se necesitan reportes específicos de datos, que permitan evaluar la efectividad de los estándares; es decir, determinar la influencia que han tenido en la mejora de los servicios. Para ello se utiliza la metodología “Tracer” o “Trazadora”, la cual consiste en un proceso que los evaluadores de JCI emplean durante la evaluación en sitio para analizar los sistemas de una organización, mediante el seguimiento de pacientes individuales a través del proceso de atención sanitaria de la organización; dependiendo del entorno de atención sanitaria, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples unidades de atención, departamentos o áreas dentro de una organización o una única unidad de atención para “trazar” la atención prestada a un paciente.

En México actualmente son pocos los hospitales que cuentan con esta acreditación, que son;

- American British Cowdray Medical Center IAP - Observatorio Campus
- American British Cowdray Medical Center IAP - Sante Fe Campus

- Christus Muguerza Alta Especialidad
- Clinica Cumbres Chihuahua
- Hospital CIMA Hermosillo
- Hospital CIMA Monterrey
- Hospital San Jose Tec de Monterrey
- Hospital y Clinica OCA, S.A. de C.V.

### **1.3 Certificación Hospitalaria Nacional**

Ante la necesidad de resolver las complejas situaciones [5] de salud de la población, entre las cuales podemos hacer énfasis en el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, de problemas asociados a la industrialización y urbanización, de la prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza y de la insuficiencia de recursos para satisfacer la creciente demanda, México requirió de importantes transformaciones en el sistema de salud para responder a los retos presentes y futuros. Por tal motivo en la reforma del Sistema Nacional de Salud (1995-2000), se incluyeron programas dirigidos al mejoramiento de la calidad de la atención, sustentados en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo con los propósitos fundamentales de lograr equidad, eficiencia y calidad.

En estas circunstancias, los hospitales juegan un papel importante, ya que en ellos se atienden y resuelven muchos de los problemas citados.

El funcionamiento de los hospitales mexicanos se ha hecho cada vez más competitivo, particularmente en el sector privado, aunque también existen tendencias en la misma dirección en las instituciones del sector público, tanto por exigencia de los usuarios de los servicios y de los terceros pagadores, como por la necesidad permanente de proteger la salud de los mexicanos incorporada como un derecho en la constitución.

Para que los hospitales proporcionen calidad y seguridad a sus pacientes y a los integrantes de los equipos de salud, es necesario que cumplan con requisitos mínimos en la estructura, las instalaciones, el equipo, los procesos, la preparación básica y la actualización de su personal, que se reflejen en los resultados tanto a nivel de indicadores de productividad como en la satisfacción de los pacientes. Para cumplir estas demandas se requiere de un programa que permita verificar que los hospitales tienen la capacidad instalada tanto físico-técnica como humana y documental de acuerdo al tipo y complejidad de los servicios que ofrecen.

Por otra parte, los terceros pagadores ejercen presión sobre la índole de los servicios, no sólo para abatir sus costos, sino también para asegurar niveles adecuados de calidad a sus usuarios.

Las instituciones del sector público con el IMSS a la cabeza aplican programas internos para evaluar - a través del expediente clínico- la calidad de la atención que se proporciona a sus derechohabientes; en México, los primeros intentos del proceso de certificación datan de 1992, cuando algunos hospitales públicos y privados, emprendieron acciones tendientes a mejorar los servicios de salud.

Como resultado de ese proceso en 1994 se constituyó la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C., Organismo No Gubernamental. Este grupo se dio a la tarea de definir su modelo, los criterios y el mecanismo de certificación. Por diversas razones, nunca inició sus actividades de manera regular aún cuando se constituyó legalmente ante Notario Público.

A instancias del Dr. Juan Ramón De la Fuente (entonces Secretario de Salud), el Consejo de Salubridad General decidió iniciar acciones que impulsaran la certificación de los servicios de atención médica, e inducir mecanismos que permitieran a corto y mediano plazo mejorar la calidad de la atención a la salud. Basados en:

- El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su párrafo cuarto menciona el "derecho de toda persona a la protección a la salud".
- Dentro de los objetivos que establece el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, determina instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios de salud.
- Y por disposición constitucional, el Consejo de Salubridad General tiene carácter de autoridad sanitaria, por lo que en su organización colegiada, están representadas diversas dependencias y entidades públicas, así como instituciones de educación superior y asociaciones científicas dedicadas a las disciplinas para la salud.

El 8 de marzo de 1999 el Dr. Juan Ramón De la Fuente (entonces Secretario de Salud) y el Dr. Octavio Rivero Serrano, Secretario del Consejo de Salubridad General, durante su sesión reglamentaria facultaron al Consejo de Salubridad General para que instrumentara las bases para el Programa Nacional de Certificación de Hospitales.

La Certificación de Hospitales no es un fin, sino un medio para proteger a la población y para estimular el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. La certificación no garantiza que todos los resultados de los procesos de atención van a ser en los mejores términos para el paciente; sólo acredita que la organización certificada cuenta con una estructura, así como con un diseño y operación de sus procesos de tal manera que eleva al máximo la probabilidad de producir los mejores resultados a la salud del paciente.

## **2. Planteamiento del problemas e hipótesis**

### **2.1. Descripción de la problemática**

Los hospitales privados en México que requieran mejorar sus procesos relacionados con la atención y seguridad de los pacientes y captar mayor cantidad de pacientes, lo podrán lograr con la implementación de los estándares de acreditación de la Joint Commission International. Para cumplir con estos estándares se enfrentarán con las siguientes problemáticas:

- a. La implementación de nuevas prácticas hospitalarias que refuerzan la seguridad del paciente.
- b. La resistencia al cambio por parte del personal de salud.
- c. Asegurar el cumplimiento de regulaciones y normatividad oficial.

### **2.2. Preguntas de investigación:**

#### **Pregunta General**

¿Cuáles son las problemáticas y ventajas en la implementación de los estándares de la Joint Commission International en los hospitales privados del país, que permiten mejorar el nivel de atención y seguridad de los pacientes?

#### **Preguntas Específicas**

1. ¿Cuáles son los estándares internacionales que implican mayor resistencia por parte del personal para su implementación?
2. ¿Cuáles son los estándares internacionales que requieren mayor inversión en su implementación?

### **2.3. Hipótesis:**

Mediante el análisis de la problemática, las propuestas de implementación de los estándares seleccionados de la Joint Commission International y el análisis de las ventajas competitivas, llevarán a identificar los estándares que presentan mayor resistencia por el personal de la salud y aquellos que requieran mayor inversión.

### 3. Descripción de los estándares de evaluación de hospitales

#### 3.1. Estándares internacionales de acreditación de la Joint Comisión Internacional

A nivel internacional el organismo encargado de realizar este tipo de evaluaciones, es la Joint Commission International (JCI), cuya sede se encuentra en Chicago Illinois en los Estados Unidos de Norteamérica.

La JCI actualmente cuenta con los siguientes programas:

- Acreditación de unidades de cuidados ambulatorios,
- Acreditación de unidades de cuidados continuos,
- Acreditación de Laboratorios Clínicos,
- Acreditación en cuidados de enfermedades o condiciones específicas,
- Acreditación de hospitales,
- Acreditación de las unidades de transporte médico (ambulancias), y
- Acreditación de centros de atención primaria.

Para efectos de este trabajo solo se analizará el programa para la Acreditación de Hospitales.

##### 3.1.1. Proceso de Acreditación

El siguiente cronograma [4] muestra las etapas y los tiempos estimados para completar el proceso de acreditación ante la JCI:

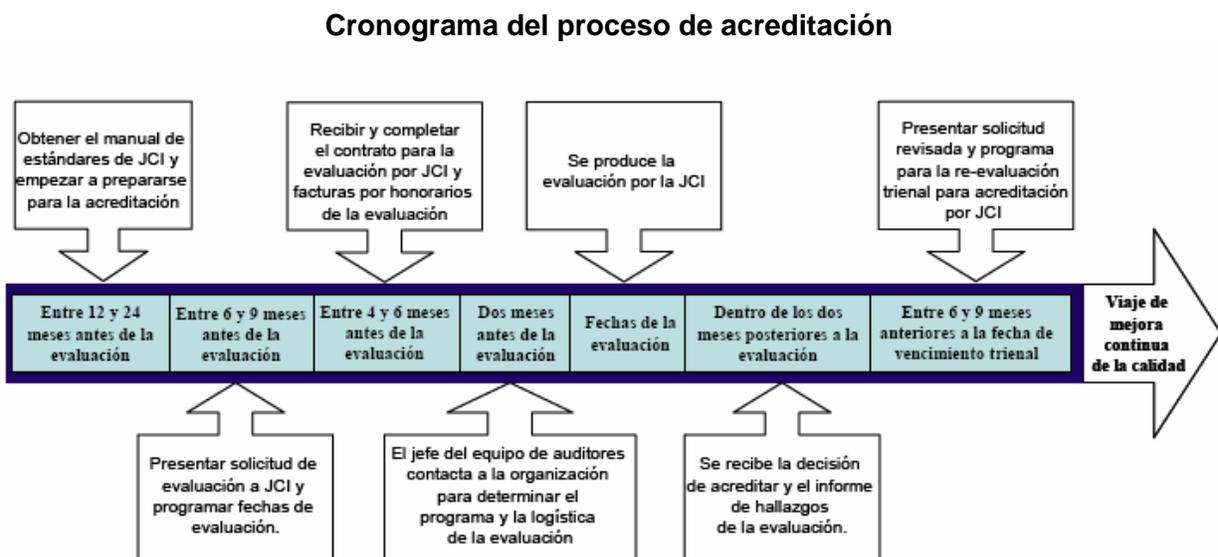


Figura 1

La vigencia de la acreditación es de **3 años**.

### 3.1.2. Criterios de evaluación

Para poder evaluar los estándares de la JCI es necesario contar con criterios de evaluación, estos evalúan grados de cumplimiento (total, parcial o nulo) de los estándares. Los estándares se refieren a declaraciones que definen las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad. Los estándares constituyen los requerimientos a ser cumplidos y estos se desglosan en elementos de medición [4], que son los que se evalúan. Los elementos de medición (EMs) son los componentes del estándar que son calificados por el evaluador durante su evaluación en sitio. Los EMs serán calificados en una escala de tres puntos que va desde “0”, que significa “no cumple”, a “5” que significa “cumple parcialmente”, hasta “10” que significa “cumple completamente”.

Los lineamientos que siguen están diseñados para brindar una base para el cumplimiento con los estándares según el sistema de clasificación.

- a. Cada elemento de medición de un estándar se califica como “cumple completamente”, “cumple parcialmente”, “no cumple” o “no aplica”.
- b. Se califica como “cumple completamente” cuando la respuesta es “sí” o “siempre” al requerimiento específico del elemento de medición. Pero también cuando:
  - Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de 12 meses para evaluaciones trienales;
  - Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de 4 meses para evaluaciones iniciales.
- c. Se califica como “cumple parcialmente” cuando la respuesta es “habitualmente” o “a veces” al requerimiento específico del elemento de medición. Pero también cuando:
  - Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 5-11 meses para evaluaciones trienales;
  - Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 1-3 meses para evaluaciones iniciales.
- d. Se califica como “no cumple” si las respuesta es “rara vez” o “nunca” al requerimiento específico del elemento de medición. Pero también cuando:
  - Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de 0-4 meses para evaluaciones trienales;
  - Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de menos de un mes para evaluaciones iniciales.

- e. Se califica como “no aplica” si los requerimientos del elemento de medición no corresponden a la realidad examinada.

### 3.1.3. Decisiones para acreditar

Se toma esta decisión cuando una organización cumple con todas las siguientes condiciones [4]:

- a. La organización muestra un cumplimiento aceptable con cada estándar. Se define como cumplimiento aceptable: Una calificación de “5” para cada estándar.
- b. La organización muestra cumplimiento aceptable con los estándares de cada capítulo. Cumplimiento aceptable se define como: Una calificación agregada de por lo menos “7” para cada capítulo de estándares.
- c. La organización muestra un cumplimiento aceptable en términos generales. Cumplimiento aceptable se define como: Una calificación agregada de por lo menos 8.5 en todos los estándares.
- d. La organización muestra cumplimiento aceptable de los requerimientos de todas los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente. Cumplimiento aceptable se define como: Una calificación de por lo menos “5” en cada requerimiento de los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.

### 3.1.4. Hospitales acreditados a nivel internacional

A continuación se presenta el listado de hospitales acreditados por la Joint Commission International [6]:

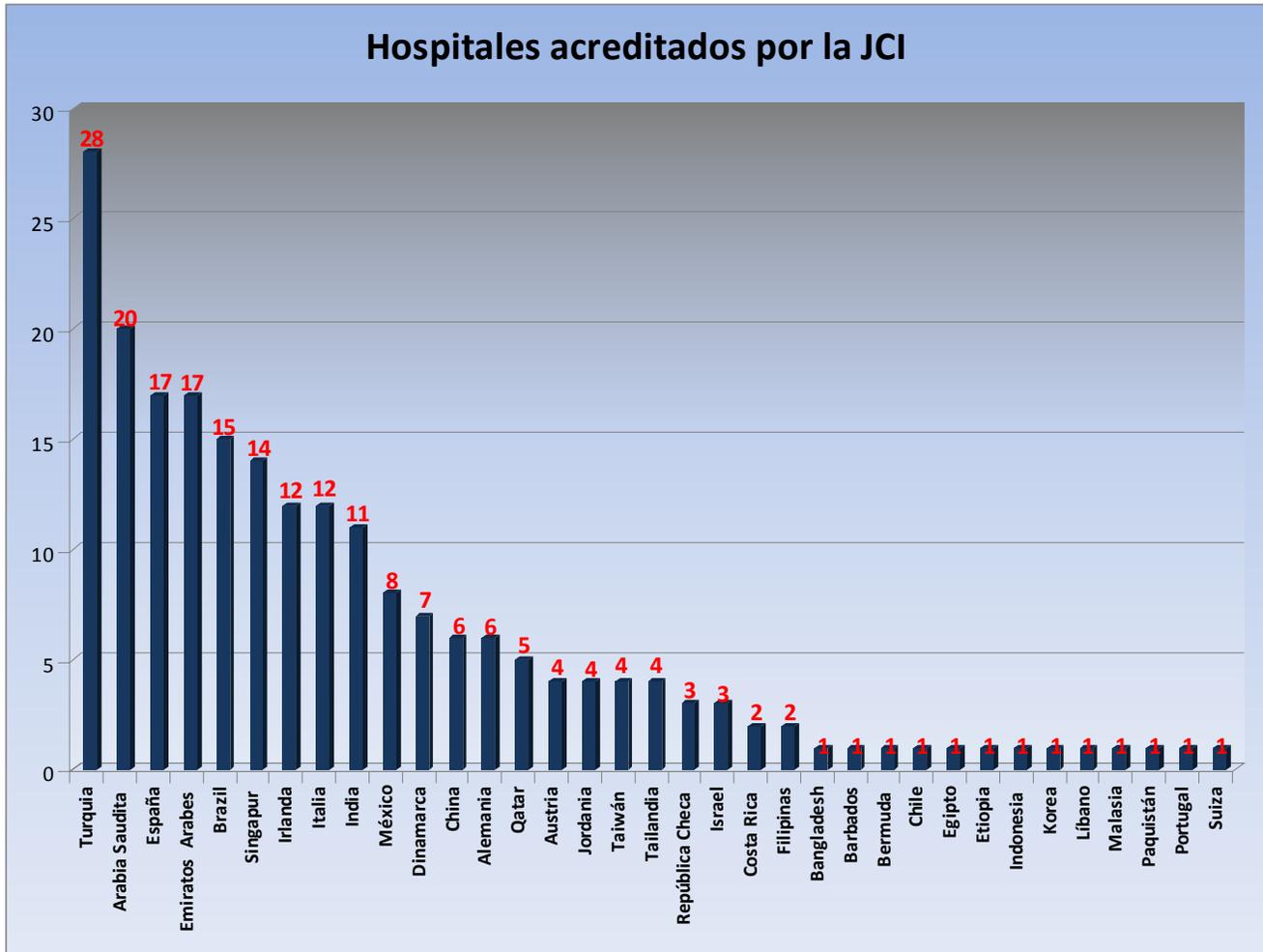


Figura 2

Total de hospitales acreditados = 217

Hospitales acreditados en México = 8

### 3.1.5. Costos

El proceso recomendado por la “Joint Commission International” para la obtención de la acreditación consta de diferentes fases que van desde la capacitación, evaluación basal hasta la evaluación para la obtención de la acreditación; los servicios de asesoría los realizan a través de su filial “Joint Commission Resources” y la evaluación para la acreditación la realiza la “Joint Commission International”.

De acuerdo a datos de una propuesta económica de enero de 2009 para un hospital de tercer nivel, de alta especialidad y con un número aproximado de 200 camas, corresponde a un total de **\$99,200.00 USD**, la siguiente tabla presenta la relación en cuanto a la distribución de los costos en sus diferentes fases para la obtención de la acreditación:

**Distribución de los costos de un proceso de acreditación**

<b>Servicio</b>	<b>Número de evaluadores</b>	<b>Número de días evaluador</b>	<b>% en relación al costo total</b>
Fase I: Capacitación a empleados de la organización	2	4	13 %
Fase II: Evaluación inicial	2	10	28 %
Fase III: Evaluación de seguimiento (Opcional)	2	10	28 %
Fase IV: Evaluación de acreditación	2	10	28 %

**Tabla 2**

### 3.1.6. Descripción de los estándares internacionales

Como parte de los diversos estándares para implementar adicionalmente consideran la implementación de las “Metas Internacionales de Seguridad del Paciente” [7] las cuales se establecen con base en lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud promovidos en su “Alianza Internacional del Paciente”. La Joint Commission International introdujo estas metas desde el 2006, sin embargo es a partir de enero de 2008 los hospitales deben mostrar cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente para poder lograr y mantener la acreditación.

La finalidad de las “Metas Internacionales de Seguridad del Paciente” es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Destacan las áreas problemáticas dentro de la atención sanitaria y describen soluciones consensuales para estos problemas basadas tanto en la evidencia como en el conocimiento de expertos.

#### **Metas Internacionales de Seguridad al Paciente**

##### Meta 1 – Identificación correcta del paciente

Los errores referentes al paciente equivocado ocurren en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. La intención de esta Meta es doble: en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona como aquella a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

##### Meta 2 – Mejorar la comunicación efectiva

La comunicación efectiva entre los profesionales de salud, la cual sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas oralmente y aquellas dadas por teléfono, cuando así lo permiten las leyes o reglamentos locales. Otra comunicación propensa a errores es la información de resultados críticos de análisis, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado con urgencia.

##### Meta 3 – Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento del paciente, es fundamental el manejo adecuado a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema de seguridad de los

medicamentos mencionado con frecuencia es la administración involuntaria de electrolitos concentrados (por ejemplo, cloruro de potasio [2mEq/ml o más concentrado], fosfato de potasio, cloruro de sodio [mayor que 0,9% en concentración] y sulfato de magnesio [50% o más concentrado]). Los medios más efectivos para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los electrolitos concentrados de la unidad de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

Meta 4 – Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto  
La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado son problemas preocupantes comunes en las organizaciones de atención sanitaria. Estos errores son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio y de la ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación. Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico médico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores contribuyentes frecuentes.

Meta 5 – Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria

La prevención y el control de infecciones constituyen desafíos en la mayoría de los entornos de atención sanitaria y los índices en aumento de infecciones asociadas con la atención sanitaria representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Las infecciones comunes a todos los entornos de atención sanitaria incluyen infecciones de las vías urinarias asociadas con el uso de catéteres, infecciones del torrente sanguíneo y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida).

Meta 6 - Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Las caídas constituyen una porción importante de las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados. En el contexto de la población a quien se atiende, los servicios que presta y sus instalaciones, la organización debe evaluar el riesgo que corren sus pacientes de caerse y debe tomar medidas para reducir el riesgo de caídas y de lesiones en caso de ocurrir una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación del andar y el equilibrio y las ayudas para caminar empleadas por el paciente.

Total de estándares correspondientes a las metas = 6

Total de elementos de medición = 21

Para llevar a cabo la implementación de los estándares estos se dividen en dos secciones las cuales se enfocan a:

- **Estándares centrados en el paciente (con un total de siete capítulos).** Se refiere a los estándares que se organizan según lo que se hace directa o indirectamente para los pacientes (por ejemplo, educación de pacientes, creación de expediente clínicos de pacientes, evaluación de pacientes).
- **Estándares de gestión centrados en la organización de atención sanitaria (con un total de seis capítulos).** Son los estándares que se organizan conforme a lo que se hace directa o indirectamente para asegurar una organización y una instalación segura, efectiva y bien gestionada (por ejemplo, prevención y control de infecciones, gestión de las instalaciones, calificaciones del personal).

A continuación se describe el contenido general de cada una de estas secciones y sus respectivos capítulos.

## **Sección I – Estándares centrados en el paciente [7]**

### **Capítulo 1 - Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)**

Una organización de atención sanitaria debe tener en cuenta la atención que proporciona como parte de un sistema integrado de servicios, profesionales de atención sanitaria y niveles de atención, todo lo cual constituye una atención continua. El objetivo es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención sanitaria del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en la organización y luego planificar el alta y el seguimiento. Así se obtienen mejores resultados en la atención al paciente y un uso más eficiente de los recursos disponibles.

Estándares del capítulo = 21

Elementos de medición = 94

### **Capítulo 2 – Derechos de los pacientes y familiares (PFR)**

Cada paciente es único, con sus propias necesidades, fortalezas, valores y creencias. Las organizaciones de atención sanitaria trabajan para establecer la confianza y la comunicación abierta con los pacientes y para comprender y proteger los valores culturales, psicosociales y espirituales de cada paciente.

Los resultados en la atención al paciente mejoran cuando los pacientes y, según sea adecuado, sus familiares o quienes toman decisiones en su nombre, participan de las decisiones y procesos de atención de un modo que se adecua a sus expectativas culturales.

A fin de promover los derechos del paciente dentro de una organización de atención sanitaria, se comienza por definir dichos derechos y luego se educa a los pacientes y al personal sobre los mismos. Los pacientes son informados de sus derechos y cómo actuar para ejercerlos. Se enseña al personal a comprender y respetar las creencias y valores de los pacientes y a brindar atención atenta y respetuosa que proteja la dignidad de los pacientes.

Este capítulo se ocupa de los procesos para:

- Identificar, proteger y promover los derechos de los pacientes,
- Informar a los pacientes de sus derechos,
- Involucrar a la familia del paciente, cuando sea adecuado, en lo que respecta a las decisiones sobre la atención del paciente,
- Obtener consentimientos informados,
- Educar al personal sobre los derechos del paciente, y
- Establecer el marco ético de la organización.

Estándares del capítulo = 30

Elementos de medición = 106

### Capítulo 3 – Evaluación de pacientes (AOP)

Un proceso efectivo de evaluación del paciente da como resultado decisiones sobre las necesidades inmediatas y continuas de tratamiento del paciente de atención de emergencia, optativa o planificada, incluso cuando el estado del paciente cambia. La evaluación del paciente es un proceso continuo y dinámico que tiene lugar en muchos entornos de atención interna y externa y departamentos y clínicas. La evaluación del paciente consta de tres procesos primarios:

- Reunión de información y datos sobre el estado físico, psicológico y social del paciente y su historia de salud.
- Análisis de datos e información, incluidos los resultados de los análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico por imagen, para identificar las necesidades de atención sanitaria del paciente.
- Elaboración de un plan de atención para cubrir las necesidades identificadas del paciente.

Estándares del capítulo = 42

Elementos de medición = 172

#### Capítulo 4 – Atención de pacientes (COP)

El propósito principal de una organización de atención sanitaria es la atención del paciente. Proporcionar la atención más adecuada en un entorno que apoye y responda a las necesidades únicas de cada paciente requiere un alto nivel de planificación y coordinación. Algunas actividades son básicas para la atención del paciente. Para todas las disciplinas que atienden a los pacientes, estas actividades incluyen:

- Planificación y prestación de atención a cada paciente,
- Monitoreo del paciente para entender los resultados de la atención,
- Modificación de la atención cuando sea necesario,
- Finalización de la atención, y
- Planificación del seguimiento.

Estándares del capítulo = 23

Elementos de medición = 74

#### Capítulo 5 – Anestesia y atención quirúrgica (ASC)

El empleo de anestesia, sedación y las intervenciones quirúrgicas son procesos comunes y complejos dentro de una organización de atención sanitaria. Requieren una evaluación completa e integral del paciente, una planificación de atención integrada, un constante monitoreo del paciente y transferencias determinadas por ciertos criterios para continuar con la atención, rehabilitación y una eventual transferencia y alta.

Estándares del capítulo = 14

Elementos de medición = 49

#### Capítulo 6 – Manejo y gestión de medicamentos (MMU)

El manejo de los medicamentos es un componente importante de los tratamientos paliativos, sintomáticos, preventivos y de curación de enfermedades y trastornos. El manejo de los medicamentos abarca el sistema y los procesos que emplea una organización para administrar farmacoterapias a sus pacientes. Esto es, generalmente, un esfuerzo multidisciplinario y coordinado del personal de una organización de atención sanitaria, que aplica los principios de diseño, implementación y mejora efectivos del proceso para seleccionar, adquirir, almacenar, ordenar/recetar, transcribir, distribuir, preparar, dispensar, administrar, documentar y monitorear las terapias con medicamentos. Si bien los roles de los prestadores de atención sanitaria en el manejo de los

medicamentos varía mucho de un país a otro, los procesos sólidos de manejo de los medicamentos para la seguridad del paciente son universales.

Estándares del capítulo = 22

Elementos de medición = 85

### Capítulo 7 – Educación del paciente y familiares (PFE)

La educación del paciente y familiares ayuda a los pacientes a participar mejor en su atención y a tomar decisiones informadas sobre la atención. Muchos y diferentes miembros del personal de la organización educan a los pacientes y a los familiares. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con el o los médicos, o con el personal de enfermería. Otros ofrecen educación al proporcionar servicios específicos tales como rehabilitación o terapia nutricional, o preparan al paciente para el alta y la continuidad de la atención. Como gran parte del personal educa a los pacientes y a los familiares, es importante que los miembros del personal coordinen sus actividades y se centren en lo que el paciente necesita aprender.

Estándares del capítulo = 7

Elementos de medición = 28

## **Sección II - Estándares de gestión centrados en la organización de atención sanitaria [7]**

### Capítulo 8 – Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)

Este capítulo describe un enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. La reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal es integral a la mejora general de la calidad. Tales riesgos pueden encontrarse tanto en los procesos clínicos como en el entorno físico.

Este enfoque incluye:

- El liderazgo y la planificación del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente,
- El diseño de nuevos procesos clínicos y de gestión,
- El monitoreo de lo bien que funcionan los procesos, mediante la recolección de datos de indicadores,
- El análisis de datos, y
- La implementación y preservación de cambios que tengan como resultado la mejora.

Tanto el programa de mejora de la calidad como el de seguridad del paciente:

- Son conducidos por líderes,
- Procuran cambiar la cultura de una organización,

- Identifican en forma proactiva y reducen el riesgo y la variación,
- Usan los datos para concentrarse en cuestiones prioritarias, y
- Procuran demostrar mejoras sostenibles.

La calidad y la seguridad están arraigadas en el trabajo diario de cada uno de los profesionales sanitarios y demás miembros del personal. En tanto los médicos y el personal de enfermería evalúan las necesidades del paciente y prestan atención, este capítulo los puede ayudar a entender cómo llevar a cabo mejoras reales para ayudar a sus pacientes y reducir los riesgos. En forma similar, los gerentes, el personal de apoyo y otros pueden aplicar los estándares a su trabajo diario, para entender cómo pueden ser más eficientes los procesos, cómo pueden usarse los recursos en forma más inteligente y cómo pueden reducirse los riesgos físicos.

Estándares del capítulo = 38

Elementos de medición = 77

#### Capítulo 9 – Prevención y control de infecciones (PCI)

El objetivo del programa de prevención y control de infecciones de una organización es identificar y disminuir los riesgos de contracción y transmisión de infecciones entre los pacientes, el personal, los profesionales sanitarios, los trabajadores contratados, los voluntarios, los estudiantes y los visitantes. Los riesgos de infección y las actividades del programa pueden diferir de una organización a otra, dependiendo de las actividades y servicios clínicos de la organización, la o las poblaciones de pacientes que atiende, su ubicación geográfica, el volumen de pacientes y la cantidad de empleados. Los programas efectivos tienen en común líderes identificados, personal bien capacitado, métodos para identificar y ocuparse de los riesgos de infección en forma preventiva, políticas y procedimientos adecuados, educación del personal y coordinación en toda la organización.

Estándares del capítulo = 23

Elementos de medición = 82

#### Capítulo 10 – Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)

La prestación de una excelente atención al paciente requiere de un liderazgo efectivo. Dicho liderazgo proviene de muchas fuentes dentro de una organización de atención sanitaria, incluidos los líderes del cuerpo de gobierno, los líderes y otras personas que ocupen puestos de liderazgo, responsabilidad y confianza. Cada organización debe identificar a estas personas e involucrarlas en

asegurar que la organización sea un recurso efectivo y eficiente para la comunidad y para sus pacientes.

En particular, estos líderes deben identificar la misión de la organización y asegurarse de que los recursos necesarios para cumplir con esta misión estén disponibles. Para muchas organizaciones, esto no implica agregar nuevos recursos, sino utilizar en forma más eficiente los ya existentes, aunque sean escasos. Además, los líderes deben trabajar en colaboración para coordinar e integrar todas las actividades de la organización, incluso las diseñadas para mejorar la atención al paciente y los servicios clínicos.

El liderazgo efectivo comienza con la comprensión de las varias responsabilidades y la autoridad de las personas en la organización y la forma en que estas personas trabajan juntas. Quienes gobiernan, administran y conducen una organización tienen autoridad y responsabilidad. Colectiva e individualmente, son responsables de cumplir con las leyes y reglamentaciones y de cumplir con la responsabilidad de la organización para con la población de pacientes que se atiende.

Estándares del capítulo = 26

Elementos de medición = 83

## Capítulo 11 – Gestión y seguridad de la instalación (FMS)

Las organizaciones de atención sanitaria trabajan para proporcionar una instalación segura, funcional y que ofrezca apoyo a los pacientes, a los familiares, al personal y a los visitantes. Para alcanzar este objetivo, debe existir una gestión efectiva de la instalación física, del equipo médico y de otro tipo y de las personas. En particular, la gerencia debe esforzarse para:

- Reducir y monitorear los peligros y riesgos,
- Prevenir accidentes y lesiones, y
- Mantener condiciones seguras.

Se elaboran planes por escrito, que tienen en cuenta las siguientes seis áreas, cuando así corresponda según la instalación y las actividades de la organización:

### a. Seguridad y protección:

- Seguridad - el grado en que los edificios, el terreno y el equipo de la organización no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal o los visitantes.
- Protección - contra pérdidas, destrucción, manipulación o acceso o uso no autorizados.

b. Materiales peligrosos: el manejo, almacenamiento y uso de materiales radiactivos u otros están controlados, y los desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.

- c. Manejo de emergencias: existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
- d. Seguridad contra incendios: la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
- e. Equipo médico: el equipo se selecciona, mantiene y utiliza de modo de reducir los riesgos.
- f. Sistemas de servicios básicos: los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.

Estándares del capítulo = 27

Elementos de medición = 85

### Capítulo 12 – Calificaciones y educación del personal (SQE)

Una organización de atención sanitaria necesita una variedad adecuada de personas capaces y calificadas para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes. Los líderes de la organización trabajan juntos para identificar la cantidad y el tipo de personal necesarios basándose en las recomendaciones de los directores de departamentos y servicios.

El reclutamiento, evaluación y designación del personal se logran mejor mediante un proceso coordinado, eficiente y uniforme. Es también esencial documentar las aptitudes, conocimiento, educación y experiencia laboral anterior del solicitante. Es de particular importancia revisar con cuidado las calificaciones del personal médico y de enfermería ya que ellos participan en los procesos de atención clínica y trabajan directamente con los pacientes.

La organización de atención sanitaria debe ofrecerle al personal oportunidades de aprendizaje y superación tanto a nivel personal como profesional. Es por esto que se debe ofrecer al personal educación dentro del servicio y otras oportunidades de aprendizaje.

Estándares del capítulo = 24

Elementos de medición = 91

### Capítulo 13 – Gestión de la comunicación y la información (MCI)

La prestación de atención al paciente es un esfuerzo complejo sumamente dependiente de la comunicación de información. Esta comunicación es para la comunidad, los pacientes, familiares y para los profesionales sanitarios. Las fallas de comunicación son una de las causas raíz más comunes de los incidentes de seguridad de los pacientes.

Para brindar, coordinar e integrar servicios, las organizaciones sanitarias confían en la información sobre la ciencia de la atención, los pacientes individuales, la atención prestada, los resultados de la atención y su propio desempeño. Al igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la

información es un recurso que los líderes de la organización deben manejar en forma efectiva. Toda organización busca obtener, manejar y usar información para mejorar los resultados de los pacientes, así como también el desempeño de la organización tanto a nivel individual como general.

Con el tiempo, las organizaciones se vuelven más efectivas en:

- Identificar las necesidades de información,
- Diseñar un sistema de manejo de la información,
- Definir y capturar datos e información,
- Analizar datos y transformarlos en información,
- Transmitir e informar datos e información, e
- Integrar y utilizar la información.

Estándares del capítulo = 24

Elementos de medición = 104

### **Total de estándares y elementos de medición**

En conjunto esta serie de estándares contempla los siguientes:

Gran total de estándares = 327

Gran total de elementos de medición = 1151

### **3.2. Estándares nacionales de certificación del Consejo de Salubridad General**

A nivel nacional el encargado de realizar este tipo de evaluaciones, es el Consejo General de Salubridad [5]. Está es un órgano del Estado Mexicano, establecido por el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dependiente del Presidente de la República, presidido por el Secretario de Salud, que tiene como mandato la emisión de disposiciones obligatorias en materia de Salubridad General. El Consejo representa la segunda autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El ámbito de acción del consejo abarca a todas las organizaciones, públicas y privadas, que constituyen el Sistema Nacional de Salud, y todas aquellas que estén relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales.

La Certificación es el proceso mediante el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar calidad de la atención médica y seguridad a los pacientes. Acuerdo 020A.2002 de la Sesión Ordinaria del 18 de marzo de 2002.

El Consejo General de Salubridad actualmente evalúa a los siguientes tipos de instituciones de salud:

- Hospitales
- Establecimientos de atención médica ambulatoria
- Establecimientos de atención médica psiquiátrica
- Establecimientos de atención médica de rehabilitación
- Establecimientos de atención médica de hemodiálisis

A partir de Enero del 2009 los estándares de evaluación del Consejo de Salubridad General se alinean a los estándares de la tercera edición de la “Joint Commission International”, con la finalidad de reforzar la calidad y seguridad en los procesos de atención a los pacientes aplicables para todos los hospitales del país.

La Cédula para Certificar Hospitales versión 2009 [32], consta de 2 capítulos: el capítulo I se refiere a los Estándares Internacionales y el capítulo II a los Estándares Nacionales, en ambos se incluyen requerimientos legales de México (Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Normas Oficiales Mexicanas y otras) y estrategias del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012. El Capítulo I, Estándares Internacionales, consta de 3 secciones, la primera abarca los estándares centrados en el paciente, la

segunda estándares de gestión del establecimiento de atención médica y la tercera las metas internacionales para la seguridad del paciente. El Capítulo II, Estándares Nacionales, también consta de 3 secciones, la primera abarca los estándares centrados en el paciente, la segunda estándares de gestión del establecimiento de atención médica, y la tercera los sistemas de información. Los estándares centrados en el paciente abarcan los siguientes apartados:

- Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)
- Derechos del paciente y de su familia (PRF)
- Evaluación de pacientes (AOP)
- Atención de pacientes (COP)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
- Manejo y uso de medicamentos (MMU)
- Educación del paciente y de su familia (PFE)

Los estándares de gestión del establecimiento de atención médica abarcan los siguientes apartados:

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)
- Prevención y control de infecciones (PCI)
- Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)
- Gestión y seguridad de la instalación (FMS)
- Calificaciones y educación del personal (SQE)
- Manejo de la comunicación y la información (MCI)

Los objetivos y los elementos medibles descritos en la sección metas internacionales para la seguridad del paciente, se basan en las “Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente” publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 27 de mayo de 2007. En esta sección se identifican áreas de riesgo dentro del hospital y describen soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos. Las metas internacionales para la seguridad del paciente están estructuradas en 6 metas:

- Meta 1. Identificar correctamente a los pacientes.
- Meta 2. Mejorar la comunicación efectiva.
- Meta 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

- Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud relacionadas con la atención médica.
- Meta 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

En total, la cédula para la certificación de hospitales se integra por **342 estándares y 1354 elementos medibles**. Cada estándar cuenta con un propósito y varios elementos medibles.

Como se puede observar los elementos de medición coinciden en su totalidad con los establecidos por la “Joint Commission International”, pero donde se realizaron ajustes para que sea viable su implementación en los hospitales del país, es en los criterios de evaluación ya que se ajustan a ponderaciones más bajas, quedando de la siguiente manera.

### 3.2.1. Criterios para otorgar la certificación:

Se certifica un establecimiento cuando cumple con todos los siguientes aspectos:

- a. El establecimiento muestra cumplimiento aceptable con cada uno de los estándares. Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio igual o mayor a “5” para cada estándar.
- b. El establecimiento muestra cumplimiento aceptable en cada apartado. Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio igual o mayor a “6” para cada apartado.
- c. El establecimiento muestra un cumplimiento aceptable en términos generales. Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio igual o mayor a “6” en toda la Cédula.
- d. El establecimiento muestra cumplimiento aceptable de los requerimientos de todas las Metas Internacionales de Seguridad de Pacientes. Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio mayor igual a “5” en cada elemento medible de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
- e. El establecimiento muestra cumplimiento aceptable de los requerimientos de la sección Sistemas de Información Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio mayor igual a “5” en la sección referida.
- f. Los establecimientos que obtengan calificaciones aprobatorias pero incumplan estándares ponderados como “indispensables” para la prestación de servicios de atención médica y/o con Observaciones de auditoría relevantes, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos. Una vez que el Establecimiento de Atención Médica notifique el cumplimiento del estándar y/o la resolución de la Observación de auditoría, se programará una visita para constatar el cumplimiento y se presentará el resultado nuevamente ante la Comisión para que dictamine

nuevamente el caso. Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin cumplir el estándar, deberá iniciar nuevamente el proceso de certificación.

### **3.2.2. Costos**

Anteriormente el proceso de la Certificación ante el Consejo General de Salubridad, no tenía costo alguno para las instituciones de salud. Pero a partir del año 2009 la certificación del Consejo General de Salubridad entrará en vigor el cobro de cuotas de certificación en función del tipo de establecimiento y su complejidad; aunque a la fecha no se han especificado las cuotas al respecto.

### **3.2.3. Establecimientos certificados con los nuevos estándares**

En la actualidad no se cuenta con hospitales que hayan obtenido la certificación con los nuevos estándares del Consejo General de Salubridad, la mayoría está en proceso de empezar a implementar los nuevos estándares.

### 3.3. Comparación de los estándares evaluación de hospitales frente a un modelo de gestión de la calidad.

Como parámetro de referencia sobre la implementación de un “modelo de gestión de la calidad” se utiliza el establecido en la norma ISO 9001:2000 [8], la figura 3 representa de manera gráfica la relación de los estándares de acreditación de hospitales de la Joint Commission International (JCI) y con el modelo de calidad. En la figura 3 se relacionan los capítulos de la JCI del 1 al 7 que tienen que ver con la prestación del servicio con los pacientes por lo que de acuerdo al modelo de la norma ISO 9001:2000 se relaciona con la sección correspondiente a la realización del producto, de igual manera se relaciona los capítulos 11 y 12 con la gestión de recursos, el capítulo 10 con la responsabilidad de la dirección y los capítulos 8, 9 y 12 con la sección de medición, análisis y mejora.

Relación de los estándares de la Comisión Conjunta Internacional contra el modelo de calidad ISO 9001:2000 [8]

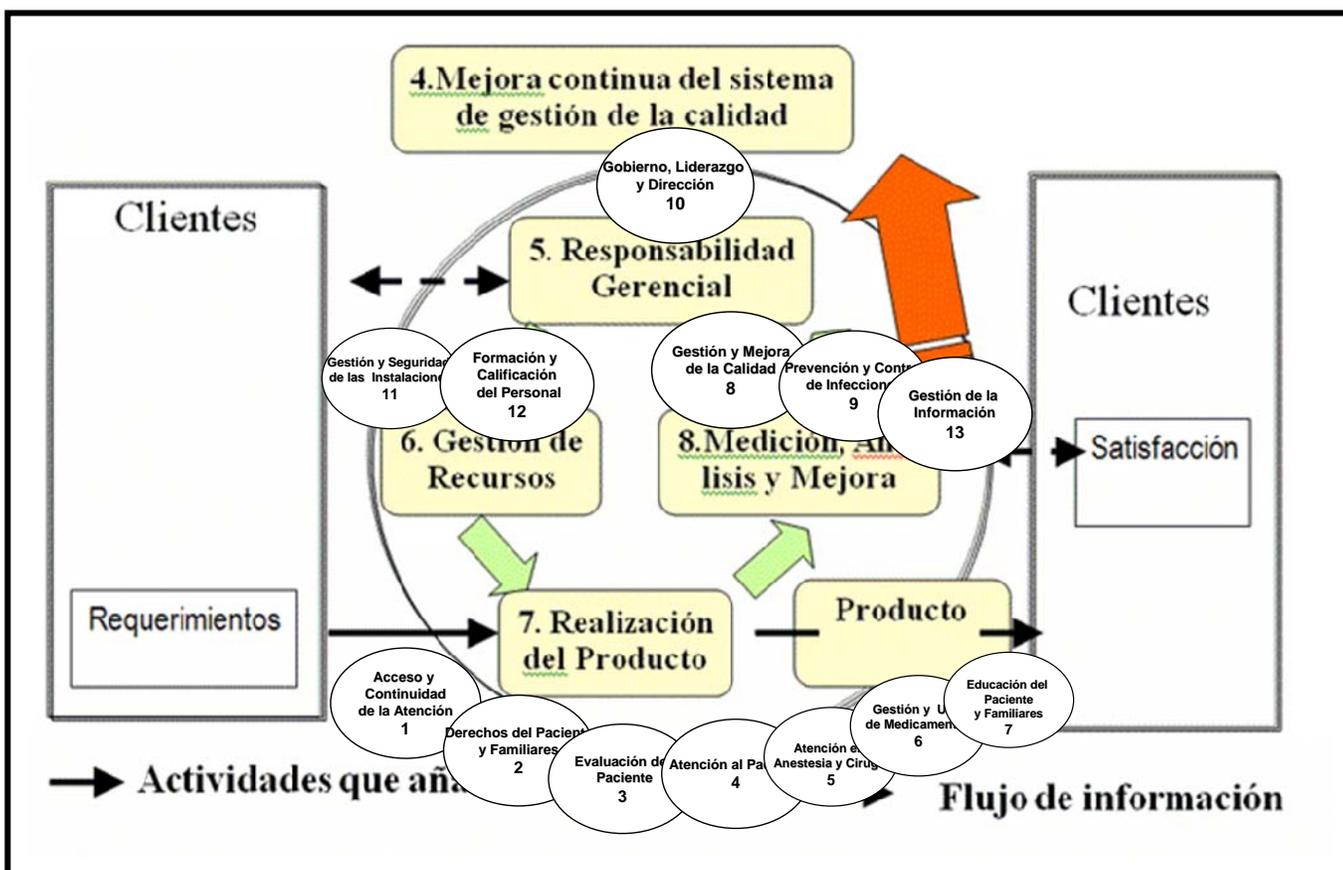


Figura 3

La siguiente tabla representa los requisitos de la norma ISO 9001:2000 [8] y su relación con estándares de acreditación de hospitales.

**Comparación de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 vs Estándares de la “JCI”**

**Tabla 3**

<b>Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]</b>	<b>Requisito</b>	<b>Estándar</b>	<b>Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]</b>
<b>Sistema de Gestión de la Calidad</b>	<b>4</b>		
Requisitos generales	<b>4.1</b>	QPS.1  QPS.2	Los responsables de gobernar y administrar la organización participan en la planificación y el monitoreo de un programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. La organización diseña sistemas y procesos nuevos y modificados conforme a los principios de mejora de la calidad.
Requisitos generales de documentación Generalidades Manual de calidad Control de documentos  Control de los registros de la calidad	4.2 4.2.1 4.2.2 4.2.3  4.2.4	MCI.18    MCI.16	Una política o protocolo, por escrito, definen los requisitos para elaborar y mantener políticas y procedimientos. Los registros y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizados.
<b>Responsabilidad de la dirección</b>	<b>5</b>		
Compromiso de la dirección	5.1	GLD.1	Las responsabilidades del gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.
Enfoque al cliente	5.2	ACC.1.1  ACC.1.1.2  QPS.3.16	La organización cuenta con un proceso para admitir pacientes para su internamiento y para el registro de pacientes externos. Las necesidades de servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación de los pacientes serán priorizadas según el estado del paciente en el momento de la admisión como paciente interno a la organización. El monitoreo de gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia seleccionados por los líderes.

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
Política de la calidad	5.3	GLD.1.1	Los responsables del gobierno aprueban y hacen pública la declaración de la misión de la organización.
Planificación	5.4	GLD.3.1	Los responsables del gobierno aprueban el plan de calidad y seguridad del paciente de la organización y reciben y toman medidas, periódicamente, basándose en los informes del programa de calidad y seguridad del paciente. Los líderes de la organización hacen planes junto a los líderes de la comunidad y los líderes de otras organizaciones para cubrir las necesidades de atención sanitaria de la comunidad.
Objetivos de la calidad	5.4.1	QPS.3	Los líderes de la organización identifican mediciones claves (indicadores) para monitorear las estructuras, procesos y resultados clínicos y de gestión de la organización y las Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente.
Planificación del sistema de gestión de la calidad	5.4.2	GLD.1.6	Los responsables del gobierno aprueban el plan de calidad y seguridad del paciente de la organización y reciben y toman medidas, periódicamente, basándose en los informes del programa de calidad y seguridad del paciente.
Responsabilidad, autoridad y comunicación	5.5 5.5.1	GLD.3 GLD.1.4	Los líderes de la organización están identificados y son responsables, colectivamente, de la definición de la misión de la organización y de la creación de los planes y políticas necesarios para cumplir dicha misión.
Responsabilidad y autoridad			
Representante de la dirección	5.5.2	GLD.2	Los responsables del gobierno nombran al o a los gerentes generales o directores de la organización. Un gerente general o director es responsable de hacer funcionar la organización y cumplir con las leyes y reglamentaciones correspondientes.

<b>Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]</b>	<b>Requisito</b>	<b>Estándar</b>	<b>Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]</b>
Comunicación interna	5.5.3	MCI.1  MCI.2  MCI.3  MCI.4  MCI.5	<p>La organización se comunica con su comunidad para facilitar el acceso a la atención y el acceso a la información sobre sus servicios de atención al paciente.</p> <p>La organización informa a los pacientes y a los familiares sobre su atención y sus servicios y cómo acceder a los mismos.</p> <p>La comunicación y la educación del paciente y de la familia se ofrecen en un formato e idioma comprensibles.</p> <p>La comunicación es efectiva en toda la organización.</p> <p>Los líderes se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.</p>
Revisión por la dirección Generalidades Entradas Resultados	5.6 5.6.1 5.6.2 5.6.3	GLD.1.6	Los responsables del gobierno aprueban el plan de calidad y seguridad del paciente de la organización y reciben y toman medidas, periódicamente, basándose en los informes del programa de calidad y seguridad del paciente.
<b>Gestión de los recursos</b>	<b>6</b>		
Suministro de recursos	6.1	GLD.1.3	Los responsables del gobierno aprueban el presupuesto y asignan los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.
Recursos humanos Generalidades	6.2 6.2.1	SQE.1	Los líderes de la organización definen la educación, aptitudes, conocimiento y demás requisitos que exigen a todos los miembros del personal.

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
Competencia, sensibilización y formación	6.2.2	<p>SQE.1.1</p> <p>SQE.2</p> <p>SQE.3</p> <p>SQE.4</p> <p>SQE.7</p> <p>SQE.8</p>	<p>Las responsabilidades de cada miembro del personal se definen en una descripción del puesto actual.</p> <p>Los líderes de la organización elaboran e implementan procesos para reclutar, evaluar y designar al personal, además de otros procedimientos relacionados que la organización identifique.</p> <p>La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal clínico sean coherentes con las necesidades del paciente.</p> <p>La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico sean coherentes con las necesidades de la organización y los requisitos del cargo.</p> <p>Todos los miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación dentro de la organización, departamento o unidad al que son asignados y con respecto a las responsabilidades específicas de su trabajo al momento de la designación.</p> <p>Cada miembro del personal recibe educación permanente dentro del servicio y demás educación y capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes y conocimiento.</p>

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
	6.2.2	SQE.9  SQE.10  SQE.11  SQE.17	<p>La organización tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las calificaciones (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal médico habilitado para brindar atención al paciente sin supervisión.</p> <p>La organización tiene un procedimiento objetivo, estandarizado, basado en evidencia para autorizar a todos los miembros del personal médico a admitir y tratar pacientes y a prestar otros servicios clínicos según sus calificaciones.</p> <p>Se realiza una evaluación permanente del ejercicio profesional para conocer la calidad y seguridad de la atención clínica que brinda cada miembro del personal médico.</p> <p>La organización tiene un proceso efectivo para la participación de otros profesionales sanitarios miembros del personal en las actividades de mejora de la calidad de la organización.</p>

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
Infraestructura Ambiente de trabajo	6.3 6.4	FMS.1	La organización cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación relevantes.
		FMS.2	La organización elabora y mantiene un plan o planes por escrito que describen el proceso de manejo de riesgos para los pacientes, los familiares, los visitantes y el personal.
		FMS.3	Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.
		FMS.4	La organización planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.
		FMS.5	La organización cuenta con un plan para el inventario, manejo, almacenamiento y uso de materiales peligrosos y el control y desecho de materiales peligrosos y residuos.
		FMS.6	La organización elabora y mantiene un plan y un programa de manejo de emergencias para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.
		FMS.7	La organización planifica e implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.
		FMS.9	Hay agua potable y energía eléctrica, mediante fuentes regulares o alternativas.
		FMS.10	Los sistemas de electricidad, agua, residuos, ventilación, gas médico y demás sistemas claves se someten periódicamente a inspecciones
		FMS.11	La organización educa y capacita a todos los miembros del personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación de atención al paciente segura y efectiva.

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
<b>Realización del producto</b>	<b>7</b>		
Planificación de los procesos de realización	7.1	QPS.1  QPS.1.1  QPS.1.2  QPS.1.3  QPS.1.4  QPS.1.5	Los responsables de gobernar y administrar la organización participan en la planificación y el monitoreo de un programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Los líderes de la organización colaboran para llevar a cabo el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Los líderes priorizan qué procesos deben monitorear y qué actividades de mejora y seguridad del paciente deben llevarse a cabo. Los líderes proporcionan apoyo tecnológico y de otro tipo al programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Se comunica al personal la información acerca de la mejora de la calidad y seguridad del paciente. El personal está capacitado para participar en el programa.
<b>Procesos relacionados con los clientes</b> Determinación de los requisitos relacionados con el producto	<b>7.2</b> 7.2.1	ACC.1  ACC.2  ACC.3	Los pacientes son admitidos para recibir atención de internación o registrados para servicios externos según sus necesidades identificadas de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización. La organización diseña y lleva a cabo procesos para brindar servicios continuos de atención al paciente dentro de la misma y una coordinación entre los profesionales sanitarios. Existe una política que establece la derivación o alta apropiada para los pacientes.

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
Revisión de los requisitos relacionado con el producto	7.2.2	PFR.2  PFR.2.1	La organización apoya los derechos de los pacientes y de los familiares de participar en el proceso de atención. La organización informa a los pacientes y a los familiares sobre el proceso de cómo les comunicarán el estado médico y todo diagnóstico confirmado, cómo les comunicarán la atención y el tratamiento planificados y cómo pueden participar en las decisiones sobre la atención, en la medida que deseen participar.
Comunicación con los clientes	7.2.3	PFR.3  PFR.5  PFR.6	La organización informa a los pacientes y a los familiares sobre su proceso para recibir y tomar medidas respecto a quejas, conflictos y diferencias de opinión sobre la atención del paciente y sobre el derecho del paciente a participar en estos procesos. Todos los pacientes son informados sobre sus derechos de forma tal que puedan comprenderlos. El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido por la organización que lleva a cabo el personal capacitado.

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
<p><b>Diseño y desarrollo</b>  Planificación del diseño y desarrollo  Entradas al diseño y desarrollo  Salidas del diseño y desarrollo  Revisión del diseño y desarrollo  Verificación del diseño y desarrollo  Validación del diseño y desarrollo  Control de cambios del diseño y desarrollo</p>	<p><b>7.3</b>  7.3.1  7.3.2  7.3.3  7.3.4  7.3.5  7.3.6  7.3.7</p>	<p>AOP.1   AOP.2   AOP.3   AOP.4   AOP.5   AOP.6</p>	<p>Las necesidades de atención sanitaria de todos los pacientes atendidos por la organización se identifican a través de un proceso de evaluación establecido.  Se vuelve a evaluar a todos los pacientes, a intervalos adecuados, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.  Las evaluaciones y re-evaluaciones las realizan personas calificadas.  Los médicos, los enfermeros y demás personas y servicios responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.  Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.  Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.</p>
<p><b>Compras</b>  Proceso de compras  Información de las compras  Verificación de los productos comprados</p>	<p><b>7.4</b>  7.4.1  7.4.2  7.4.3</p>		<p>Los estándares de la "JCI" no consideran los procesos relacionados con compras.</p>

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
<p><b>Producción y prestación del servicio</b> Control de la producción y prestación del servicio</p>	<p><b>7.5</b> 7.5.1</p>	<p>COP.1  COP.2  COP.3  COP.4  ASC.1  ASC.3  ASC.6  ASC.7  MMU.1</p>	<p>Las políticas y procedimientos y las leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes. Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente.</p> <p>Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.</p> <p>Habrà una variedad de opciones de alimentación adecuadas para el estado nutricional del paciente y que concuerden con su atención clínica, fácilmente disponibles.</p> <p>Los servicios de anestesia están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes y con los estándares profesionales.</p> <p>Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.</p> <p>Se monitorea y documenta el estado posterior a la anestesia de cada paciente y cada paciente es dado de alta del área de recuperación por una persona calificada mediante el empleo de criterios establecidos.</p> <p>Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.</p> <p>El uso de medicamentos en la organización cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes y está organizado de manera eficiente a fin de cubrir las necesidades del paciente.</p>

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
Validación de los procesos de la producción y prestación del servicio	7.5.2	PFE.1  PFE.2  PFE.3  PFE.4  PFE.5	<p>La organización proporciona educación que respalda la participación del paciente y de la familia en las decisiones sobre la atención y en los procesos de atención.</p> <p>Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se incluyen en su expediente clínico.</p> <p>La educación y la capacitación ayudan a atender las constantes necesidades sanitarias del paciente.</p> <p>La educación del paciente y familiares incluye los siguientes temas, según sea adecuado para la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipo médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, manejo del dolor y técnicas de rehabilitación.</p> <p>Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de sus familiares y posibilitan una interacción suficiente entre el paciente, familiares y el personal de la salud.</p>
Identificación y trazabilidad	7.5.3	Meta 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren la precisión de la identificación del paciente.</li> <li>2. Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos identificadores del paciente, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente.</li> <li>3. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados.</li> <li>4. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos.</li> <li>5. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.</li> </ol>

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
Propiedad del cliente	7.5.4	MMU.6.2  PFR.1.3	Hay políticas y procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos a la organización para que el paciente se autoadministre, o a modo de muestras. La organización toma medidas para proteger las pertenencias de los pacientes contra robo o pérdida.
Preservación del producto	7.5.5	MMU.3  MCI.12	Los medicamentos se almacenan de manera debida y segura. La organización cuenta con una política sobre el tiempo de retención de expedientes, datos e información.
Control de los dispositivos de seguimiento y de medición	7.6	FMS.8	La organización planifica e implementa un programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico y documentar los resultados.
<b>Medición, análisis y mejora</b>	<b>8</b>		
Generalidades Medición y seguimiento Satisfacción del cliente	8.1 8.2 8.2.1	QPS.3.16  QPS.3.17	El monitoreo de gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia seleccionados por los líderes. El monitoreo de gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del personal seleccionados por los líderes.
Auditorias internas	8.2.2		Dentro de los estándares de la "JCI" no cuenta con alguno específico en cuanto a la realización de auditorías. Pero dentro de sus estatutos cuentan con una política que refiere para la evaluación de los estándares conocida como "Metodología Trazadora", que es en un método de evaluación que se implementa para la evaluación de la organización y que fue creado para seguir y trazar las experiencias de la atención que recibió un paciente durante su permanencia en el hospital. Los tipos de trazadores que se tienen definidos son: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Trazador de pacientes</li> <li>✓ Trazador de medicamentos</li> <li>✓ Trazador de control de infecciones</li> <li>✓ Trazador de instalaciones</li> </ul>

<b>Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]</b>	<b>Requisito</b>	<b>Estándar</b>	<b>Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]</b>
Medida y seguimiento de procesos Medida y seguimiento de productos	8.2.3 8.2.4	QPS.3	Los líderes de la organización identifican mediciones claves (indicadores) para monitorear las estructuras, procesos y resultados clínicos y de gestión de la organización y las Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente.
Control de producto no conforme	8.3	QPS.5	La organización emplea un proceso definido para identificar y manejar eventos centinela.
Análisis de datos	8.4	QPS.4 QPS.4.1 QPS.4.2	Las personas con la experiencia, el conocimiento y las habilidades adecuadas agregan y analizan sistemáticamente los datos en la organización. La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio y cumple con los requisitos de la organización. El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otras organizaciones cuando estén disponibles y con estándares científicos y prácticas deseables.
Mejora Mejora continua	8.5 8.5.1	QPS.8 QPS.9	Se logra y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad. Se emprenden actividades de mejora y de seguridad para las áreas prioritarias que identificaron los líderes de la organización.
Acciones correctivas	8.5.2	QPS.6	Se analizan los datos cuando a partir de los mismos son evidentes tendencias y variaciones no deseadas.
Acciones preventivas	8.5.3	QPS.10 QPS.7	Se define e implementa un programa permanente de identificación y reducción de eventos adversos inesperados y riesgos de seguridad para los pacientes y el personal. La organización emplea un proceso definido para la identificación y el análisis de casi fallas.

Requisitos del Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 [8]	Requisito	Estándar	Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales (JCI) [7]
		PCI.1	<p><b>Prevención y control de infecciones</b> Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones. Esta o estas personas están calificadas para trabajar con prácticas de control de infecciones mediante su educación, capacitación, experiencia o certificaciones.</p> <p>La organización diseña e implementa un programa integral para reducir los riesgos de infecciones asociadas con la atención sanitaria en pacientes y trabajadores sanitarios.</p> <p>La organización identifica los procedimientos y procesos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir dicho riesgo.</p>
		PCI.5	
		PCI.7	

### Resultados del comparativo

Con base en el resultado de la comparación de los estándares de la “JCI” en relación a los requisitos de la norma ISO 9001:2000, se puede demostrar que estos coinciden en su gran mayoría, es decir, cuenta con todos los elementos básicos que debe contener un modelo de gestión y es evidente que los estándares de la “JCI” establecen parámetros específicos para ser aplicados en los hospitales lo cual lo hace un modelo de gestión completo para este sector.

El único requisito de la norma ISO 9001:2000 con cual no existe relación precisa con los estándares de la JCI corresponde al punto “7.4 Compras” que considera desde los procesos de adquisición hasta la propia evaluación de proveedores, solamente en el capítulo de Gobierno, Dirección y Liderazgo (GDL) especifica un proceso para la evaluación de contratos con los proveedores, pero el cual no abarca todos los elementos del requisito 7.4 Compras de la norma ISO 9001.

#### **4. Implementación, problemática y ventaja competitiva de los estándares de acreditación de la Joint Commission International**

Para fines de esta tesis se seleccionan algunos estándares por cada uno de los trece capítulos de la Joint Commission International, en la que se presentan propuestas para su implementación, su problemática y las ventajas competitivas.

Los estándares seleccionados corresponden a los siguientes criterios:

- a. Estándares que incorporan nuevas prácticas hospitalarias: Se refiere a los estándares que contemplan adecuaciones en los procesos con la finalidad de reforzar la seguridad al paciente.
- b. Estándares con mayor resistencia en su aplicación: Se refiere a prácticas ya existentes que implican cambios en los procesos y métodos habituales de trabajo encaminados a la estandarización de éstos y que exigen mayor colaboración del personal de la salud.

#### **4.1 Capítulo 1 - Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)**

##### **4.1.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

**ACC.3.3** Los pacientes y, según sea adecuado, sus familiares, reciben instrucciones entendibles de para su seguimiento en el momento del alta [7].

Interpretación del estándar

Es fundamental para los pacientes cuando egresan o sean transferidos a otro hospital contar con instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención continua, a fin de asegurar resultados de atención óptimos y que se cubran todas las necesidades de atención. Las instrucciones incluyen el nombre y la ubicación de los sitios de atención continua, cualquier situación para regresar a la organización con fines de seguimiento y cuándo debe requerirse atención de urgencia. Cuando el estado o la capacidad de un paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento, se involucrará a sus familiares en el proceso. También se incluye a los familiares cuando desempeñan un papel dentro del proceso de atención continua. La organización informa las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a sus familiares, en forma simple y comprensible. Las instrucciones se entregan por escrito o en la forma que resulte más comprensible para el paciente.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensibles.
- b. Las instrucciones incluyen cualquier regreso para atención de seguimiento.
- c. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención de urgencia.

d. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda al estado del paciente.

#### 4.1.2 Implementación:

En cuanto a la normatividad nacional, la que aplica para este tipo de situaciones es la NOM-168-SSA1-1998 - Del Expediente Clínico [30], la cual establece, los siguientes elementos:

#### 6.4. Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

6.4.1. Establecimiento que envía;

6.4.2. Establecimiento receptor;

6.4.3. Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío;

II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

#### 8.8. Nota de egreso.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

8.8.1. Fecha de ingreso/egreso;

8.8.2. Motivo del egreso;

8.8.3. Diagnósticos finales;

8.8.4. Resumen de la evolución y el estado actual;

8.8.5. Manejo durante la estancia hospitalaria;

8.8.6. Problemas clínicos pendientes;

8.8.7. Plan de manejo y tratamiento;

8.8.8. Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;

8.8.9. Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) y

8.8.10. Pronóstico.

Para poder cumplir con este estándar es necesario que las notas contengan todos los elementos mencionados anteriormente, herramientas que permiten cumplir con todo el contenido de acuerdo a la normatividad es mediante el establecimiento de guías o plantillas que contengan dichos elementos para poder asegurar su contenido. En cuanto a los traslados interhospitalarios, es decir entre hospitales, la mayoría de los hospitales cumplen con este tipo de notas, ya que el médico tratante se

ve obligado a la elaboración del resumen clínico, por que en caso contrario, el hospital de referencia no puede recibir al paciente.

Algo importante que se debe tener en consideración por los profesionales de la salud, que uno de los productos o resultantes de la atención médica es la información proporcionada a sus clientes, en este caso los pacientes o familiares; y no confundir que con solo proporcionar la atención clínica es suficiente. Para lograr cumplir con este requisito es necesario promover con los profesionales de la salud en el adecuado manejo de la información que es proporcionada al paciente, puesto que es la evidencia del servicio proporcionado, por lo tanto se les tiene que insistir que primeramente realicen sus notas (médicas y de enfermería) completas y en conformidad con la normatividad, una medida para cumplirlo es mediante el monitoreo del expediente el cual se describe en el capítulo de Gestión de la comunicación y la información (MCI) de la presente tesis; y adicionalmente para cumplir con este estándar es necesario entregar por escrito información clara al paciente, ya que no es suficiente con que solo se le entregue una receta para algunos medicamentos. Los profesionales de la salud tienen que proporcionar información clara y suficiente para asegurar la restauración del paciente, que incluya al menos:

- Los medicamentos necesarios y sus posibles efectos, responsable: Médico Tratante.
- Dieta para seguir en el hogar, responsable: Nutriólogo o dietista.
- Terapias adicionales que se lleguen a requerir, responsable: Fisioterapéutica, Inhaloterapeuta u otros profesionales médicos como los cardiólogos.
- Cuidados de heridas, estomas, piel, etc., responsable: Personal de enfermería.
- Situaciones en las que requieran regresar por alguna urgencia, responsable: Personal médico y/o de enfermería.
- Cuidados adicionales, cuando se requieran.

Como se puede observar la información entregada al egreso del paciente, no solamente es la proporcionada por el médico (nota de egreso y receta de medicamentos), sino más bien por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, y para que esto ocurra, todos los profesionales de la salud involucrados con el paciente (médicos, enfermeras, dietistas, terapeutas, farmacéuticos, etc.) tienen que colaborar en cuanto a la información proporcionada para lograr una pronta recuperación del mismo ya que cada uno cuenta con conocimientos específicos en sus ámbitos de acción y que por consiguiente tienen una mayor participación en la restauración de la salud del paciente, de esta manera no se limita al paciente en cuanto a la información proporcionada al momento de su egreso.

Para asegurar su implementación es necesario contar con un responsable, preferentemente personal administrativo como puede el personal de relaciones públicas o en su caso y por el contacto que se tiene con el paciente también pudiera ser el personal de enfermería, su responsabilidad consistiría en poder conjuntar toda la información otorgada por los diversos profesionales para evitar saturar y confundir a los pacientes y familiares. La información se podrá entregar mediante algún paquete de egreso que contenga todos elementos ya mencionados (receta médicas, dietas, indicaciones específicas, etc.), en el que el responsable de otorgarlo oriente y explique al paciente en que consiste, y en caso de ser requerido canalizarlo con el profesional de salud correspondiente.

Como herramienta complementaria en cuanto información al egreso del paciente existe actualmente en un software relacionado con la descripción y uso medicamentos, ver capítulo 4.6 Manejo y gestión de medicamentos (MMU), conocido como Lexi-Comp, el cual requiere por consiguiente la adquisición de los permisos o licencias correspondientes, dentro de sus funciones tiene apartados referentes al uso de los medicamentos por los pacientes, ver ejemplo, el cual puede ser parte de la información complementaria que se le proporciona al paciente al momento de su egreso.

### Ejemplo de Información de medicamentos para el paciente

The screenshot displays the Lexi-Comp Patient Education interface for the medication Pantoprazole. The interface is divided into several sections:

- Packet Options:** Includes checkboxes for Patient Summary, Signature Page, and English Copy of Foreign Leaflet(s). Font Size is set to Regular (10pt).
- Condition/Procedure Lookup:** Language is set to English. A search box is present.
- Medication Lookup:** Language is set to English, and Level is set to Adult. A search box is present.
- Current Contents:** Shows 1 medication leaflet: Pantoprazole (Adult), English.
- Medication Information:**
  - Pantoprazole (pan TOE pra zole):** Marcas estadounidenses: Protonix®.
  - Marcas canadienses:** Apo-Pantoprazole®, CO Pantoprazole, Mylan-Pantoprazole, Novo-Pantoprazole, Pantoloc®, Panto™ I.V., PHL-Pantoprazole, PMS-Pantoprazole, Protonix®, RAN™-Pantoprazole, ratio-Pantoprazole, Riva-Pantoprazole, Sandoz-Pantoprazole, Tecta™, ZYM-Pantoprazole.
  - Marcas mexicanas:** Cipronat, Kuppam, Leminter, Pantozol, Pauly, Peucetol, Prozolam, Regad, Tecta, Unigastrozol, Zolpra, Zurcal.
  - Categoría terapéutica:** Inhibidor de la bomba de protones; Benzimidazol sustituido.
- Warnings:** ¿Qué advertencias debo tener en cuenta antes de tomar este medicamento?
  - Este medicamento no se combina bien con ciertos otros medicamentos. Pueden ocurrir reacciones graves. Verifique todos los medicamentos con el proveedor de salud médica.
- Reasons not to take:** Razones por las que no debe tomar este medicamento
  - Si es alérgico al pantoprazol o cualquier otro componente de este medicamento.
  - Informe a su médico si es alérgico a cualquier medicamento. No olvide informarlo acerca de su alergia y la forma en que la misma lo ha afectado. Entre otras, algunas de las condiciones que debe mencionar son: sarpullido, urticaria, comezón; falta de aire, silbido en el pecho; tos; inflamación de la cara, los labios, la lengua, o la garganta; o cualquier otro síntoma que haya ocurrido.
- Uses:** ¿Para qué se usa este medicamento?
  - Este medicamento se utiliza para tratar la enfermedad del reflujo gastroesofágico.
  - Este medicamento se utiliza para prevenir o tratar la úlcera de esófago (tubo de tragado).
  - Este medicamento se utiliza para tratar los síndromes provocados por la cantidad elevada de ácidos estomacales.
- How it works:** ¿Cómo actúa?
  - El pantoprazol previene los síntomas y el daño al tubo gastrointestinal provocado por los ácidos estomacales o la infección.
- Best way to take:** ¿Cuál es la mejor forma de tomarlo?
  - Tome este medicamento a aproximadamente la misma hora del día.
  - Tome este medicamento 30 minutos antes de la primera comida del día.
  - Tableta:**
    - Trague la tableta entera. No la mastique, rompa ni triture.
  - Gránulos:**
    - Mezcle los gránulos con 1 cucharadita de puré de manzana o 1 cucharadita de jugo de manzana y beba de inmediato.
  - Inyección (I.V.):**
    - Este medicamento se administra por inyección intravenosa.

Figura 4

#### 4.1.3 Problemática

Un factor que afecta el cumplimiento en los hospitales privados se relaciona con las notas de egreso, puesto que, cuando el médico tratante proporciona la indicación de egreso del paciente, en la mayoría de los casos ya no se le da la importancia a este tipo de notas y solamente suelen entregar un resumen muy general al paciente al momento de su egreso; posteriormente los médicos residentes (médicos en formación) son los que terminan haciendo las notas de egreso y no siempre conocen la condición con la que egresó el paciente. En cuanto a la normatividad nacional esta sólo contempla la “nota de egreso” para el expediente clínico del paciente y no como parte de la información que se le tiene que proporcionar al paciente. Otro factor a considerar será la organización interna para poder conjuntar y canalizar la información que se le entregará al paciente y que ésta sea útil.

#### 4.1.4 Ventaja competitiva:

Con base en experiencias de aplicación en un hospital donde se ha implementado, se ha observado que los pacientes o familiares lo aceptan como un beneficio parte de su tratamiento, ya que se puede constatar que los diferentes profesionales de la salud se involucran en la recuperación y seguridad del paciente. Es decir, cuando el paciente egresa del hospital, además del tratamiento de su problema de salud se lleva una serie de recomendaciones que le permitirán seguir de manera adecuada las indicaciones proporcionadas por todos los profesionales de la salud.

## **4.2 Capítulo 2 – Derechos de los pacientes y familiares (PFR)**

### **4.2.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

PFR.2.3. La organización respeta los deseos y preferencias del paciente respecto a omitir los servicios de resucitación y a renunciar o a retirar tratamientos para prolongar la vida [7].

Interpretación del estándar:

Las decisiones sobre omitir los servicios de resucitación o sobre renunciar a un tratamiento de prolongación de la vida o retirarlo son algunas de las situaciones más difíciles a las que se enfrentan los pacientes, familiares, los profesionales de la salud y las organizaciones. Ningún proceso individual puede prever todas las situaciones en las cuales deberán tomarse esas decisiones. Por este motivo, es importante que la organización elabore un marco para la toma de estas difíciles decisiones, que considere lo siguiente:

- Ayudar a la organización a identificar su posición sobre estos temas.
- Asegurar que la posición de la organización se ajuste a los estándares religiosos y culturales de su comunidad y a todo requisito legal o reglamentario, en particular cuando los requisitos legales para la resucitación no coinciden con los deseos del paciente.
- Se ocupa de situaciones en las que estas decisiones son modificadas durante la atención.
- Guiar a los profesionales de la salud a través de los problemas éticos y legales para llevar adelante tales deseos de un paciente.

Requisitos para ser demostrados:

- a. La organización identificó su posición respecto a la omisión de servicios de resucitación y sobre renunciar a los tratamientos de prolongación de la vida o retirarlos.
- b. La posición de la organización se ajusta a las normas religiosas y culturales de su comunidad y a todo requisito legal o reglamentario.
- c. Se implementan políticas y procedimientos para guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes que la organización conoce y para modificar las decisiones durante el transcurso de la atención.
- d. Se implementan políticas y procedimientos para guiar la respuesta de la organización con respecto a las decisiones del paciente.
- e. La organización guía a los profesionales sanitarios en los problemas éticos y legales para llevar adelante los deseos de un paciente.

#### 4.2.2 Implementación:

Para cumplir con este requisito y con base en la legislación nacional se tienen los siguientes conceptos:

- a. Se define como voluntad anticipada a la manifestación libre y voluntaria de cualquier persona, con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar, de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor sea imposible mantener su vida de manera natural.
- b. Adicionalmente define como enfermedad en estado terminal a aquellos pacientes presentan un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural.

#### Regulación nacional

A nivel federal, a la fecha la Ley General de Salud a partir de noviembre del 2008, contempla el manejo cuando se presenten pacientes con enfermedad en situación terminal, descrita en el artículo 166 Bis, Título octavo, de los cuidados paliativos de los enfermos en situación terminal; aunque aún está pendiente el asegurar su cumplimiento mediante el establecimiento del reglamento federal correspondiente. A nivel estatal o municipal son pocos los estados con reglamentación para poder llevarlo a cabo, un ejemplo de quien ya tiene estructurado para llevarlo a cabo es el Distrito Federal.

En el Distrito Federal existe se cuenta con la Ley de Voluntad Anticipada, publicada el 7 de Enero del 2008 y su respectivo Reglamento de la publicado el 4 de Abril del 2009; que establece las situaciones a realizar en caso de que se presentaran pacientes terminales que optaran por este tipo de decisiones y cuentan con dependencias que se encargan de vigilar su cumplimiento; esta regulación considera de manera general lo siguiente:

- a. El paciente notificará al personal de salud su decisión que se podrá suscribir mediante dos formas:
  - Por cualquier persona ante Notario Público mediante el Documento de Voluntad Anticipada; y
  - Por el enfermo en etapa terminal o suscriptor, ante el personal de salud correspondiente mediante el Formato de Voluntad Anticipada emitido por la Secretaría.
- b. El personal de salud a su vez notificará a su vez a un Comité de Ética de la misma institución, quien decidirá si procede o no la solicitud.

- c. En caso de que proceda, el hospital tiene la responsabilidad de notificar a la Coordinación Especializada de la secretaria de salud del Departamento del Distrito Federal; quien a su vez notificará al Ministerio Público correspondiente.
- d. Finalmente el hospital tiene la responsabilidad de otorgar la asistencia psicológica o tanatológica al paciente y sus familiares y brindar los cuidados específicos para la condición del paciente.

En cuanto a la asistencia por los profesionales de la salud para este tipo de paciente, la ley también establece ciertos requisitos que deben ser cubiertos que consta de:

- a. Contar con personal con la capacitación para otorgar los cuidados paliativos.
- b. Los médicos especialistas en instituciones de segundo y tercer nivel tendrán la responsabilidad de:
  - Proporcionar toda la información que el paciente requiera para la toma de decisiones.
  - Solicitar el consentimiento informado del enfermo en situación terminal.
  - Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos.
  - Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento.
  - Procurar las medidas mínimas necesaria para preservar la calidad de vida de los enfermos.
  - Hacer saber al enfermo, de inmediato y antes de su aplicación, si el tratamiento a seguir para aliviar el dolor y los síntomas de su enfermedad.

#### Lineamientos de implementación

Para evidenciar el apego de estos lineamientos requeridos por la legislación y por los estándares de la JCI, se entrevistó en Abril de 2010 a la Dra. Hilda Gutiérrez Velásquez (médico anesesiólogo, algólogo y paliativista), responsable de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de un hospital de tercer nivel, la cual, con base en su experiencia con el manejo de los pacientes terminales, especifica los siguientes puntos como esenciales para poder cumplir con estos requisitos:

- a. Definir criterios para la para la identificación y selección de pacientes con características terminales como lo son:
  - Paciente oncológico.
  - Paciente con VIH o SIDA
  - Paciente con enfermedad renal
  - Paciente con enfermedad hepática
  - Paciente con enfermedad pulmonar
  - Paciente con enfermedad cardíaca

- b. Contar con una estructura organizacional multidisciplinaria conformada por:
- Médico paliativista o algólogo
  - Psicólogos
  - Nutriólogos
  - Personal de enfermería especialista en dolor
  - Trabajador social
- c. Establecer los siguientes procesos que cubran toda la necesidad de manejo de pacientes terminales que consta de:
- Planeación de los cuidados.
  - Evaluación del paciente y estrategias en el manejo de los síntomas.
  - Mecanismos de comunicación efectiva con el paciente y/o familiares.
  - Obtención de consentimiento informado.
  - Manejo del dolor.
  - Manejo de la nutrición.
  - Alta de paciente.
  - Manejo del duelo.
- d. Solicitar y/o reforzar a través del Comité de Ética la importancia y rapidez para que se reúnan cuando se presenten casos de pacientes terminales.
- e. Mantener comunicación con las dependencias gubernamentales para acelerar los procesos de notificación de voluntad anticipada.
- f. Crear campañas de difusión y capacitación con los profesionales de la salud, sobre como orientar y manejar las situaciones con los pacientes y/o familiares.
- g. Diseñar y difundir material educativo para los pacientes y familiares.

Logrando cumplir con estos lineamiento se garantiza un manejo integral para los pacientes terminales y en el que se logra una mejor aceptación y apego al tratamiento.

#### **4.2.3 Problemática:**

Según datos proporcionado por la Secretaría de Salud del D.D.F. al mes de octubre del 2008 sólo se les había notificado 18 casos desde la implementación de la Ley de Voluntad Anticipada en enero del mismo año.

De acuerdo a la experiencia de los médicos, en cuanto la dificultad de cumplimiento de éste requisito recae en todos los trámites administrativos solicitados para poder hacer llegar la notificación a la propia secretaría, mismos que ya fueron descritos en la sección de implementación.

A consideración de los médicos que otorgan estos cuidados paliativos, la obtención del Formato de Voluntad Anticipada con el paciente no presenta ninguna dificultad ya que se obtiene de manera sencilla, siendo parte de la explicación que se realiza con el paciente. La problemática que se ha observado, consiste en el seguimiento de los trámites requeridos por la Secretaría de Salud de D.D.F. ya que dicho formato tiene que ser revisado por el Comité de Ética del propio hospital para posteriormente hacer la notificación oficial, por consiguiente, estos requerimientos implican tiempo (2 a 3 días o más) y debido a la propia característica de la enfermedad de los pacientes, en lo que se llega a obtener la autorización de las instancias correspondientes, en diversas situaciones el paciente llega a fallecer antes de que autoricen todos los trámites. También se aclara por los mismos médicos, que independientemente del cumplimiento con los requerimientos legales aplicables, continúan con el proceso ya que la condición del paciente lo amerita.

Por consiguiente el hospital junto con las dependencias del gobierno tendrán que acordar la forma más práctica para hacer las notificaciones, incrementándose así los casos que requieren notificación y evitar la omisión de los mismos.

Un factor que también puede afectar su implementación tiene que ver con el enfoque que se llegue a realizar con los pacientes ya que desde el punto de vista, de algunos médicos y/o administradores de hospitales, mientras mayor sea la estancia del paciente los ingresos son mayores. Se cuenta con datos de estudios en hospitales de los Estados Unidos en el se describe el impacto de las estadías prolongadas [9] y que llegan a ser atendidos en unidades de terapia especializada (unidad de terapia intensiva, unidades de cuidados coronarios o en su caso en unidades especializadas que brinden cuidados oncológicos); en donde el costo de mantener pacientes en este tipo de unidades es mucho mayor que en otras áreas de hospitalización. Según cifras de hospitales de Estados Unidos el costo del cuidado de pacientes en este tipo de unidades representa del 1 al 2% del PIB y del 15 a 20% de los costos hospitalarios, lo cual representa el 38% de los costos de cuidados de la salud hospitalarios, ya que su estadía como mínimo en este tipo de unidades es de entre 5 a 6 días, casi el doble de días de estancia que en áreas de hospitalización.

#### **4.2.4 Ventaja competitiva:**

Con base en la práctica del personal médico especialista en cuidados paliativos, el otorgar este tipo de cuidados a los pacientes con sus respectivos familiares, crea un ambiente de mayor tranquilidad y aceptación; lo que puede provocar una mejor imagen del hospital sobre el apoyo en estas posturas orientadas más hacia el trato “ético” y “humano” con los pacientes y familiares. Adicionalmente como ventaja con los médicos tratantes del paciente, estos lo refieren como un apoyo fundamental en el

tratamiento de sus pacientes, ya que cuando el paciente es atendido por un especialista en cuidados paliativos, los pacientes y/o familiares reducen la presión que se llega a ejercer sobre los médicos para que continúen con tratamientos al paciente, aún sabiendo que la esperanza de vida de los pacientes es baja. Con medidas como éstas se pueden reducir los días de estancia de estos pacientes, ya que incluso pueden continuar con su tratamiento en su domicilio pudiendo ser menos costoso para los pacientes y familiares y se crea una mejor imagen del hospital ya que refleja un mejor manejo el tratamiento de pacientes.

### **4.3 Capítulo 3 – Evaluación de pacientes (AOP)**

#### **4.3.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

**AOP.1.3** Las necesidades médicas (historia clínica del paciente) y de enfermería (valoración de enfermería) del paciente se identifican a partir de las evaluaciones iniciales [7].

##### **Interpretación del estándar:**

El resultado principal de las evaluaciones iniciales del paciente es la comprensión de las necesidades médicas y de enfermería del paciente, a fin de poder comenzar a prestar atención y tratamiento. Para lograr esto, la organización determina el alcance y contenido de la evaluación médica, la de enfermería y demás evaluaciones iniciales, el marco de tiempo para completar las evaluaciones y los requisitos de documentación para evaluaciones. Si bien la evaluación médica y la de enfermería son fundamentales para el inicio de la atención, otros prestadores podrían hacer evaluaciones adicionales, incluidas evaluaciones especiales y evaluaciones personalizadas. Estas evaluaciones deben estar integradas y deben identificarse las necesidades de atención más urgentes.

Requisitos para ser demostrados:

- a. La evaluación inicial da como resultado la identificación de las necesidades médicas del paciente.
- b. Las necesidades médicas se identifican basándose en la historia de salud documentada y en el examen físico, así como también en otras evaluaciones necesarias conforme a la política del hospital.
- c. La evaluación inicial (diagnóstico de enfermería) da como resultado la identificación de las necesidades de enfermería del paciente.
- d. Las necesidades de atención de enfermería del paciente se identifican basándose en la evaluación documentada del personal de enfermería, la evaluación médica y las demás evaluaciones necesarias conforme a la política del hospital.

#### **4.3.2 Implementación:**

En cuanto a la implementación de este estándar y sus respectivos elementos de medición, para fines de este estudio la valoración correspondiente a la parte médica no es necesario analizarla ya que por normatividad oficial es un requisito realizar dicha evaluación conocido como historia clínica. Los elementos que a continuación se analizan se enfocan hacia la valoración diagnóstica de enfermería ya que en la actualidad en nuestro país es una práctica que apenas esta iniciando.

## Definición de Diagnóstico de Enfermería

Son muchas las definiciones que se pueden encontrar, intentando dar una respuesta concreta sobre lo que es un diagnóstico enfermero, pero todas ellas están basadas en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están capacitadas para tratar independientemente. Algunas de estas definiciones [10] son:

- a. El Diagnóstico de Enfermería (Gordon) describe los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar.
- b. El Diagnóstico de Enfermería (Carpenito) es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería.
- c. El Diagnóstico de Enfermería (P. Baker) es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera.
- d. El Diagnóstico de Enfermería (J. H. Carlson) es la manifestación del estado de alteración, potencial o real, de la salud de un usuario o usuarios, que se deriva de una valoración de enfermería y que requiere la actuación por parte del profesional de enfermería.

## Evolución de los diagnósticos de enfermería

Algunos autores coinciden en señalar la reunión que se celebró en 1973, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de St Louis, como el hito más importante para la aceptación y utilización de los Diagnósticos de Enfermería [10], las dos décadas que precedieron a esta reunión estuvieron marcadas por continuos debates e intentos de aproximar la profesión al término diagnóstico de enfermería.

Fue en 1950 cuando R. Louise McNaus uso por primera vez el término de Diagnósticos de Enfermería al discutir de las funciones profesionales refiriéndose a la identificación de problemas. En 1953 Vera Fry indica la posibilidad de formular un diagnóstico enfermero [10] tras la observación de cinco áreas del paciente:

- Tratamiento y medicación.
- Higiene personal.

- Necesidades ambientales.
- Guía y enseñanza
- Necesidades humanas y personales.

En 1955 Lesnick y Anderson definen que el área de responsabilidad de la enfermera puede llamarse Diagnósticos de Enfermería. En 1960 Faye Abdellah propuso un sistema de ordenación para identificar problemas clínicos, éste sistema se aplicó en algunas escuelas para facilitar a los alumnos la identificación de los problemas de los pacientes. Numerosos fueron los profesionales que durante los años 60 trabajaron e investigaron acerca de la utilización del Diagnósticos de Enfermería siendo en los años 70 cuando se consolida la utilización de los diagnósticos como fruto de la primera Conferencia Nacional de Clasificación de Diagnósticos de Enfermería (1973 - Escuela de Enfermería de la Universidad de St. Louis), celebrada tras la aprobación de la utilización del término Diagnósticos de Enfermería por la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.). El grupo de expertos que se reunió en 1973 se convirtió posteriormente en los que hoy conocemos como Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A. por sus siglas en inglés), resultado del trabajo realizado por la NANDA se han ido publicando diferentes listados de diagnósticos aceptados en sus conferencias.

#### Diferencias entre Diagnóstico Médico y Diagnostico de Enfermería

Una de las dificultades que nos podemos encontrar en la utilización del Diagnóstico de Enfermería (D.E.) es establecer la correcta diferenciación entre el D.E. y el Diagnóstico Médico (D.M.). Conviene dejar claro este aspecto antes de abordar la formulación de D.E.

El D.M. fija su atención en la patología, tratamiento y curación de la enfermedad [10]. El D.E. fija su atención en las respuestas del paciente o familiar a su enfermedad o en los factores que pueden afectar al mantenimiento de su estado óptimo, de acuerdo a las siguientes consideraciones:

#### Comparación entre el diagnóstico médico y de enfermería

<b>Médico</b>	<b>Enfermería</b>
Describe una enfermedad concreta	Describe una respuesta humana
Permanece invariable durante el proceso	Puede variar
Implica tratamiento médico	Implica cuidados de enfermería
Hace referencias a alteraciones fisiopatológicas	Hace referencia a la percepción que el paciente tiene de su propio estado de salud
Se suele aplicar solo a individuos	Puede aplicarse a individuos y grupos.

**Tabla 4**

A continuación se presentan algunos ejemplos de estas diferencias:

### Ejemplos de diagnósticos médicos y de enfermería

Diagnóstico médico	Diagnóstico de enfermería
Diabetes tipo I en pacientes de 6 años de edad.	Déficit de conocimiento relacionado con la reciente aparición de la enfermedad.
Gastroenteritis por ingesta de agente químico desconocido.	Déficit nutricional relacionado con las náuseas y vómitos, disfagia y úlceras bucales.
Colostomía por enfermedad de Crohn.	Disfunción sexual relacionada con el cambio de imagen y/o lesión de sistema nervioso.

Tabla 5

#### Errores más frecuentes en la formulación de Diagnósticos de Enfermería

La formulación de Diagnósticos de Enfermería requiere una práctica de la que actualmente no se cuenta con suficiente experiencia [10]. Como en cualquier profesión el personal de enfermería no se encuentra libre de cometer errores hasta que cuenten de una cierta habilidad, para intentar facilitar la elaboración de enunciados diagnósticos con precisión, se recomienda evitar algunos errores de frecuente aparición en su construcción.

Al enunciar los D.E. no se deben cometer los siguientes errores:

- Expresar el diagnóstico como una necesidad del paciente.
- Expresar el diagnóstico en términos de actividad de enfermería.
- Formular un diagnóstico como si fuera un tratamiento o prueba diagnóstica.
- Incluir más de un problema.
- Expresar el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- Emplear terminología médica.
- Emitir juicios de valor.
- Comprometerse legalmente.

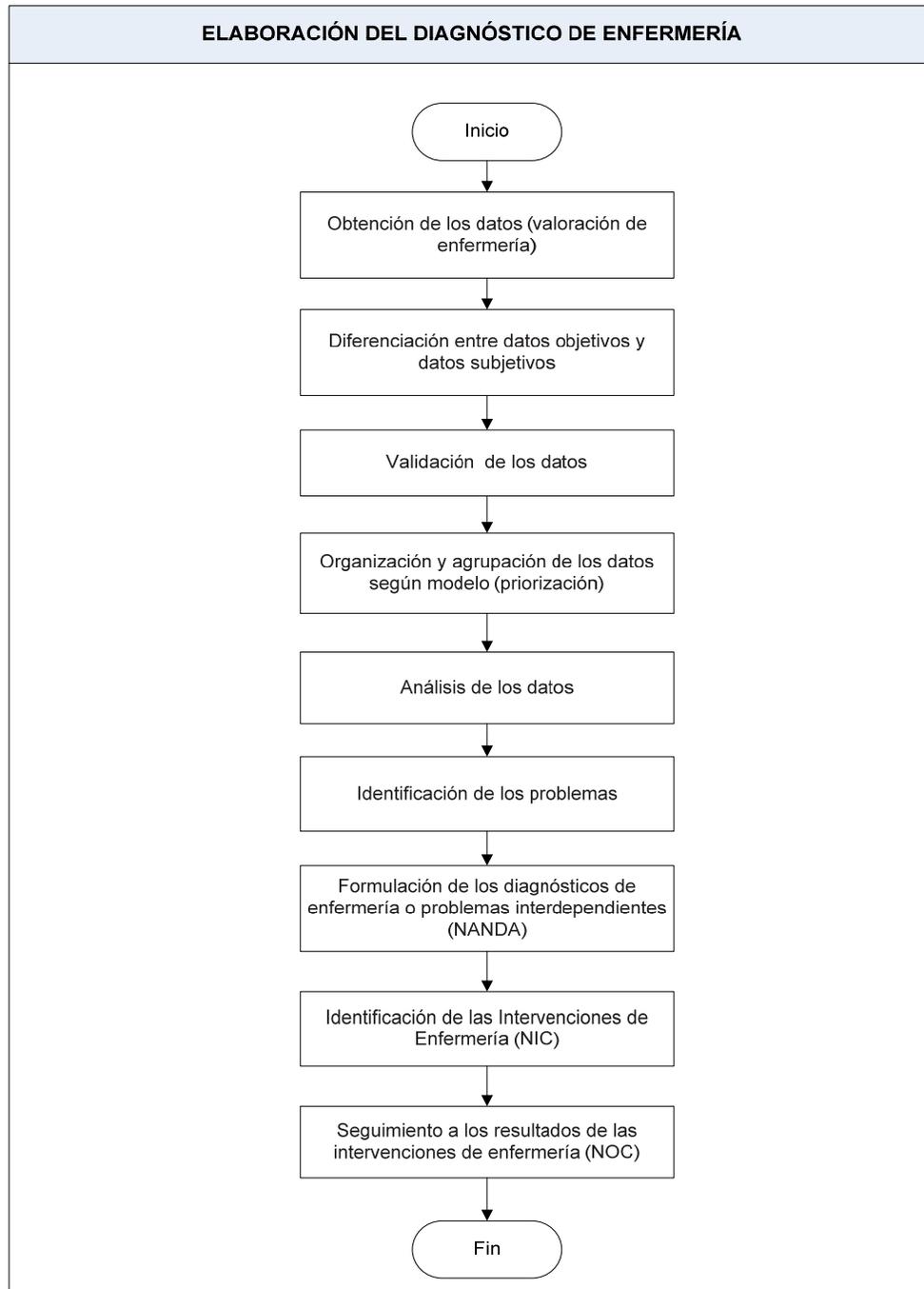
#### Estrategia para la identificación de Diagnósticos de Enfermería

Para llegar a formular correctamente los Diagnósticos de Enfermería se tendrá que haber identificado previamente los problemas de salud que presenta el paciente. La identificación de problemas requiere aplicar en toda su extensión las técnicas de valoración (Observación, entrevista y examen físico) aunque, conviene utilizar estrategias que garanticen una definición precisa y homogénea de los mismos. Dichas estrategias, tendrán como referencia la selección de algún Modelo de Cuidados que opten por aplicar a la práctica profesional de enfermería.

Uno de estos modelos que pueden ser funcionales para otorgar los cuidados de enfermería es el de Gordon [10], el cual considera los siguientes elementos:

- Modelo de percepción
- Cuidado de la salud
- Modelos nutricional metabólico
- Modelo de eliminación.
- Modelo de actividad / ejercicio.
- Modelo cognitivo / perceptivo.
- Modelo sueño / descanso.
- Modelo de percepción / concepto de sí mismo.
- Modelo de papel / relación social.
- Modelo de sexualidad / reproducción.
- Modelo de adaptación / tolerancia al estrés.
- Modelo de valores / creencias.

El siguiente el diagrama presenta las actividades requeridas para la elaboración de Diagnósticos de Enfermería.



**Figura 5**

### Clasificación de Diagnósticos de Enfermería (NANDA)

Actualmente la NANDA [11] cuenta con una clasificación de **188 Diagnósticos de Enfermería**, los cuales se agrupan en 13 dominios, con sus respectivas sub-clasificaciones, que son:

- Dominio 1 – Promoción de la Salud. Toma de consciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento. Cuenta con 10 diagnósticos.
- Dominio 2 - Nutrición. Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía. Cuenta con 10 diagnósticos.
- Dominio 3 – Eliminación e intercambio. Secreción y excreción de los productos corporales de desecho. Cuenta con 16 diagnósticos.
- Dominio 4 – Actividad /reposo. Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos. Cuenta con 26 diagnósticos.
- Dominio 5 Percepción/cognición. Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación. Cuenta con 11 diagnósticos.
- Dominio 6 – Autopercepción. Conciencia del propio ser. Cuenta con 13 diagnósticos.
- Dominio 7 – Rol/relaciones. Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones. Cuenta con 15 diagnósticos.
- Dominio 8 – Sexualidad. Identidad sexual, función sexual y reproducción. Cuenta con 2 diagnósticos.
- Dominio 9 – Afrontamiento/tolerancia al estrés. Forma de hacer frente a los acontecimientos / procesos vitales. Cuenta con 31 diagnósticos.
- Dominio 10 – Principios vitales. Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbre o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco. Cuenta con 11 diagnósticos.
- Dominio 11 – Seguridad/protección. Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, preservación de la protección y seguridad. Cuenta con 32 diagnósticos.
- Dominio 12 – Confort. Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social. Cuenta con 6 diagnósticos.
- Dominio 13 – Crecimiento/desarrollo. Aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad. Cuenta con 5 diagnósticos.

#### Intervenciones de enfermería (NIC)

En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para la adecuada implantación de los diagnósticos de

enfermería de la NANDA. Su finalidad es que los diagnósticos fueran mejorados con la disponibilidad de intervenciones y de resultados estandarizados.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada [12] completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos.

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente. Actualmente se cuentan con **514 intervenciones** y más de **12,000 actividades**.

#### Resultados de enfermería (NOC)

Los resultados estandarizados [13] fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

Se entiende como resultado de enfermería al estado, conducta o percepción de un individuo, familiar o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervención(es) de enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado. Para medirlo, el resultado precisa la identificación de una serie de indicadores más específicos.

La clasificación de resultados que responden a los cuidados de enfermería es un trabajo importante para la enfermería con el énfasis actual en el costo y la eficacia del sistema asistencial. Los esfuerzos para medir los resultados y representar los cambios en el estado de pacientes a lo largo del tiempo permiten que las enfermeras mejoren la calidad del cuidado de los pacientes y amplíen la base de conocimientos enfermeros.

La clasificación actual es una lista de **330 resultados** con definiciones, indicadores y escalas de medida; está dividida en 31 clases y 7 dominios. En la clasificación, los resultados se presentan para su uso a nivel individual, familiar y comunitario o poblacional.

Ejemplo de la implementación de la NANDA, NIC y NOC

Por cada uno de los más de 180 diagnósticos de enfermería (NANDA) de los cuales se seleccionen los más prioritarios para cada paciente y ahí el listado de intervenciones (NIC) y resultados deseados (NOC), se presenta a continuación que se deberá hacer por cada diagnóstico identificado:

**Relación del diagnóstico de enfermería con sus intervenciones y resultados deseados**

<b>00002 Desequilibrio nutricional por defecto (NANDA)</b>		
<b>Definición:</b> Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.		
<b>Intervenciones (NIC)</b>		<b>Resultados deseados (NOC)</b>
Asesoramiento nutricional	<input type="checkbox"/>	Control de peso
Manejo de la nutrición	<input type="checkbox"/>	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos
Etapas en la dieta	<input type="checkbox"/>	Peso: Masa corporal
Manejo de trastornos en la alimentación	<input type="checkbox"/>	Conocimiento: Dieta
Manejo del peso	<input type="checkbox"/>	Imagen corporal
Monitorización nutricional	<input type="checkbox"/>	Creencia de la salud: capacidad percibida para actuar
Manejo de líquidos	<input type="checkbox"/>	
Administración de NPT	<input type="checkbox"/>	
Administración enteral por sonda	<input type="checkbox"/>	

**Tabla 6**

Ventajas e inconvenientes de la utilización de los Diagnósticos de Enfermería

Ventajas e inconvenientes para el paciente-cliente

Ventajas

- Permite la identificación de sus necesidades particulares.
- Permite plantear objetivos para sus cuidados personales.
- Permite una nueva visión profesional de sus problemas.
- Permite un tratamiento específico de las enfermeras sobre alguno de sus problemas.

Inconvenientes

- Se puede perder el trato personal al paciente y convertirlo en uno o varios diagnósticos.
- Se pueden inferir datos de otros pacientes con el mismo problema.

## Ventajas e inconvenientes para el personal de enfermería

### Ventajas

- Facilitará la comunicación por el uso de una taxonomía propia.
- Favorecerá la implantación del proceso de atención de enfermería como método de trabajo.
- Aumentará la información sobre el paciente.
- Permitirá una participación con contenido específico en las reuniones del equipo de salud.
- Facilitará los cambios de turno y mejorara la información entre los profesionales.

### Inconvenientes

- Dificultad en la utilización de una taxonomía no desarrollada.

Los profesionales de enfermería están obligados a prestar cuidados de la máxima calidad posible, el convencimiento de que la utilización de los Diagnósticos de Enfermería aumentará esa calidad, debe persuadir para su utilización. El éxito de esta nueva forma de trabajo no sólo afecta a los profesionales de enfermería, sino que abre nuevas perspectivas al desarrollo del derecho a una mejor salud de los pacientes, el compromiso del personal de enfermería es el único que puede conducir a esta profesión al lugar que se merece en la sociedad.

### Caso de implementación

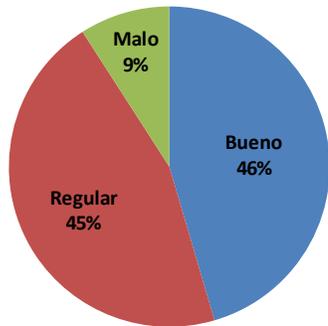
Con base en la experiencia de un hospital privado de tercer nivel, a continuación se presentan los resultados de la implementación del proceso de valoración, diagnóstico, cuidados y seguimiento del plan de enfermería.

- a. Muestra: Para el presente estudio se tiene un total de 16 encuestas aplicadas, de universo total de 54 enfermeras distribuidas en dos servicios del hospital (terapia intermedia y ginecología).
- b. Distribución del tipo de formación del personal entrevistado: El 55% del personal entrevistado corresponde a enfermera con carrera técnica, 27% con nivel de licenciatura y un 18% con alguna especialidad.
- c. Preguntas de Evaluación: La aplicación de la encuesta constó de 5 preguntas orientadas a la aplicación de la valoración y obtención de diagnóstico de enfermería, conformada por las siguientes preguntas:
  - Cómo considera la aportación de la restauración de la salud del paciente, mediante el proceso de valoración de enfermería y la determinación de su respectivo diagnóstico: (Buena, Regular o Malo)
  - Cómo considera el proceso de obtención de diagnósticos de enfermería: (Fácil, Regular o Complicado)

- De acuerdo a los diagnósticos obtenidos, las intervenciones (NIC) y resultados (NOC) son llevados en su: (Totalidad, parcialmente o nulo).
- Cómo considera la aceptación del personal médico en cuanto a los diagnósticos de enfermería: (Buena, Regular o Malo)
- En su opinión, considera que el diagnóstico de enfermería fomenta o crea mayor valor a la profesión de enfermería: (Si o No).

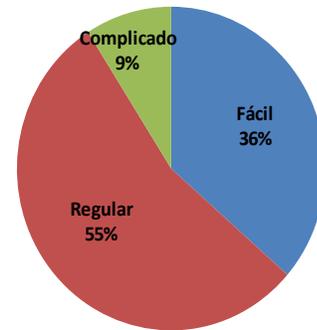
d. Resultados de la Evaluación:

**Aportación en la restauración de la salud mediante el diagnóstico de enfermería**



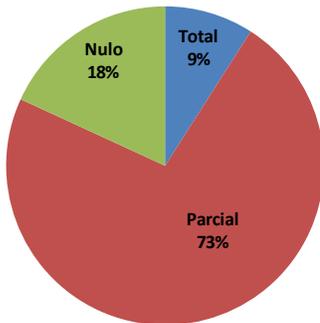
**Figura 6**

**Forma de obtención del diagnóstico de enfermería**



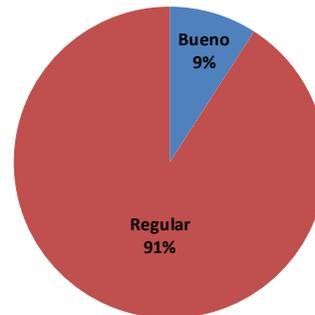
**Figura 7**

**Apego a las intervenciones (NIC) y resultados (NOC)**



**Figura 8**

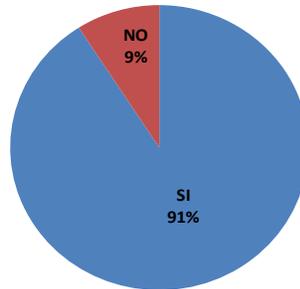
**Aceptación del personal médico**



**Figura 9**

---

**Aportación del proceso diagnóstico a la  
profesión de enfermería**



**Figura 10**

e. Principales Comentarios y Conclusiones:

- En cuanto a la aportación que le genera a las enfermeras, lo consideran como una mejora ya que cuentan con una herramienta que permite ser más específico en cuanto a la atención que requiere el paciente.
- El personal considera que no existe continuidad en la aplicación de las intervenciones (NIC) y seguimiento con los resultados (NOC).
- Consideran que se puede mejorar la herramienta haciéndola más práctica sin tanto formato, es decir, que se puedan apoyar con sistemas informáticos o bases de datos electrónicas para mayor facilidad.
- En general se percata que los médicos desconocen el proceso de evaluación que realizan las enfermeras.

**4.3.3 Problemática:**

Los hospitales del país (públicos o privados) enfrentan la problemática de la ausencia de personal de enfermería con nivel de licenciatura; los siguientes datos [14] presentan proporciones del personal de enfermería muy similares para los hospitales privados en la que el 77% son enfermeras con nivel técnico, 14% son licenciadas de enfermería, 6% son enfermeras que cuentan con cursos posttécnicos y solo el 3% son enfermeras con posgrado.

En cuanto a la edad de las enfermeras, el 74% se encontró por debajo de los 30 años, el rango oscila entre 20 y 50 años, la media es de 28.5 años.

El 44% de la población proviene de escuelas dependientes de la Secretaría de Educación Pública (CONALEP, CETIS, CEBETIS), el 32% de la Universidad Autónoma de México (ENEO y FES Zaragoza), 11% del Instituto Politécnico Nacional y el 13 de otras instituciones.

Aunado a la ausencia del personal de enfermería con nivel de licenciatura, los hospitales privados del país también enfrentan la situación de la alta rotación del personal de enfermería que representa entre un 15 a un 20% de rotación anual. Esto debido a que la gran parte del personal de enfermería que una vez obtenido el nivel de licenciatura optan por buscar alguna plaza o vacante en Instituciones públicas debido a las prestaciones que se les otorga.

El reto entonces que enfrentan los hospitales privados es que para la implementación de la valoración inicial y establecimiento de los diagnósticos de enfermería, es el que requiera de persona con un nivel al menos de licenciatura, que actualmente en las escuelas (UNAM e IPN) solo presentan como teoría quedando aún faltante la práctica. De ahí la principal problemática es por eso que los hospitales una opción será la de contar solo con un grupo especializado de enfermeras, con un sueldo superior, que se dediquen exclusivamente a esta actividad y entreguen los planes ya realizados al personal restante.

Otra problemática que enfrentan los hospitales, las escuelas y en general el país, es el gran rezago para la implementación de los diagnósticos de enfermería, que en relación a Estados Unidos de Norteamérica es de más de 30 años y con algunos países europeos aproximadamente 20 años. Ambos con instituciones que se dedican a la elaboración, revisión y publicación de diagnósticos de enfermería, y que actualmente en México no existe organizaciones que se dediquen a este tipo de actividades.

#### Dificultades para el empleo de los Diagnósticos de Enfermería

Las dificultades para la utilización de los diagnósticos no son específicas de la profesión de enfermería, pero conviene tener en cuenta aquellas que dadas las características son relevantes para los profesionales de enfermería [10], para poder trazar planes que nos ayuden a disminuirlas:

- a. Falta de precisión en los términos: Principal motivo de la inexperiencia en la utilización de los Diagnósticos de Enfermería, ésta nos puede llevar a clasificar estados del paciente erróneamente. Se podrá disminuir esta dificultad con el dominio de las características definitorias.

- b. Falta de conocimientos: Generados fundamentalmente por la aparición de nuevos diagnósticos en las clasificaciones. Es posible confundir un diagnóstico de deterioro en el intercambio de gases por uno de vía aérea no permeable.
- c. Errores en la valoración: Estos nos pueden conducir a la formulación de diagnósticos equivocados o a omitir diagnósticos que deberían haberse realizado.
- d. Diagnósticos prematuros: Fundamentalmente realizados antes de tener todos los datos para realizar una valoración completa. Se puede concluir que un paciente tiene un diagnóstico de falta de conocimientos, cuando su modelo de percepción está alterado por una causa que distorsiona las respuestas, por ejemplo dolor.
- e. Prejuicios personales: A veces tenemos pacientes con los que nos predisponemos por su forma de ser o comportamiento, cuando esto ocurra haga un esfuerzo por anteponer la profesionalidad a sus principios o creencias.
- f. Estereotipación: La valoración del paciente debe ser continua, no podemos convertir una valoración inicial en una constante para el paciente. Un diagnóstico de ansiedad en un paciente que va a ser sometido a la amputación de un miembro puede evolucionar a un diagnóstico de perturbación de la imagen corporal.

#### 4.3.4 Ventaja competitiva:

Uno de los principales cambios que se puede alcanzar la organización es si logra cumplir con este estándar y con ello lograr una ventaja competitiva con aquellos hospitales que no cuenten con un sistema adecuado de valoración, diagnóstico y establecimientos de plan de cuidados de enfermería son:

- a. Valorar más la profesión de enfermería, en el sentido de que no solo es la que administra medicamentos, baña al paciente, etc. y que sólo siga las indicaciones del personal médico; sino que se lleguen a convertir en profesionales que sean decisivos en el proceso de atención al paciente.
- b. Mejorar la percepción de los pacientes y familiares, puesto que al implementar esta nueva forma de trabajar se interactúa más y se conoce más sobre su padecimiento, y los pacientes y familiares lo pueden percibir como un gran interés que tenga el personal de enfermería hacia su salud y bienestar.
- c. Por consiguiente, al estar el personal de enfermería más involucrado en el proceso de atención, puede ayudar a disminuir diversos errores que puedan afectar la salud o condición del paciente; por ejemplo reducir el riesgo de caídas, riesgo de infecciones, etc. y fomentar el cumplimiento en apego a las indicaciones médicas y de otros profesionales.

## **4.4 Capítulo 4 – Atención de pacientes (COP)**

### **4.4.1 Estándar seleccionado (estándar existente con resistencia en su aplicación)**

QPS.2.1 Se utilizan guías clínicas y rutas clínicas para guiar la atención médica [7].

Interpretación del estándar:

Los prestadores de atención procuran elaborar procesos de atención clínica y tomar decisiones de atención clínica, basados en la mejor evidencia científica disponible. Las guías clínicas constituyen herramientas útiles en este esfuerzo para entender y aplicar la mejor ciencia a un diagnóstico o estado particular.

Además, los prestadores de atención procuran normalizar los procesos de atención. Las rutas de atención clínica son herramientas útiles en este esfuerzo para asegurar una integración y una coordinación de atención efectiva y el uso eficiente de los recursos disponibles.

Las guías clínicas y las rutas de atención clínica relevantes para la población de pacientes y la misión de la organización:

- Se seleccionan entre las que corresponden a los servicios y pacientes de la organización (en este proceso se incluyen guías nacionales obligatorias, si las hubiera),
- Se evalúan por su aplicabilidad y ciencia,
- Se adaptan cuando es preciso a la tecnología, los fármacos y demás recursos de la organización, o a la normativa profesional nacional aceptada,
- Se aprueban o adoptan formalmente por parte de la organización,
- Se implementan y se monitorean, para que su uso sea constante y efectivo,
- Están respaldadas por personal calificado para aplicar las guías, y
- Se actualizan periódicamente.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Los líderes emplean guías clínicas para guiar los procesos de atención al paciente.
- b. Los líderes emplean rutas clínicas para estandarizar los procesos de atención.
- c. La organización sigue un proceso para implementar guías clínicas y rutas clínicas.
- d. El proceso se utiliza para adaptar, adoptar o actualizar al menos una guía y una ruta en período de 12 meses.

### **4.4.2 Implementación:**

De acuerdo a la “JCI” define a las guías de práctica clínica como declaraciones que ayudan a los profesionales de la salud y a los pacientes a elegir la atención sanitaria adecuada para problemas

clínicos específicos (por ejemplo, recomendaciones sobre el manejo de casos de diarrea en niños menores de 5 años). Se guía al personal de la salud a través de todos los pasos de la consulta: preguntas a formular, signos físicos a buscar, análisis de laboratorio a indicar, evaluación de la situación y tratamiento a indicar.

Las guías de práctica clínica [15] son instrumentos que han surgido como consecuencia de la necesidad de homogeneizar la práctica médica por varias razones. Entre ellas, se ha argumentado el alto costo en la atención, evitar una asistencia inapropiada al paciente (infrautilización o sobre utilización), evitar la amplia variabilidad detectada en la asistencia clínica y la creciente necesidad de estandarización de procesos clínicos que permitan su evaluación.

Las guías de práctica clínica (GPC) son recomendaciones para profesionales de la salud desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor evidencia existente y para el paciente en la ganancia de la confianza que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guía.

#### Evaluación de la confiabilidad de las guías de práctica clínica

Para que las GPC sean confiables [16] y cuenten con un nivel adecuado de calidad requieren cumplir ciertas características en su desarrollo y en el contenido de la versión final. Para lograrlo se han realizado esfuerzos a nivel internacional y uno de lo más difundidos fue el que llevó a la creación del instrumento “AGREE” (Apraisal of Guidelines Research and Evaluation for Europe).

Esta herramienta consta de 23 preguntas claves organizadas en seis áreas:

- a. Alcance y objetivo. Propósito general de la guía, preguntas clínicas específicas y población de pacientes en quienes se va a aplicar.
- b. Participación de los implicados. Grado en el que el contenido representa los puntos de vista de los usuarios a los que la GPC está destinada.
- c. Rigor en la elaboración. Descripción del proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia.
- d. Claridad y presentación. Uso de lenguaje y formato claros.
- e. Aplicabilidad. Referencia de las posibles implicaciones en aspectos organizativos, resultados en salud y costos.

- f. Independencia editorial. Especificación de la independencia de las recomendaciones y posibles conflictos de interés por quienes elaboran la guía.

La elaboración de las GPC [15] requiere que un grupo multidisciplinario y con profesionales de todos los niveles de atención realice la búsqueda sistemática, evaluación crítica y clasificación de la bibliografía científica, de acuerdo con los criterios de evidencia establecidos. Posteriormente, con base en la información seleccionada, la experiencia clínica de los expertos y tomando en cuenta los recursos de los servicios, se elaboran por consenso las recomendaciones en forma explícita en texto y algoritmo. La primera versión de la GPC debe ser revisada por cada uno de los integrantes del grupo de trabajo y posteriormente discutida en conjunto para preparar la segunda versión, que es revisada nuevamente por el grupo para su versión final. Se recomienda que esta última se someta a validación por un grupo externo de expertos del tema y de metodología que no hayan participado en el proceso de desarrollo inicial.

#### Limitaciones de las guías de práctica clínica

Un aspecto a considerar es el valor de las guías según quién las promueva, ya que en ocasiones se aprecian diferencias de calidad en las guías elaboradas a partir de sociedades científicas o agencias de evaluación tecnológicas, con tendencias favorables a estas últimas [17]. Además se puede encontrar discrepancias entre diferentes guías sobre un mismo aspecto. Por otro lado, existe evidencia de la ausencia de criterios rigurosos y estandarizados en la producción de las guías, y así se ha descrito que sólo un 7.5% de las guías sigue una metodología apropiada.

Teniendo en consideración todas estas limitaciones la guía ideal debería cumplir una serie de características que a continuación se enlistan:

- Validez
- Reproducibilidad
- Aplicabilidad clínica
- Flexibilidad clínica
- Claridad
- Origen multidisciplinario
- Plan de actualización y revisión
- Documentada (fundamento en sus conclusiones)

## Mejoras en la implementación de las guías clínicas

A continuación se describen los lineamientos [17] que deben ser considerados para lograr este objetivo:

- Barreras en la implementación de las guías:

Algunas de estas barreras se relacionan con el conocimiento, y en ocasiones son las que primero se justifican como causa. Los problemas que se relacionan con la ausencia de conocimiento o falta de familiaridad con la guía se refieren a la accesibilidad de éstas, el tiempo, la sobrecarga de información científica, etc. Otro tipo de barreras se relaciona con el comportamiento del médico, ya sea por factores dependientes del paciente (preferencias o condicionantes culturales) o de la propia guía (complejas, recomendaciones discordantes), también por falta de incentivos o restricciones que emergen desde la organización a la que se pertenece. Por último, se describen barreras a la implementación relacionadas con las actitudes, entre las que destacan situaciones como la falta de acuerdo con las guías en general o en particular; la ausencia de expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y las rutinas o la propia experiencia acumulada pueden ser factores que determinen el incumplimiento.

- Medir y evaluar el impacto, así como su aplicabilidad

Para mejorar es necesario medir, y lo que no se mide, por tanto, no es evaluable. Sin datos que nos confirmen que realizamos lo que la evidencia científica ha demostrado como beneficioso en nuestros procesos clínicos, será imposible mejorar. Este proceso de evaluación conlleva siempre un ejercicio de autocrítica por parte de los profesionales para reconocer los posibles errores e identificar las áreas de mejora.

- Utilizar una metodología específica para su mejora

Una vez se asume la necesidad de medir para evaluar, este proceso debe utilizar una metodología concreta. Es necesario construir indicadores específicos basados en las guías que permitan registrarlos y medirlos de forma sencilla. Estos indicadores deben presentar unas características específicas para que sean evaluables. Sobre la base de las guías se priorizan indicadores de calidad (por ejemplo, el uso de bloqueadores beta en insuficiencia cardiaca con disfunción ventricular sistólica en ausencia de contraindicación), y a partir de éstos se construyen unas medidas de cumplimiento (por ejemplo, porcentaje de pacientes con bloqueadores beta sobre el total de pacientes con insuficiencia cardiaca y disfunción ventricular sistólica sin contraindicación).

Un último aspecto es la monitorización continua, sólo de esta manera es posible mantener una línea de evaluación y mejora a largo plazo.

#### **4.4.3 Problemática:**

Como se puede observar las guías de práctica clínica son de suma importancia para la atención médica, puesto que se busca con esto estandarizar en la medida de lo posible los procedimientos médicos; la problemática radica en que a nivel internacional y/o nacional cada asociación u organismo que genera la guía la realiza bajo sus propios parámetros, es decir no existe a nivel internacional alguna normatividad que regule el contenido de las guías de práctica clínica lo que facilitaría a las organizaciones su elaboración, a excepción de los del instrumento de evaluación “AGREE”, utilizado en Europa, pero siempre es recomendable mejor contar con criterios internacionales como los establecidos por la Organización Internacional de Normas (ISO por sus siglas en inglés).

Otra problemática que afecta a los hospitales privados en cuanto a la elaboración de las guías, proviene de que la gran mayoría de los médicos son externos (médicos tratantes o interconsultantes) y por consiguiente cada quien se apega a los lineamientos o experiencia con la que cuente; el reto para los hospitales privados consiste en poder consensuar y unificar con los médicos (de cada especialidad) ciertos diagnósticos; se recomienda que se trabaje también con los principales diagnósticos que son tratados en el hospital, para que estos sirvan de ejemplo y posteriormente se puedan trabajar con otros diagnósticos menos frecuentes.

#### **4.4.4 Ventaja competitiva:**

Hospitales que trabajan con guías clínicas reflejan la madurez que tiene la organización en cuanto a su sistema de gestión y del compromiso del personal; la aplicación de estas guías servirá en la medida de lo posible a reducir costos, debido a la reducción de la variabilidad con la que trabajan los médicos; lo que permitirá ser una ventaja competitiva ante las aseguradoras, que al ver la unificación de los materiales, medicamentos, estudios de laboratorio, etc., optarán por tener preferencia con aquellos hospitales que mejor se apeguen a este tipo de prácticas.

## **4.5 Capítulo 5 – Anestesia y atención quirúrgica (ASC)**

### **4.5.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

La organización desarrolla un enfoque para asegurar la realización de cirugías en el sitio, procedimiento y paciente correcto [7].

Interpretación del estándar:

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado son problemas preocupantes comunes en las organizaciones de atención sanitaria. Estos errores son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio y de la ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación.

El marcado del sitio quirúrgico involucra la participación del paciente y se lleva a cabo con una marca inequívoca. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por la persona que llevará a cabo el procedimiento, deberá hacerse estando el paciente despierto y consciente, si fuera posible y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con estructuras laterales, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies, lesiones) o niveles múltiples (columna vertebral).

El propósito del proceso de verificación preoperatorio es:

- Verificar que sean el sitio, el procedimiento y el paciente correctos,
- Asegurar que estén disponibles todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, que estén debidamente identificados y
- Verificar la presencia de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.

El Tiempo Fuera se lleva a cabo en el lugar donde se realizará el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo quirúrgico.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que establezcan procesos uniformes, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos realizados fuera de la sala de operaciones.
- b. La organización emplea una marca claramente comprensible para la identificación del sitio quirúrgico y hace participar al paciente en el proceso de marcado en todos los casos relacionados con estructuras laterales, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies, lesiones) o niveles múltiples (columna vertebral).

- c. La organización emplea un proceso para verificar que todos los documentos y el equipo necesarios estén a mano, sean los correctos y funcionen.
- d. La organización emplea una lista de verificación y un procedimiento para documentar el Tiempo Fuera (“time-out”) justo antes de comenzar un procedimiento quirúrgico.

#### 4.5.2 Implementación:

El tiempo fuera de acuerdo a lo establecido por la “JCI” se refiere a una pausa, justo antes de realizar una cirugía u otro procedimiento, durante la cual todo el equipo quirúrgico o del procedimiento resuelve las preguntas que no hayan sido resueltas, a confusiones respecto al paciente, al procedimiento o al sitio de la operación. Incluso cuando el procedimiento lo realice una sola persona, es adecuado hacer una breve pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, del procedimiento correcto, la posición del paciente sea correcta y del lugar del cuerpo correcto.

De acuerdo a resultados proporcionados por la Joint Commission International sobre la ocurrencia de los eventos centinela [20], ver análisis del “Capítulo 8”, la cirugía en el sitio incorrecto ocupa la primer posición sobre los demás tipos de errores que representa un 13.2% del total de los diversos errores que se pueden presentar. Es por eso que a nivel internacional a través de la Organización Mundial de la Salud creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” [18] con la finalidad de reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico.

Esta iniciativa o protocolo universal pretende abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Para su implementación se propone de una lista de verificación cuyo objetivo es el reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas, este listado es una herramienta que permite a los profesionales de la salud mejorar la seguridad de las cirugías y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un período de tiempo concreto en el curso normal de una intervención:

- a. Entrada (antes de la inducción de la anestesia)
- b. Pausa quirúrgica
- c. Salida

El objetivo de estos elementos no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada cirugía realizada.

#### Propuesta de implementación

A continuación se presentan puntos de control para la implementación de cada una de las verificaciones que se requieren, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, para asegurar que el procedimiento, paciente y sitio sean los correctos, así como responsables de su ejecución.

#### Primera Verificación: Antes de bajar a quirófano

Antes de bajar a quirófano el cirujano o médico residente o en quien se delegue verifica y registra en una lista de verificación, lo siguiente:

- Confirma la identidad del paciente (verbalmente con el paciente cuando sea posible).
- La historia clínica está actualizada y que cuente con el plan de tratamiento.
- Verifica que el diagnóstico de ingreso coincida con la cirugía programada.
- Confirma que se cuenten con los consentimientos informados tanto para la cirugía como para transfusión debidamente llenados.
- Realiza Marcaje, cuando proceda, de la zona quirúrgica con un rotulador de tinta indeleble (con la colaboración del paciente cuando sea posible).

#### Segunda Verificación, en el área pre-operatoria, antes de la inducción anestésica.

La enfermera del preoperatorio verifica y registra lo siguiente:

- Repaso verbal con el paciente (cuando sea posible) de que se confirmó su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar, y también que se obtuvo el consentimiento informado para la intervención.
- Confirma visualmente que el sitio de la intervención fue marcado (si procede), que el pulsioxímetro (instrumento que determina la saturación de oxígeno y el latido cardíaco) está en funcionamiento y que se cuente con la historia clínica del paciente.
- Repasa verbalmente con el anestesiólogo el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la vía aérea y las alergias, así como si se completó o no la revisión del total de controles de la verificación preanestésica.

Tercera Verificación, en la pausa quirúrgica.

El equipo quirúrgico (cirujano; anestesiólogo y enfermera circulante) realiza una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta los siguientes aspectos:

- Sitio quirúrgico, procedimiento y posición del paciente.
- Administración de la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos, si procede.
- Visualización de las imágenes esenciales, si procede.
- Los aspectos de anticipación de incidentes críticos del plan previsto para la intervención.
- La enfermera circulante registra esta verificación.

Salida, antes de retirar el campo estéril

El equipo quirúrgico (cirujano; anestesiólogo y enfermera circulante) repasan cada uno en voz alta los puntos indicados en el listado de verificación de seguridad quirúrgica:

- Procedimiento realizado, sucesos intraoperatorios relevantes, plan de actuación y recuperación.
- Conteo de gasas e instrumental; identificación de muestras biológicas incluyendo nombre del paciente.
- La enfermera circulante registra estos aspectos en el listado de verificación, firma dicho listado y lo incorpora al expediente del paciente.

#### 4.5.3 Problemática:

Los elementos de verificación que se requieren por cada etapa parecen sencillos de implementar, pero en la realidad suele ser más complejos el asegurar que se cumplan con todos los elementos de verificación. Frecuentemente en los hospitales de práctica privada los médicos atienden a diversos pacientes e incluso hasta en diferentes hospitales, y aunque la gran mayoría de las cirugías son programadas y no se llega a tener el problema de la saturación de los quirófanos, es frecuente que los médicos no lleguen con la anticipación adecuada, es decir existen ocasiones en que una vez que llega el médico de inmediato pasa del pre-operatorio a la sala quirúrgica sin ninguna verificación por parte del médico cirujano, o en otras situaciones cuando el médico anestesiólogo llega antes, éste inicia la inducción de la anestesia sin la presencia del médico cirujano, motivo por el cual es imposible hacer de manera correcta la verificación antes de iniciar la cirugía pues en esas situaciones el paciente ya suele estar sedado y por consiguiente no puede ser participe del proceso de confirmación de la cirugía. Situaciones como las mencionadas en los quirófanos suelen poner en riesgo al paciente.

Por tal motivo para asegurar que se lleven a cabo estos procesos de verificación es fundamental que se le proporcione autoridad suficiente al personal de enfermería de las áreas quirúrgicas para controlar el proceso, es decir, que las enfermeras del preoperatorio no permitan ingresar al paciente hasta que el médico anestesiólogo y cirujano estén presentes, de igual manera en el sala quirúrgica en el que la enfermera circulante prácticamente sea ella la que permita que se inicie con la cirugía posterior a la verificación realizada. Por consiguiente las autoridades de los hospitales tienen que saber delegar y apoyar a este grupo de enfermeras para que se pueda llevar a cabo de manera adecuada este proceso de verificación.

#### **4.5.4 Ventaja competitiva:**

Para el paciente, lo que puede percibir al observar este tipo de prácticas es que el personal de la salud (médicos y enfermeras) se preocupan por él y no solamente lo ven como algo que requiere ser reparado, lo que conlleva a que sea menos estresante la cirugía a realizar debido al contacto que tiene el todo el personal involucrado en la cirugía con el paciente. Por consiguiente en hospitales donde el personal de la salud esté más consciente de la importancia de realizar cada una de las verificaciones que se requieren con el paciente, brindarán mayor seguridad y se podrá reducir de manera significativa los diversos errores que se presentan durante las cirugías, que en la gran mayoría se originan por no tomar en cuenta los criterios ya mencionados. Al disminuir los errores el paciente no presentará complicaciones y su estancia se puede esperar que se realice en los tiempos programados. El implementar este tipo de prácticas permite evitar errores que normalmente el paciente es quien termina pagando, tanto en el aspecto de su salud como en los costos de la no calidad.

## **4.6 Capítulo 6 – Manejo y gestión de medicamentos (MMU)**

### **4.6.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

MMU.1 El uso de medicamentos en la organización cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes y está organizado de manera eficiente a fin de cubrir las necesidades del paciente [7].

Interpretación del estándar:

Los medicamentos, como un importante recurso en la atención al paciente, deben organizarse de manera efectiva y eficiente. El manejo de los medicamentos no sólo es responsabilidad del servicio farmacéutico, sino también de los gerentes y prestadores de atención clínica. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos de la organización. En los casos en los que no existe una farmacia, los medicamentos deben manejarse en cada unidad clínica, según la política de la organización. En otros casos, cuando existe una gran farmacia central, dicha farmacia podrá organizar y monitorear los medicamentos de toda la organización. El manejo efectivo de los medicamentos incluye todas las partes de la organización, unidades de internación, áreas ambulatorias y áreas especializadas. Las leyes y reglamentaciones correspondientes se incorporan en la estructura organizativa y en las operaciones del sistema de manejo de los medicamentos empleado en la organización.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Existe un plan, política u otro documento que identifican el modo en que los medicamentos se organizan y manejan en toda la organización.
- b. Se incluyen en la estructura organizativa todos los entornos, servicios y personas que manejan procesos de medicación.
- c. Hay políticas que guían todas las fases del manejo de los medicamentos y el uso de medicamentos dentro de la organización.
- d. Existe al menos una revisión documentada del sistema de manejo de medicamentos dentro de los 12 meses previos.
- e. La farmacia o el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes.
- f. Las fuentes adecuadas de información sobre los fármacos están fácilmente disponibles para quienes participan en el uso del medicamento.

#### 4.6.2 Implementación:

En esta tercera edición de los estándares de la JCI, se crea un capítulo específico para el uso y manejo de medicamentos, debido a la importancia de estos durante todo el proceso de atención al paciente. Este nuevo capítulo representa principalmente los estándares de Uso de Medicamentos, anteriormente descritos en el capítulo de Atención de Pacientes (COP). Estos estándares fueron revisados, se agregaron nuevos estándares y se organizaron los mismos en torno a los procesos primarios del manejo seguro de medicamentos [19], que incluye:

- Organización y manejo
- Selección y adquisición
- Almacenamiento
- Ordenes y transcripción
- Preparación y distribución
- Administración y
- El monitoreo de medicamentos

Este es uno de los capítulos más complicados debido a los procesos involucrados con los medicamentos, que en la mayoría de las instituciones involucra a diversas áreas, por ejemplo: el área de compras para las adquisiciones, presupuesto o finanzas, la farmacia propia del hospital, áreas de medicina, de enfermería, farmacovigilancia, entre otros. Por consiguiente hace más complicado el control en las diferentes fases de manejo y uso de medicamentos.

En particular para el análisis de este capítulo, más que una propuesta de implementación para un requisito específico, se hace referencia a cada uno de los procesos, políticas y/o procedimientos solicitados, que por consiguiente son parte de la implementación del plan general que se solicita en este estándar, ya que permite entender todas las interacciones y complicaciones para el manejo y uso de medicamentos en el hospital. A continuación se enlistan la cantidad de documentos (procesos, políticas, procedimientos y listados) requeridos y sus implicaciones para ser implementados:

- a. Listado de medicamentos utilizados por la organización (autorizado en consenso) con las áreas usuarias.
  - Implicación: Para poder establecer este listado es necesario contar con un “Comité” o grupo de expertos que establezcan los medicamentos a los cuales se utilizarán en todo el hospital, el problema para los hospitales privados, es que a los médicos normalmente ellos solicitan los medicamentos con los que están acostumbrados y normalmente lo solicitan por marca y no

por genérico, que en algunos casos también se involucran los patrocinadores de las farmacéuticas, en las que se puede tener ciertos convenios con los médicos siempre y cuando utilicen los medicamentos de esta marca.

- Beneficio: El que los hospitales establezcan estos listados y reglas para ingresar medicamentos, le permite tener mayor control en sus inventarios, es decir emplear los medicamentos necesarios y no al gusto de cada médico; que finalmente puede impactar en la optimización de recursos. Por el lado de la atención médica al contar con un listado de uso general se pueden evitar confusión y desconocimiento por los involucrados en su uso como lo son las enfermeras, y por consiguiente se pueden disminuir errores en el uso de los medicamentos.

b. Proceso para aprobar y obtener medicamentos necesarios cuando no se cuentan con existencias en la institución.

- Implicación: Los hospitales para poder cumplir con este requisito deben contar con convenios ya sea con fabricantes u otras farmacias para poder conseguir medicamentos a cualquier hora y contar con personal encargado para conseguir el medicamento las 24 horas, en hospitales privados este no es un requisito difícil de cumplir, ya que se cuentan con los recursos. La complejidad ocurre ya que es necesario contar con requisitos para el ingreso de estos, asegurar que el médico que lo solicita los aplique y definir que se va hacer con el medicamentos sobrante ya que incluso todo el medicamento se le puede entregar al paciente y finalmente se deberá asegurar que todos los medicamentos que se adquieran sean evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica y se decida si se incorporan o no al cuadro básico de medicamentos.
- Beneficio: El cumplir con este requisito permite asegurar la disponibilidad de todos los medicamentos que se requieran para la atención del paciente, por consiguiente permitirá contar con los recursos para facilitar la atención del personal médico y de enfermería y si se cuenta con criterios específicos para la selección se puede optimizar el consumo de los nuevos medicamentos que se ingresan al cuadro básico.

c. Política para asegurar el adecuado almacenamiento de los medicamentos en todas las áreas del hospital.

En cuanto al almacenamiento de los medicamentos, adicionalmente se requiere tener especial cuidado con los siguientes tipos de medicamentos, a través de políticas específicas para su control, que son:

- Almacenamiento adecuado de productos nutricionales.
  - Almacenamiento de medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.
  - Almacenamiento y control de medicamentos de muestra.
  - Almacenamiento y conservación de medicamentos de urgencias (se refiere al control de los medicamentos contenidos en los carros de paro).
- 
- Implicación: Este es uno de los requisitos que mayor complejidad representa, ya que se debe asegurar el adecuado almacenamiento en todas las áreas del hospital, los medicamentos pueden estar en prácticamente todas las áreas del hospital: farmacia hospitalaria, almacenes, carros de paro, centrales de enfermería, áreas quirúrgicas, de urgencias, de terapia intensiva, etc. En todas estas áreas se requiere controlar los medicamentos contra robo, uso inadecuado, control de caducidades, solicitud de controlados, sustitución del producto y almacenamiento en las condiciones adecuadas (refrigeración, protegido de la luz, etc.), por consiguiente el impacto recae en establecer controles muy estrictos y responsables para: control de temperatura, almacenes cerrados, bitácoras para el registro de los medicamentos controlados, uso restringido con recetas u órdenes médicas solo para usuarios definidos y control de inventarios de manera regular.
  - Beneficio: Tiene que ver directamente con lo descrito en la implicación, es decir, evitar el robo u extravío de medicamento, desechar medicamento de manera inadecuada y asegurar que el medicamento que se emplea cumple con las condiciones adecuadas como en refrigeración o protegidos de la luz, pues así se evita administrar medicamentos a los pacientes que no cumplan con su función o incluso que puedan provocar reacciones con los pacientes.
- d. Política que defina cómo se identifican y guardan los medicamentos que el paciente trae consigo.
- Implicación: Para implementar con este requisito, primero se tiene que establecer la forma de identificar los medicamentos que puedan estar consumiendo los pacientes, ya sea mediante la historia clínica o mediante otro documento donde se registren estos. En hospitales privados siempre va ser preferible que el paciente no traiga sus medicamentos, pero no siempre va a ser posible, ya que el consumo de los medicamentos es una de las principales fuentes de ingresos. Este control, independientemente de la cuestión económica, tiene que ver con la seguridad del paciente, por tal motivo los hospitales tienen que especificar que desde el ingreso del paciente, éste indique que medicamentos consume con la finalidad de evitar riesgos de interacciones, sobredosis o efectos adversos por no hacer la notificación.

- Beneficio: Asegurar un plan adecuado para el manejo y consumo adecuado de los medicamentos durante la estancia de los pacientes, por consiguiente brindar seguridad y efectividad en el tratamiento del paciente.
- e. Políticas y procedimientos se ocupan de todo uso de los medicamentos que se saben vencidos o caducos.
- Implicación: Es indispensable para la atención asegurar la integridad y funcionalidad de los medicamentos, por consiguiente se tiene que tener los controles suficientes para asegurar que no existan medicamentos caducos en la institución, estos controles se tienen que tener en todas las fases de manejo de estos: desde la identificación en la farmacia, el almacenamiento en las diversas áreas del hospital, hasta antes de la administración, por consiguiente se tiene que delegar la responsabilidad con todos los involucrados (administrativos y operativos), no solo basta con que se almacenen en un lugar seguro, si no que adicionalmente se revisen de manera periódica para evitar un uso no intencionado.
  - Beneficio: Además de asegurar de que al paciente se le proporcionen medicamentos en condiciones adecuadas y que por consiguiente se eviten riesgos en su atención, un beneficio adicional recae en tener menos desperdicios en la institución, si se cuenta con controles efectivos, se puede disminuir en gran medida tener que desechar medicamentos que no fueron utilizados y se puede reducir los costos de la atención.
- f. Políticas y procedimientos que guían las recetas, órdenes y transcripciones de medicamentos.
- Implicación: Para poder cumplir con este requisito es necesario que los hospitales cumplan con lo descrito en el Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos donde describe el contenido de las recetas para los medicamentos generales y la receta para los medicamentos controlados, adicionalmente en para cumplir con el contenido de las órdenes médicas es necesario cumplir con lo descrito en la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. También es necesario establecer los controles para asegurar una adecuada transcripción de dichas órdenes ya sea a los reportes de enfermería o cuando estos se capturen para ser solicitados por sistemas informáticos y también se deberá definir en que casos y como se puede realizar la transcripción de órdenes cuando estas son verbales (por ejemplo en situaciones de emergencia). Como se puede observar se requiere especial detalle

para controlar la solicitud de medicamentos y nuevamente otro factor que influye para su complejidad es que en este proceso se involucran diversos generadores y usuarios como lo son médicos, enfermeras y farmacéuticos. Por tal motivo se requiere de definición de responsabilidades claras de cada uno de los actores y gran compromiso para lograrlo. En este sentido una vez definido las reglas, la institución tiene que ser muy estricta para aquellos que no cumplan.

- **Beneficio:** Controlar este es proceso es fundamental, pues es el detonante de todas las subsecuentes actividades de atención clínica relacionadas con los medicamentos, es decir, si desde un principio o se controla como prescribir u ordenar medicamentos conlleva a una reducción en las fallas del proceso de atención, que considera diversos elementos como la dosis, vía, cantidad, presentación y frecuencia, ya que si alguno de estos elementos falla puede representar un gran riesgo para la salud del paciente, de ahí la importancia y gran ventaja que puede tener si se logra que todos los involucrados y principalmente los médicos cumplan con este requisito, ya que finalmente se reflejará en una mejor atención al paciente.

g. Proceso para revisar una orden o una receta antes de administrar medicamentos.

- **Implicación:** Este requisito se refiere a la manera en que se revisan las interacciones de los medicamentos solicitados antes de ser administrados al paciente. La implicación recae, en quién va a ser el responsable de realizar dicha revisión; idealmente se podría decir que sería responsabilidad del grupo de farmacéuticos o en su caso del grupo médico para revisar la existencia o no de las posibles interacciones, ya sea a través de un software especializado o con un listado de los medicamentos más comunes y sus interacciones. La problemática de los hospitales privados es que un poco complicado asegurar que todos los médicos (principalmente los tratantes que son los externos) lo realicen, es por eso que la institución tendrá que invertir en delegar esta actividad en personal especializado, quienes lo pueden hacer son los farmacéuticos y una vez que se logre que estos profesionales lo realicen, se les tiene que proporcionar autoridad para que en caso de que los medicamentos solicitados presenten alguna situación de riesgo se les informe a los médicos para que realicen los cambios en los medicamentos solicitados al paciente.

En cuanto al software de apoyo para gestión de medicamentos en la actualidad existen por diversos proveedores, algunos de uso gratuito y otros mediante la adquisición de licencias y la mayoría en inglés. Un software recomendado, ya que cuenta con algunas aplicaciones en

español es el “Lexi-comp”, el cual puede servirles a los profesionales (médicos, enfermeras y farmacéuticos) ya que cuenta con las siguientes opciones:

- Descripción del medicamento que incluye: nombres comerciales, categoría terapéutica, uso, factores de riesgo, precauciones, reacciones adversas, etc.,
  - Interacciones medicamentosas,
  - Compatibilidad,
  - Cálculos de dosificación, y
  - Educación al paciente.
- 
- Beneficio: Esta una práctica poco común en los hospitales del país, más de tipo preventivo, lo que permite disminuir los riesgos desde antes de iniciar con la administración de medicamentos, pues se puede identificar efectos dañinos para el paciente, por consiguiente se asegura un adecuada planeación en el uso de medicamentos con el paciente lo que permite una mejor restauración y seguridad en la salud del paciente.
- h. Proceso para poner límites a una persona en cuanto a la administración de medicamentos.
- Implicación: Su mayor implicación, recae en los medicamentos del tipo psicotrópicos o estupefacientes, los cuales incluso de acuerdo a la normatividad nacional se tiene que regular su consumo a través de recetas controladas. Un control inadecuado puede provocar riesgos como fuga de medicamento o una administración de manera inadecuada o en sobre dosis que puede ser fatal para los pacientes. Por consiguiente, el establecer políticas en cuanto a la cantidad de medicamentos, para algunos médicos suele ser incomodo o molesto; pero la organización tiene que se estricta al respecto y delegar la responsabilidad en los que controlan los medicamentos (farmacéuticos) para impedir un uso inadecuado.
  - Beneficio: El principal motivo para su implementación esta relacionado con la seguridad del paciente, que se complementa con el punto anterior, en cuanto a la revisión de las órdenes y recetas antes de ser administrados; adicionalmente para la organización y para los mismos pacientes recae en la disminución de costos al controlar las requisiciones de medicamentos en exceso.

i. Proceso para verificar que los medicamentos sean los correctos según la orden de medicamentos antes de ser administrados.

- Implicación: Esta actividad la realiza directamente el personal de enfermería, la correcta verificación antes de la administración se refiere a lo que se denomina como los “5 correctos”, que corresponde a la revisión de: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, fecha correcta y vía correcta.

Lo complicado radica en que se pueda evidenciar esta actividad, pues no se asegura que todo el personal de enfermería lo realice adecuadamente, esto se puede lograr cuando exista alguien más que realice una segunda verificación antes de administrar el medicamento. También para reforzar su cumplimiento tiene que ver con la educación proporcionada al paciente y/o familiares, para que estos participen en el proceso de atención y adicionalmente se logra cumpliendo con el proceso de identificación del paciente (uno de los objetivos internacionales “identificación correcta del paciente”), es decir antes de administrar cualquier medicamento al paciente, a este se le tiene que preguntar su nombre y otro identificador, por ejemplo su fecha de nacimiento. Esto en conjunto permitirá una adecuada administración del medicamento.

- Beneficio: Otra de las fuentes principales de errores relacionados con los medicamentos, se debe a una inadecuada verificación por el personal de enfermería antes de administrar el medicamento, si llegan a no tener cuidado con al menos uno de los “5 correctos”, mencionados anteriormente, será suficiente para poder causarle un daño al paciente. Por consiguiente si la organización llega a contar con un sistema lo suficientemente efectivo para realizar la verificación de los medicamentos antes de su administración, permitirá disminuir riesgos y disminuir errores con los pacientes, que son una fuente de las quejas o incluso demandas por los pacientes, que finalmente recae en imagen para la organización.

j. Políticas y procedimientos implementados que rigen la autoadministración de medicamentos por parte del paciente.

- Implicación: Tiene que ver directamente con el proceso de educación al paciente y familiares, en el que estos se involucren con el uso adecuado de los medicamentos, por tal motivo se requiere involucrar a médicos, enfermeras o farmacéuticos en dicho proceso. El riesgo que se puede correr es que si por algún motivo el paciente o familiar no entendió bien la indicación y si no existió confirmación, este pueda autoadministrarse de manera equívoca los medicamentos, lo que en parte si sería responsabilidad del hospital; es por eso que tiene que

definir en que casos y que tipo de medicamentos son lo que se puede autoadministrar el paciente, si es que la organización lo permite.

- Beneficio: Este se relaciona en el sentido de que el paciente o familiar se preocupe o se involucre en su recuperación, es decir como una parte integral del proceso de atención y no como un simple observador.

k. Políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.

- Implicación: Si bien ya se mencionó el control referente al almacenamiento de los medicamento, que incluye a las muestras, adicionalmente se tiene que definir, si es que se permite, el manejo de las muestras médicas, pues de inicio tiene que contar con todos los controles ya mencionados, que van desde su identificación en el catálogo de medicamentos en la institución, el almacenamiento y conservación, la distribución, prescripción y administración. El riesgo que se corre es que si no se controla de manera similar puede provocar un efecto no deseado en el tratamiento del paciente.

- Beneficio: Por el lado de la seguridad hacia al paciente, al contar con lineamientos específicos sobre el uso o no de las muestras médicas, así como su respectivo control, permite disminuir riesgos relacionados con la administración de medicamentos, es decir ofrecer un medicamento que cumpla con todas las condiciones de seguridad e integridad; y en relación para organización, y en especial para los hospitales privados, el controlar o restringir el uso de estos medicamentos se refleja en una mayor cantidad de ingresos obtenidos por el uso de los medicamentos propios de la organización.

l. Proceso para monitorear los efectos de los medicamentos en los pacientes, incluidos los efectos adversos.

- Implicación: Los efectos adversos se refieren a cualquier ocurrencia médica desafortunada en un paciente o sujeto de investigación clínica a quien se le administró un medicamento y que puede o no tener una relación causal con este tratamiento, de cual se requiere se elabore un reporte para realizar su seguimiento. La regulación aplicable comprende al Reglamento de Insumos para la Salud (Arts. 38 y 131), Reglamento de la COFEPRIS y lo contenido en la NOM-220-SSA1-2002. Instalación y Operación de la Farmacovigilancia; que en conjunto establecen las directrices para los casos que requieren notificación, así como los formatos

establecidos para ser usados. Este requisito se logra si se cumple con lo establecido en la normatividad aplicable y adicionalmente mediante el fomento para que el personal de salud identifique y notifique de dichos casos, los cuales no necesariamente tienen que ver con malas prácticas; es por eso que su finalidad es la de poder contar con una base de datos nacional que informe sobre las interacciones y efectos de ciertos medicamentos.

- **Beneficio:** La identificación de los efectos adversos de manera inmediata beneficia a paciente al realizar el manejo adecuado en éste y continuar otras alternativas para su pronta restauración; pero la notificación de estos eventos lo que permite es contar en un futuro con información sobre el manejo de los medicamentos y por lo tanto contar con una herramienta para los profesionales de la salud y de la organización sobre la decisión de seleccionar ciertos medicamentos.

m. Proceso para notificar errores en la administración de medicamentos.

- **Implicación:** Adicionalmente a la identificación de los efectos adversos, también se tiene que notificar todas aquellas situaciones en las que ocurran errores relacionados con el uso de los medicamentos, porque de acuerdo a estándares mencionados anteriormente, estos entran en la clasificación de eventos centinela y requieren de un mayor análisis para evitar que situaciones similares se vuelvan a presentar, el impacto recae en la forma en que se pueda reportar estos errores, ya que la mayoría de las veces no se hace, por que se puede entender que si fue personal de enfermería o personal médico, puedan estar en riesgo su trabajo. Por lo tanto la institución tiene que ser flexible con este tipo de situaciones y no tomarlo como personal sino más bien crear el esquema para que se pueda solucionar los problemas de raíz, para lo cual tiene que participar el personal involucrado.
- **Beneficio:** Al implementar este tipo de prácticas como algo pro-activo para la organización, le permitirá contar con una base de datos, que por un lado le permitirá corregir los problemas de raíz y adicionalmente se podrá contar con información que se pueda analizar de manera estadística para observar comportamiento y tendencias, y con ello establecer objetivos claros en cuanto el uso adecuado de los medicamentos.

#### **4.6.3 Problemática:**

Actualmente el marco legal aplicable a las farmacias en México establece que la protección a la salud se desprende del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de la cual

deriva la Ley General de Salud, sus Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas, las cuales constituyen el marco legal obligatorio al cual deben apegarse todos los servicios, establecimientos y productos que tengan relación con la salud de la población.

De acuerdo a lo anterior la regulación sanitaria aplicable a las “farmacias hospitalarias” proviene de los siguientes instrumentos regulatorios:

- Ley General de Salud (Arts. 226, 227, 227-Bis, 251, 252, 257, 260 y 258)
- Reglamento de Insumos para la Salud (Arts. 50, 76, 78, 79, 114, 117, 118, 125 y 159)
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (Art. 14)
- Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, cuarta edición, 2010.
- NOM-220-SSA1-2002, Instalación y operación de la Farmacovigilancia

A partir del 2010 el “Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud” cambia a la cuarta versión en la que se incorporan cambios que fortalecen los requerimientos aplicables a las farmacias hospitalarias, que constan de:

Capítulo VII. Requisitos para la operación de farmacias que venden o suministran al público insumos para la salud.

En este capítulo refuerza los requerimientos que deben tener las farmacias que suministran insumos para la salud en el que se requieren:

- Licencia sanitaria.
- Aviso de responsable sanitario.
- Contar con los libros de medicamentos controlados.
- Control de temperaturas.
- Lineamientos mínimos de infraestructura
- Procedimientos normalizados de operación de las principales actividades que realizan.

Capítulo XX. Farmacia Hospitalaria.

Este es un capítulo nuevo que incorpora funciones específicas para las farmacias hospitalarias, ya que incorporan los siguientes elementos:

- Responsabilidades de los profesionales farmacéuticos.
- Lineamientos sobre el suministro de medicamentos.
- Funcionamiento del Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.
- Unidad de mezclas intravenosas (citostáticos, mezclas medicamentosas y mezclas nutricionales).
- Información sobre medicamentos.

Como se puede observar estos cambios ya incorporan algunos de los requerimientos solicitados por la Joint Commission International, por lo que se fortalecerá el cumplimiento de estos estándares.

Como complemento a los cambios ocurridos en el “Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud”, en la actualidad se encuentra en revisión el proyecto de NOM para los Centros de Mezcla (PROY-NOM-249-SSA1-2007, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación), que considera:

Decretos que pretende modificar el Artículo 226-Bis de la Ley General de Salud, el cual contempla:

- a. Los medicamentos suministrados por las farmacias de las Instituciones del sector salud deberán ser entregados contra receta médica y en dosis exactas o unitarias conforme al tratamiento establecido en la misma.
- b. Las disposiciones reglamentarias determinarán la forma en que se realizará el transvasado y re-empaqueado de productos a granel, o cuya presentación existente no corresponda con el requerimiento del tratamiento prescrito, así como la información de etiquetado y prescripción que deberán contener los nuevos envases, y cualquier otra referencia.

Decretos que modifican el Artículo 257 Bis:

- a. Farmacia de las instituciones del sector salud es el establecimiento que se dedica a la dispensación y re-empaqueado en dosis exactas de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquéllas que contengan estupefacientes y psicotrópicos, e insumos para la salud en general, para el uso de los derechohabientes de las mismas.
- b. El reempaqueado requerido para realizar las dosis exactas no es considerado una alteración ni falsificación en los términos de los artículos 208 a 213.

Adicionalmente establece criterios de competencia para los encargados de la preparación de las mezclas, requisitos de seguridad e higiene de las instalaciones, controles internos para la preparación, evaluación a proveedores, entre otros.

Una vez que esta norma sea liberada se van a ver obligadas las farmacias hospitalarias, a cumplir con ciertas especificaciones en cuanto al manejo higiénico, seguro y disposición de los medicamentos que se empleen en los hospitales, siendo posiblemente necesario contar con licencias de funcionamiento específicas. Para ello los hospitales tendrán que realizar las adecuaciones en instalaciones necesarias, contar con personal calificado y contar con procesos y métodos de control establecidos para asegurar la máxima higiene y seguridad de los medicamentos preparados, por consiguiente será necesario asignar recursos para cumplir con estos requerimientos.

#### **4.6.4 Ventaja competitiva:**

Con base en la experiencia de este tipo de prácticas en un hospital público del país Hospital del Niño DIF, Hidalgo, en el que su responsable la L.F. Sandra Rivera Roldán, presentó sus resultado el 13 de Abril del 2010 en el curso para los Auditores del Consejo de Salubridad General, comenta que si se llegan implementar todos los controles al respecto para el uso y gestión de los medicamentos estos pueden impactar en lo siguiente:

- Garantizar la administración de los medicamentos ordenados o recetados.
- Reducción de errores en el uso de los medicamentos (disminución aproximada de un 20%).
- Disminución del costo total para la distribución de los medicamentos.
- Reducir la carga de trabajo para el personal de enfermería (cuando se cuenta con centrales de mezclas).
- Minimizar inventarios.
- Reducción de pérdidas.
- Reducción en los costos de tratamientos médicos.

Si bien estos cambios implican inversiones considerables en los hospitales (personal, hardware y software), el impacto puede ser positivo para la organización en cuanto a la optimización del los recursos y principalmente para el paciente al proporcionar farmacoterapias seguras.

## **4.7 Capítulo 7 – Educación del paciente y familiares (PFE)**

### **4.7.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

**PFE.2** Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se incluyen en su expediente clínico [7].

Interpretación del estándar:

La educación se centra en el conocimiento y destrezas específicos que el paciente y familiares necesitarán para tomar decisiones sobre la atención, participar en su atención y continuar la atención en el domicilio. Esto contrasta con el flujo general de información entre el personal y el paciente, que es informativo pero carece de naturaleza educativa.

El personal de la organización informa y educa a los pacientes y familiares en los momentos apropiados del proceso de atención. La educación proporcionada como parte del proceso de obtención de consentimiento informado para un tratamiento (por ejemplo, para cirugía y anestesia) se documenta en el expediente clínico del paciente. La educación se imparte también a fin de respaldar otras decisiones de atención de los pacientes y familiares.

La organización emplea materiales y procesos estandarizados para educar a los pacientes en, por lo menos, los siguientes temas:

- El uso seguro y efectivo de todos los medicamentos que toma el paciente (no sólo los medicamentos para el alta), incluidos los posibles efectos secundarios de los medicamentos,
- El uso seguro y efectivo de equipo médico,
- Las interacciones potenciales entre los medicamentos recetados y otros medicamentos (incluidas preparaciones de venta libre) y los alimentos,
- Dieta y nutrición,
- Manejo del dolor, y
- Técnicas de rehabilitación.

Una vez identificadas las necesidades educativas, se anotan en el expediente clínico del paciente. Esto ayuda a todos los profesionales que atienden al paciente a participar en el proceso de educación.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Se evalúan las necesidades educativas del paciente y su familia.
- b. Los hallazgos de las evaluaciones de necesidades educativas se documentan en el expediente clínico del paciente.
- c. Todo el personal registra la educación del paciente de manera uniforme.

- d. Los pacientes y familiares, según corresponda, están informados de cómo otorgar su consentimiento para los procedimientos que así lo requieran.
- e. Los pacientes y familiares aprenden cómo participar en las decisiones sobre la atención.
- f. Los pacientes y familiares aprenden sobre su estado y todo diagnóstico confirmado.
- g. Los pacientes y familiares aprenden sobre su derecho a participar en el proceso de atención según corresponda.

#### **4.7.2 Implementación:**

A continuación se describen algunas características recomendadas para llevar a cabo una educación satisfactoria y continua de los pacientes:

- a. Contacto, crear un nuevo proceso dinámico con el paciente. Restablecer y mantener el contacto activo con el paciente supone un requisito necesario de cualquier programa de educación. Se pueden encontrar multitud de caminos, desde las simples visitas médicas o folletos informativos hasta las discusiones de grupo con los pacientes, que ayudan a compartir los problemas más comunes.
- b. Entrevista con el paciente. Para poderlo llevar a cabo es necesario efectuar un interrogatorio “abierto” hacia el paciente y que involucre a los familiares de la manera más rápida y completa posible.
- c. Valoración de las necesidades educativas. Es imprescindible actualizar periódicamente los cambios en el estado del paciente.
- d. Justificar las razones del programa educativo. Conviene justificar el programa educativo al paciente, indicando las ventajas que pueden conseguirse como parte integral y participativa del tratamiento.
- e. Establecer objetivos educativos comunes para los pacientes. Desde que ingresa el paciente al hospital y posterior su valoración, conviene establecer los objetivos de educación continua de manera conjunta, con la participación activa de los pacientes, familiares y los profesionales de la salud. Muchas veces, las expectativas de los pacientes y de los profesionales difieren. Por eso, conviene identificar las discrepancias y acordar los objetivos comunes.
- f. Participación activa del paciente. Para lograr que el enfermo se involucre de forma continua, se aconseja que participe activamente en todas las etapas del diseño, implementación y evaluación del programa educativo. Se trata de un objetivo evidente, pero la experiencia enseña que los pacientes nunca se involucran de forma suficientemente activa en el proceso de aprendizaje.
- g. Evaluación. Otro aspecto esencial es el dialogo claro y periódico entre paciente y equipo sanitario, para poder evaluar los progresos en el tratamiento.

- h. Valoración del contenido. Una técnica bastante útil para valorar el conocimiento del enfermo consiste en utilizar una lista de comprobación de temas relativos a la educación, con objeto de identificar elementos no comprendidos.
- i. Documentación. Como parte fundamental de la evidencia de la educación que se le proporciona al paciente en necesario contar con un registro, en el que todas las partes involucradas con la educación del paciente (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) describan las acciones educativas realizadas, así como los posibles resultados esperados. Este registro como parte de este requerimiento deberá ser parte del expediente clínico del paciente.

#### **4.7.3 Problemática:**

En los puntos anteriores se presenta elementos básicos para otorgar la educación al paciente, el reto de la educación consiste en integrar a todos los profesionales de la salud para que pueden interactuar con el paciente, estos profesionales pueden ser: personal médico, de enfermería, dietistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, trabajadores sociales, técnicos en inhaloterapia, psicólogos, tomadores de muestra, etc., pero también esto puede provocar que al paciente o a sus familiares se les sature de información y que al final a los pacientes no les llegue a interesar o se lleguen a confundir.

Otra problemática se debe a que no todos los profesionales de la salud cuentan con capacitación para poder educar al paciente, debido a la variedad de perfiles e incluso por su nivel profesional, lo que complica la unificación en cuanto a la forma de educar al paciente. Una opción, aunque significa mayor cantidad de recursos, podría ser contar con personal que se dedique a este tipo de actividades específicamente mediante la elaboración materiales (folletos) informativos para las diversas necesidades de capacitación que puedan tener los pacientes. Formas adicionales para fomentar la difusión con el paciente, es a través del uso de medios de comunicación como la Internet, aunque también requiere la asignación de recursos.

#### **4.7.4 Ventaja competitiva:**

La educación del paciente añade valor a todos los tipos de tratamiento proporcionados al paciente, puesto que hace que el proceso de restauración de la salud de paciente sea más efectivo, elimina diversas inquietudes de los pacientes y familiares, los tranquiliza ya que con la información recibida se puedan sentir más seguros y perciben que los diversos profesionales de la salud se interesan en los pacientes como personas y no como otro enfermo más. La educación al paciente, por consiguiente refleja de manera inmediata el nivel de atención que se le proporciona al paciente, lo que crea una ventaja sobre aquellas organizaciones de la salud que no lo hagan.

## **4.8 Capítulo 8 – Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)**

### **4.8.1 Estándar seleccionado (estándar existente con resistencia en su aplicación)**

**QPS.5** La organización emplea un proceso definido para identificar y manejar eventos centinela.

Interpretación del estándar:

Cada organización establece una definición operativa de un evento centinela que incluye al menos:

- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente,
- Pérdida permanente importante de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente, y
- Cirugía en el lugar incorrecto, en el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.

Todos los eventos centinela se evalúan mediante la metodología de análisis causa raíz. Cuando el análisis causa raíz revela que mejoras en los sistemas u otras acciones pueden prevenir o reducir el riesgo de que tales acontecimientos vuelvan a ocurrir, la organización rediseña los procesos y toma las medidas adicionales que sean adecuadas para tal fin. Es importante notar los eventos centinelas no siempre hace referencia a un error o una equivocación, ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Los líderes del hospital han establecido una definición de evento centinela.
- b. La organización lleva a cabo un análisis causa raíz de todos los eventos centinela en un período de tiempo especificado por los líderes del hospital.
- c. Los eventos se analizan cuando ocurren.
- d. Los líderes del hospital toman medidas respecto a los resultados del análisis causa raíz.

### **4.8.2 Implementación:**

De acuerdo a la “JCI” se entiende como “evento centinela” como un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función, algunos ejemplos de estos son:

- Errores de medicación,
- Caídas de pacientes,
- Complicaciones quirúrgicas,
- Muerte inesperada,
- Reacciones graves a la transfusión,
- Identificación o sitio incorrecto, entre otros.

Adicionalmente los hospitales que buscan ser acreditados se les recomienda que notifiquen ante ellos las situaciones ocurridas, para alimentar sus bases de datos y con esto crear una estadística con la finalidad de establecer objetivos de seguridad nacionales y concentrar sus esfuerzos en hacer frente a los errores graves en los hospitales. Al identificar las causas, tendencias, escenarios y los resultados de los eventos centinela, la "JCI" puede proporcionar información crítica en la prevención de eventos centinela a las organizaciones que prestan atención sanitaria y al público.

De acuerdo a información de la "JCI" hasta diciembre del 2008 [20], en total se revisaron 5632 eventos centinela. Los más frecuentes tuvieron como causa la cirugía en lugar erróneo (13,2%), el suicidio (12,4%), las complicaciones post cirugía (11,2%), los errores de medicación (8,7%), los retrasos en el tratamiento (7,8%) y las caídas de pacientes (6,1%).

En cuanto al lugar en el que se producen destacar que el 67% se producen en Hospitales Generales, el 4,5% en Servicios de Emergencia, el 2,8% en cuidados ambulatorios, y el 1,9% en atención domiciliaria.

Se notificaron voluntariamente el 64,5% de los eventos centinela. El 69% provocó la muerte del paciente, un 9% pérdida de función y el 22% otros resultados adversos. Cabe destacar que el número de eventos centinela revisados anualmente por la "JCI" se ha ido incrementando cada año, aumentando también el número de los que se notificaron de forma voluntaria, ver siguiente gráfica.

### Eventos Centinela Reportados [20]

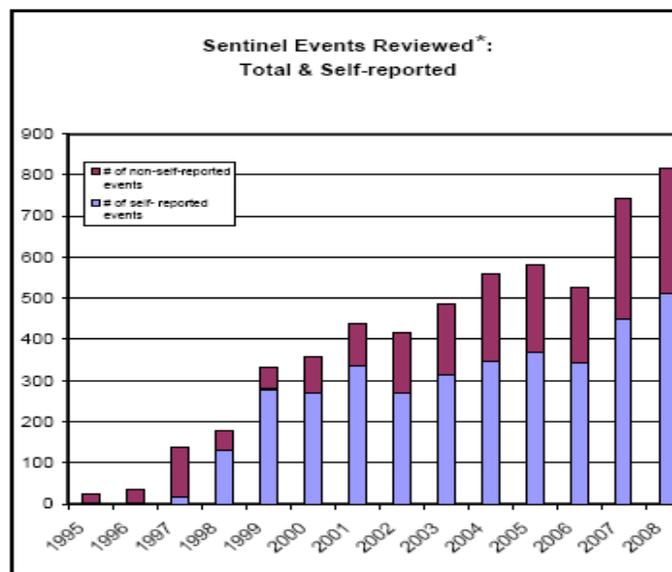


Figura 11

## Metodología para la identificación y notificación de eventos centinela

Para llevar a cabo la implementación de herramientas que permitan identificar la ocurrencia de cualquier evento adverso, incluyendo los eventos centinela, se requiere de sistemas de registro efectivo. Estos sistemas sirven para recopilar información de eventos centinela y permiten aprender de las fallas que se detectan.

Los sistemas de registro y notificación son solo una parte de la “cultura de seguridad”, donde se debería entender que los eventos adversos sean una oportunidad para aprender y mejorar, más que como fallas que deben ser escondidas. En la gran mayoría de los hospitales, la creación e implantación de estos sistemas todavía no está sistematizada.

Para el establecimiento de un sistema de notificación de eventos centinela efectivo [21], se deben considerar los siguientes elementos:

### a. Voluntariedad de los sistemas

La notificación de los sistemas de registro puede ser de carácter voluntario o bien de carácter obligatorio. Los sistemas obligatorios de notificación se centran en los eventos adversos que producen lesiones graves o muerte. Pretenden aportar a los pacientes unos mínimos de protección y ser un incentivo para que las instituciones eviten problemas de seguridad que les podrían conducir a sanciones y, en último lugar, en exigir a las organizaciones inversiones en recursos para la seguridad del paciente. Ejemplo de tipos de eventos que deben ser documentados son: muertes inexplicables, daño cerebral o de la médula espinal tras una intervención quirúrgica, muerte del recién nacido relacionada con el parto, parálisis como consecuencia de la administración de quimioterapia intratecal.

Por el otro lado los sistemas voluntarios están destinados hacia la mejora de la seguridad. Su objetivo es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes (cuando se centran en incidentes) o después de producido (en los eventos adversos) y, por tanto, contribuir a la formación de los profesionales sobre lo aprendido con el análisis de múltiples casos.

### b. Tipos de eventos a notificar

Según el evento que se comunique podemos distinguir los sistemas de carácter general, que permiten la notificación de cualquier tipo de evento y aquellos más especializados en determinadas áreas. Ejemplos de estos últimos son los dedicados a infecciones, medicación, vacunas, procedimientos quirúrgicos, anestesia y reacciones transfusionales.

c. Lugar desde el que se notifica

Dentro de un mismo sistema debe contar con opciones de notificación desde cualquier área o servicio (hospitales, atención primaria o incluso servicios concretos como el servicio de urgencias u otros).

d. Gravedad del caso

Existe una jerarquía en los eventos desde el punto de vista del daño que pueden provocar. En el caso de los incidentes, sin daño para el paciente, comparten en muchas ocasiones el proceso causal con los eventos adversos, con lo que el conocimiento de las causas de los incidentes puede facilitar la puesta en marcha de estrategias para evitar incidentes y como consecuencia de ello evitar también eventos adversos que pueden producir o producen daño a los pacientes. Algunos sistemas optan por estudiar solamente los eventos más graves (eventos centinela), con pérdida de alguna función o fallecimiento del paciente. Cabe la posibilidad de que el sistema contemple la posibilidad de notificar los dos tipos de casos.

e. Formato de notificación

Los formatos que se utilizan intentan facilitar la comunicación y, en el caso de que sean anónimos, intentan transmitir confianza a los posibles notificadores sobre la seguridad de la notificación. Existe el formato papel (para depositarse en los buzones) o enviados a través del correo electrónico.

Existe también la posibilidad de utilizar la vía telefónica, especialmente para que el organismo que recibe la notificación recabe más información en los casos en los que el notificante se identifique. Esta es una posibilidad que permite mejorar la información que se remite, pero, como es lógico requiere que el sistema no sea anónimo.

f. Análisis de los datos

La mayor parte de los sistemas permiten diferentes niveles de análisis, aunque algunos, en función de sus objetivos, solamente abordan casos graves por lo que requieren la utilización de metodologías como el análisis causa raíz. Otros, sin embargo, analizan los casos realizando una clasificación y agregación de los que tienen características comunes y buscando patrones de causas que facilitan la propuesta de soluciones.

Son también muy interesantes los sistemas que analizan casos reales y los publican en sus web, eliminando toda posible identificación del paciente, profesional o institución notificantes.

g. Difusión de resultados

El tipo de información que se transmite es variado, pero puede resumirse en los siguientes puntos:

- Elaboración de informes por un centro notificador. En estos informes también se desagrega por categorías, en función de los objetivos del sistema de notificación y se realizan semestral o anualmente.
- Elaboración de alertas que permiten difundir aquéllas situaciones que por su frecuencia o gravedad tienen especial relevancia, con el propósito de hacer llegar sus recomendaciones al máximo número de profesionales posible.

h. Anonimato y confidencialidad

La introducción de los datos de la persona que notifica puede realizarse de forma anónima, sin que se llegue a saber quién o desde dónde ha realizado la notificación. Por otro lado el sistema puede ser confidencial y comprometerse a que esos datos no lleguen a revelarse en público, pero permite contactar con la persona en caso de ser necesario.

Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos (por ejemplo: efectos adversos de un nuevo fármaco), compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren la atención y también recomendar “buenas prácticas” a seguir.

**Nota:** En relación a la forma en que se pueden llevar a cabo el análisis de causa raíz de los eventos centinela identificados, se analizan más adelante en la sección del Capítulo 10 - Gobierno, liderazgo y dirección (GLD).

Limitaciones para la notificación de eventos centinela

Uno de los retos que enfrentan los sistemas de salud en el rubro de seguridad del paciente, es el establecimiento de un sistema de registro oportuno y lo más completo posible de los eventos centinela que permita el análisis y la toma de decisiones para prevenir la ocurrencia de los mismos. Se estima que aproximadamente 95 % de todos los eventos adversos [22] incluyendo los eventos centinela no se documentan, esto depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que

transmiten los líderes de la organización para entender la notificación, como una oportunidad para mejorar la seguridad del paciente y no como un mecanismo para culpar al personal que se encuentra asistiendo al paciente.

Según un estudio realizado en el 2009 en una unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social [22] en relación al conocimiento y notificación de los eventos centinela, del cual se entrevista al personal de enfermería (estudio realizado en 226 enfermeras), muestra los siguientes resultados:

- Desconocimiento de los programas de notificación, 27%
- Miedo al castigo, 22%
- Evidenciar el mal ejercicio de la práctica, 18%
- Desconocer que se debe notificar, 19%
- Falta de secuencia en la notificación, 4%
- Falta de reinformación posterior a la notificación, 9%
- Otros, 1%

De acuerdo a los resultados obtenidos de este estudio se enfatizó la necesidad urgente de difundir por parte del personal directivo los programas internos de notificación y evaluar de manera permanente su difusión y capacitación al personal de todas las unidades, con la finalidad de mejorar la seguridad y calidad de la atención de los pacientes y por consiguiente la reducción de quejas y demandas a esta institución por la recurrencia de los eventos centinela.

#### **4.8.3 Problemática:**

Como se puede observar los eventos centinela corresponden a aquellas situaciones de mayor impacto en la salud del paciente, es decir para los hospitales son la “no conformidades” que mayor atención requieren y es por eso que obligan a los hospitales a que realicen un análisis de causa raíz, lo que en los sistemas de calidad se refiere a las acciones correctivas.

El conflicto al que se enfrentan los hospitales es encontrar la forma en que se notifiquen este tipo de eventos y convencer a los profesionales de la salud de la importancia de que al notificar los eventos adversos, incluyendo los centinela, es con la finalidad de mejorar los sistemas de trabajo y no como una herramienta para exhibir o evidenciar sus errores.

#### **4.8.4 Ventaja competitiva:**

El principal beneficio es que una vez logrado que se notifiquen los eventos centinelas, consiste en la realización de un análisis de causa raíz y establecer acciones con la finalidad de que estos no se lleguen a presentarse nuevamente. Estas situaciones buscan que se empleen de manera adecuada herramientas tales como diagramas de pescado, lluvias de ideas, entre otros; que es una forma para

que los médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud identifiquen y apliquen herramientas de mejora en sus centros de trabajo para la solución de problemas comunes, en el Capítulo 10 de Gobierno, liderazgo y dirección (GLD), se describe de manera detallada como llevar a cabo la implementación de estas herramientas.

## **4.9 Capítulo 9 – Prevención y control de infecciones (PCI)**

### **4.9.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

PCI.7.5 La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante una demolición, construcción o renovación [7].

Interpretación del estándar:

Al planificar una demolición, una construcción o una renovación, la organización emplea criterios de riesgo que se ocupan del impacto de la renovación o la nueva construcción sobre los requisitos de calidad del aire, el control de infecciones, los requisitos de los servicios públicos, el ruido, la vibración y los procedimientos de emergencia.

Requisitos para ser demostrados:

- a. La organización emplea criterios de riesgo para evaluar el impacto de la renovación o la nueva construcción.
- b. Se evalúan y manejan los riesgos y el impacto de la renovación o la construcción sobre la calidad del aire y las actividades de control de infecciones.

### **4.9.2 Implementación:**

En los últimos años se ha progresado mucho en la construcción o renovación de los servicios de las instituciones de salud, pero aún existen riesgos relacionados con posibles peligros y contaminantes. Los proyectos de construcción o renovación de áreas en los hospitales brindan cambios especiales. Por lo tanto el personal de Control de Infecciones debe estar involucrado en todas las fases de los proyectos de construcción y de esta forma poder asegurar que pacientes, visitas y personal de salud estén protegidos de exponerse a agentes infecciosos, a la vez de permitir satisfacer las necesidades e implementar las medidas de control de infecciones. El personal de Control de Infecciones, además de evaluar que la estructura física sea funcional, segura, amplia y de fácil limpieza, debe planear las vías para disminuir los riesgos de infección, contemplando la normatividad y regulación aplicable.

La APIC (Association for Profesionales in Infection Control and Epidemiology) de EUA, establece [23] la necesidad de que el personal de Control de Infecciones este envuelto activamente en proyectos de construcción desde el comienzo, planificación, diseño de etapas y durante la implementación de la etapa. En este reporte se analizaron los siguientes componentes:

- Un diseño que apoye la practica del control de infección.
- El diseño, número y tipo de cuartos de aislamiento.

- Calefacción, ventilación y sistemas de aire acondicionado.
- Sistemas mecánicos que involucren el suministro de agua y plomería.
- Número, tipo y lugar de las instalaciones del lavado de manos, expendedores de jabón para manos, toallas de papel y loción.
- Lugar de la unidad para depositar objetos cortantes.
- Lugar para guardar el equipo de protección para el personal.
- Superficies (techos, paredes, mesadas y muebles).
- Habitación de materiales.
- Almacenamiento de equipos móviles y módulos.

Es importante considerar que durante las construcciones se va a incrementar el polvo y la suciedad, que llevan microorganismos que pueden contaminar el aire y el agua con el riesgo de producir brotes epidémicos, como por ejemplo el *Aspergillus* y *Legionella*. El género *Aspergillus* es uno de los hongos más ubicuos probablemente debido a sus requisitos metabólicos simples y su capacidad para soportar una amplia gama de temperaturas.

Los pacientes inmunodeprimidos, suelen adquirir Aspergilosis invasiva en el Hospital por medio de la inhalación de esporas.

Identificación de riesgos durante la construcción o renovación

Algunos de los riesgos asociados a construcción o renovación hospitalaria incluyen lo siguientes:

- El polvo de construcción y los escombros pueden hacer ingresar microorganismos al área de cuidado de pacientes.
- Una gotera en el techo causada por la construcción puede ocasionar daños y la formación de moho.
- Desconectar los sistemas de filtro de la ventilación llevan a una disminución de la circulación del aire.
- Penetración de polvo por construcción vecina al hospital, alterando la normal circulación del aire.

Intervenciones para el manejo de riesgos:

- a. Una importante intervención es monitorear a los pacientes por posibles infecciones relacionadas con la construcción, especialmente el *Aspergillus*. Cualquier agrupamiento de infecciones potencialmente causadas por hongos, provenientes de una contaminación del aire, debe ser inmediatamente investigado.

- b. Durante una construcción o renovación hospitalaria, el personal de la salud y el de construcción debe ser instruido para que tenga en consideración el polvo, huellas, puertas abiertas, moscas y la humedad del techo como riesgo de infección. Pacientes inmunocomprometidos deben ser admitidos o reubicados en áreas alejadas del lugar de construcción.
- c. Intervenciones prácticas para prevenir riesgo de construcción o renovación hospitalaria:
  - Asegurar una corriente de aire limpio/sucio dentro y alrededor de las áreas de construcción.
  - Construir barreras que contengan el polvo y los escombros.
  - Si es posible trasladar a los pacientes de las áreas en construcción o renovación hospitalaria.
  - Asegurar el sellado de las ventanas para minimizar la infiltración de polvo y escombros del exterior.
  - Reconocer que simples procedimientos (remover tejas del techo dañadas por el agua) pueden causar una significativa exposición al moho.
- d. Las áreas de construcción tienen que estar separadas de las áreas de cuidado de pacientes, farmacéuticos y materiales estériles, por medio de barreras que el polvo y la suciedad no puedan penetrar.
- e. Los elementos que conciernen al Control de Infecciones de un proyecto de Construcción o Renovación hospitalaria son los siguientes: la disponibilidad de lavamanos, el control del tráfico, una presión negativa y positiva en cuartos de aislamiento, un adecuado manejo de la basura, el agua, la calefacción y refrigeración y la protección de superficies específicamente en los techos.

#### Medidas de prevención para limitar la diseminación de polvo y suciedad

A continuación se presentan algunas medidas para minimizar el riesgo de infección durante la construcción, renovación y mantenimiento:

- a. Programar los proyectos durante el invierno, cuando el riesgo es más bajo para el *Aspergillus* y otras infecciones fúngicas (Ej. histoplasmosis).
- b. Limpiar y aspirar las áreas de construcción en forma frecuente.
- c. Colocar adhesivos en el piso de la puerta de área de construcción para atrapar el polvo.
- d. Limpiar con métodos húmedos las áreas cercanas a la construcción en forma frecuente.
- e. Pueden usarse filtros de partículas de aire de alta eficiencia (HEPA).
- f. Transportar los escombros en contenedores con tapa fuerte y adecuada o transportarlos cubiertos con una lámina húmeda.
- g. Quitar los escombros apenas se generan, no dejar que se cumulen. Siempre por una ventana o puerta que no esté en contacto con la "internación" de pacientes.

- h. De ser necesario destinar ascensor, entrada o pasillo para la construcción, de no poder hacerlo, reglamentar horarios donde no lo utilicen pacientes, familiares o personal de salud.
- i. Diseñar antes de comenzar la construcción las rutas de entrada y salida en la misma, para la prevención de infecciones y accidentes en este personal.
- j. Tratar de no transportar por estas áreas alimentos, ropa, equipo médico, materiales de esterilización, sin hacer una protección (por ejemplo: contenedores cerrados) para minimizar el riesgo de contaminación. Se debe implementar estas medidas en los sectores que se vean afectados por la construcción.
- k. Considerar si existen días para que la construcción pueda llevarse a cabo sin alterar o perjudicar a los sectores críticos (por ejemplo en cirugías programadas) y contemplar la posibilidad que de no poder controlar algún área, puedan ser reubicadas o cerradas temporalmente.

#### Evaluación y control final

Una vez que el proyecto esta terminado, se debe inspeccionar el área construida o renovada y controlar si se han cumplido con los requisitos de control de infecciones. Verificar lo siguiente:

- La ubicación de los dispensadores de jabón y toallas, depósito de punzocortantes y cestos de residuos.
- Los pisos, plafones y terminación de las paredes.
- Inspeccionar los grifos de agua para asegurar que tengan filtros. Controlar la presión y drenaje del agua.
- Probar por mantenimiento todos los sistemas: ventilación, luz, agua, etc. antes que el paciente se interne.
- Evaluar el sistema de ventilación, presiones y entrada y salida del aire.
- Inspeccionar el área una semana antes de la habilitación, para que se vaya limpiando, y retirar todo el polvo minuciosamente. Es importante el frecuente lavado y desinfección antes de su apertura.
- Controles para insectos y roedores.
- En áreas como trasplante y quirófano, tomar muestras del aire para evaluar la calidad microbiológica del aire antes de ingresar pacientes.
- No se deben colocar plantas en las habitaciones, ni cortinas no lavables.
- En áreas de procedimientos especiales, por ejemplo desinfección de endoscopios, controlar la ventilación y características de seguridad.
- Delimitar las áreas sucias y áreas limpias.

#### **4.9.3 Problemática:**

La intervención del personal de Control de Infecciones en los proyectos de construcción y renovación Hospitalaria, implica que estos tengan que interactuar con jefes de servicio, ingenieros y arquitectos, que es ahí donde radica la problemática ya que en la práctica, incluso quienes coordinan los proyectos desconocen de la existencia de estos servicios, y mucho menos que tengan que contactar al personal de salud para el inicio de tales proyectos. Por consiguiente para la correcta aplicación de estas medidas el personal directivo tiene que apoyar la implementación de políticas relacionadas con el control de infecciones que se apliquen antes de iniciar los proyectos de construcción y/o renovación. Adicionalmente las áreas que coordinan los proyectos deben establecer en los contratos o en los convenios con los proveedores el apego a los criterios establecidos, para realizar un proyecto de construcción que satisfaga las medidas mínimas de control de infecciones.

#### **4.9.4 Ventaja competitiva:**

Las funciones de un programa de control de infecciones hospitalaria se enfocan en los siguientes elementos: vigilancia epidemiológica, investigación de brotes, educación al personal, salud del personal, establecimiento de controles y la evaluación de los resultados; por tal motivo la intervención de control de infecciones en los proyectos de construcción y renovación hospitalaria debe ser parte de dicho programa ya que le aplican de igual forma los elementos ya mencionados, siendo indispensable aplicarlos puesto que en caso contrario puede poner en riesgo la salud de los pacientes.

Los aspectos de control de infecciones en los proyectos de construcción y renovación, necesitan inversión de tiempo y de trabajo constante, pero mediante la aplicación de los criterios y el establecimiento de medidas para la reducción de riesgos durante las construcciones, podrán evitar hacer proyectos que posteriormente requieran de adecuaciones y reducir riesgos con los pacientes de obtener alguna infección hospitalaria.

## **4.10 Capítulo 10 – Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)**

### **4.10.1 Estándar seleccionado (estándar existente con resistencia en su aplicación)**

GLD.3.4 Se educa a los líderes médicos, de enfermería y demás en los conceptos de mejora de la calidad [7].

Interpretación del estándar:

El propósito primario de una organización de atención sanitaria es proporcionar atención al paciente y trabajar para mejorar los resultados de dicha atención con el tiempo, aplicando principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de la organización necesitan:

- Estar educados o familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad.
- Participar personalmente en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes recibieron educación o están familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad.
- b. Los líderes médicos, de enfermería y demás participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

### **4.10.2 Implementación:**

El éxito de cualquier sistema de gestión de la calidad depende del compromiso de la alta dirección y como estos a su vez involucran al demás personal de la organización, que es en si lo que este estándar representa, es decir como crear consciencia con el personal de la organización. La problemática recae cuando se requiere involucrar a los médicos y enfermeras en esté tipo de prácticas.

En otros giros o sectores quienes se involucran en las actividades de mejora es el personal operativo, ya que están en las áreas de producción, fabricación, etc., puesto que ellos son los que realmente saben lo que pasa con la operación. Su equivalente en los hospitales son los médicos, enfermeras, técnicos, químicos, nutriólogos y demás personal involucrado con el proceso de salud, quienes por consiguiente son los que tienen que participar en las actividades de mejora.

El principal reto, para asegurar un mayor impacto en las mejoras, es involucrar a los diversos profesionales de la salud, pero por lo mismo de la característica de su trabajo suele ser complicado su participación, ya que la mayoría de las veces justifican su poca participación debido la carga de trabajo que presentan o a la cantidad de pacientes que requieren atender.

Es por eso que la institución tiene que fomentar con el personal, que aún dentro de su horario laboral, en necesario y de manera frecuente ser capacitado y participar en las actividades de mejora continua, siempre y cuando se realice de manera programada, con pequeños grupos de trabajo para no descuidar la operación, y otorgándoles dentro de su jornada el tiempo y los recursos se pueden lograr resultados esperados.

A continuación se presentan algunos elementos en los que se puede capacitar y lograr la participación del personal de la salud en las actividades de mejora continua.

Etapa 1: Métodos para identificar errores o áreas de oportunidad

Su finalidad es mostrar todas las posibilidades de identificar problemas [24] o áreas de oportunidad en el área donde desempeñen su actividad y fomentar con todo el personal para que estos notifiquen sobre desviaciones que identifique durante el desempeño cotidiano de su trabajo.

Las fuentes principales para la identificación de problemas pueden ser:

- a. Incumplimiento a requisitos legales aplicables al área.
- b. Incumplimiento a requisitos normativos que opte por cumplir voluntariamente.
- c. Incumplimiento a lo establecido en los documentos del área.
- d. Incumplimiento a lo establecido en los indicadores del área.
- e. Hallazgos de auditorias internas o externas.
- f. Quejas de los clientes, solo en aquellos casos que exista recurrencia o en aquellas situaciones que se requiera de un mayor análisis.
- g. Fallas relacionadas con equipos o instrumentos que puedan afectar la atención médica.
- h. Cuando exista pérdida o falsificación de registros.
- i. Cualquier situación que pongan en riesgo o dañe la salud del paciente. Como pueden ser: Errores de medicación, caídas de pacientes, complicaciones quirúrgicas, muerte inesperada, reacciones graves a la transfusión, identificación o sitio incorrecto, entre otros.

Una vez identificado el problema, es importante clasificar y priorizar entre aquello que solamente se requiera corregir y aquello que necesite de una acción correctiva mediante un análisis de causa raíz. Pero cuáles son aquellas situaciones en las que se requiere se requiere realizar el análisis, esto dependerá del impacto y/o recurrencia del problema, es decir, no es lo mismo un error durante una transfusión sanguínea a la omisión del algún registro de una gráfica de control de temperaturas. Por lo tanto y antes de realizar el análisis de causas conviene considerar elementos para la capacitación sobre conformación de equipos de trabajo efectivos.

#### Etapa 2: Conformación equipos de trabajo efectivos

Una vez que ya se tiene identificado el problema es fundamental establecer el mecanismo para conformar equipos de trabajo efectivo [24]. La finalidad del trabajo en equipo es desempeñar un trabajo individual bajo un fin común. Las siguientes son características para la conformación de equipos efectivos:

- Un objetivo claro y desafiante
- Estructura orientada a resultados
- Integrantes competentes
- Compromiso común
- Clima de colaboración
- Parámetros de desempeño
- Apoyo y reconocimiento externos
- Liderazgo basado en principios

Cuáles son las conductas que se busca tener en los equipos de trabajo:

- Comunicación honesta
- Mostrar respeto y apoyo mutuo
- Anticipar las necesidades de los demás
- Dar y aceptar retroalimentación
- Confiar en la capacidad de sus integrantes
- Repartir equitativamente las responsabilidades
- Reconocer y premiar el trabajo de equipo
- Buscar situaciones ganar-ganar
- Esforzarse por merecer la confianza de otros
- Enseñar/aprender a ser equipo

Trabajar en equipo es la clave, no sólo de un excelente desempeño en la organización, sino además de un óptimo clima laboral obteniéndose los siguientes resultados:

- Una mayor eficacia en la coordinación de acciones y resolución de dificultades.
- Contar con equipos creadores de una cultura organizada que contribuya y participe en el logro de resultados.
- Situar en la empresa equipos capaces de auto administrar su desarrollo y práctica de acciones.
- Equipos competentes y con herramientas para administrar y sacar adelante situaciones críticas.

### Etapa 3: Análisis de causa del problema identificado

Una vez que se tiene identificado el problema y conformado el equipo de trabajo, otro tema en el que es necesario la capacitación del personal es mediante la metodología de Análisis de Causa Raíz [25], cuya finalidad es la de identificar los factores básicos o posiblemente involucrados que originen la variación del desempeño de los procesos, incluyendo la ocurrencia o posible ocurrencia de un evento centinela.

Las herramientas para la realización de análisis de causas, pueden ser:

#### a. Lluvia de ideas

La lluvia de ideas es una técnica [24] para aprovechar el pensamiento creativo de un equipo para generar y aclarar una lista de ideas, problemas o asuntos. Para poder llevarlo a cabo es necesario contar con un facilitador que establezca el propósito de la sesión de la lluvia de ideas y definir el “problema” que se desea solucionar. Las directrices para la generación de ideas pueden ser:

- Crear grupos de entre 5 a 7 miembros.
- Cada miembro del equipo toma un turno en secuencia, estableciendo una sola idea.
- Cuando sea posible, que los miembros del equipo construyan sobre las ideas de los demás.
- En cada etapa, las ideas no sean ni criticadas ni discutidas.
- Registrar las ideas para que todos los miembros las revisen.
- Continuar hasta que ya no se generen más ideas.
- Revisar todas las ideas para su aclaración.

#### b. Diagrama Causa – Efecto

Una vez que se generó las suficientes ideas, es cuando es recomendable emplear el diagrama causa efecto [25], ya que esta herramienta permite al equipo pensar y representar relaciones entre un efecto determinado y sus causas potenciales. Las principales causas potenciales se

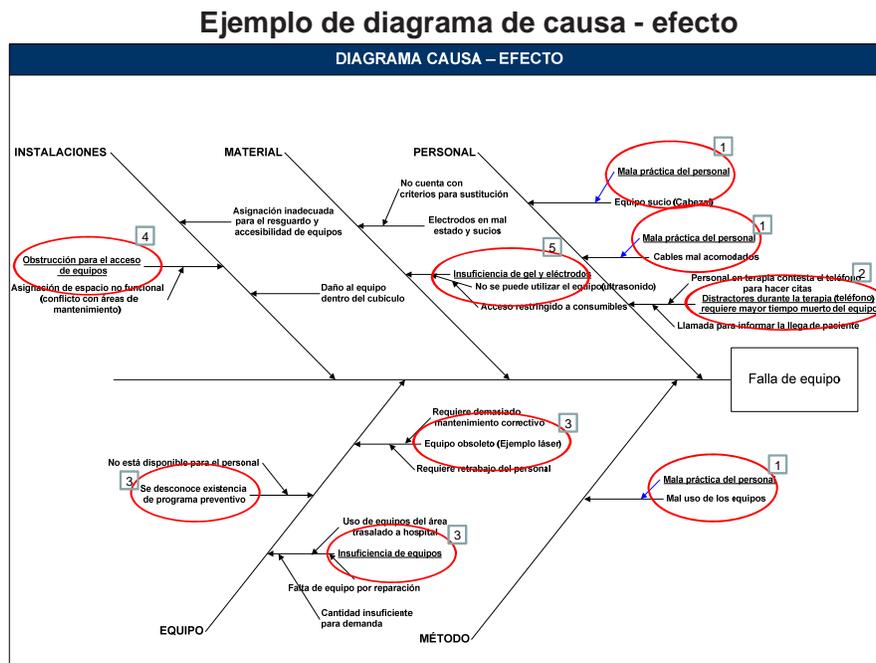
organizan en categorías y subcategorías de manera que la representación es parecida al esqueleto de un pez.

Las principales categorías, pueden ser:

- Paciente
- Equipo
- Materiales
- Personal
- Métodos de trabajo
- Ambiente de trabajo

Una vez clasificadas las diversas situaciones que se hayan identificado, se debe de cuestionar por cada una de estas el ¿por qué? de su origen y finalmente seleccionar a aquellas que tengan relación entre las categorías y aquellas que mayor impacto puedan tener.

En la siguiente figura se presenta un ejemplo de un diagrama de causa efecto, con sus respectivas categorías y el análisis de sus causas.



**Figura 12**

Etapa 4: Verificación de la efectividad de las causas identificadas

Posterior a la identificación de las causas, la verificación es una buena práctica, para el equipo pueda “retar” las causas [25], mediante la aplicación de los siguientes criterios:

- ¿Hubiera ocurrido el problema si la causa(s) no hubiera estado presente?

- b. ¿Recurriría el problema debido al mismo factor causal, si la causa(s) fuera corregida o eliminada?
- c. ¿La corrección o eliminación de la causa(s) previene la ocurrencia de eventos similares?

De estos criterios si la respuesta es No a cada una de las tres preguntas se trata de una “causa raíz” y se procede con el plan de acción. Si la respuesta es Si a cualquiera de las tres preguntas se trata de una “causa contribuyente” que requiere ser descartada o analizada nuevamente.

#### Etapa 5: Plan de acción y seguimiento

Finalmente el equipo de trabajo debe determinar la(s) acción(es) correctiva(s) y establecer su plan de acción (establecer el qué, quién, cómo y cuándo).

Una vez establecido las acciones a realizar y en las que se involucre a cada uno de los miembros del equipo, es fundamental por parte del Jefe o responsable del servicio realizar el seguimiento continuo de tales acciones, así como la asignación de recursos, cuando sea posible, para que el equipo pueda lograr sus propuestas planteadas.

Una vez que se cumplen con todas las acciones establecidas en el plan de acción y que éstas sean verificadas, se puede dar por hecho el cierre de la acción correctiva, momento en el cual se le reconozca el trabajo y esfuerzo realizado a todos los miembros del equipo.

#### 4.10.3 Problemática:

Pareciera sencillo el cumplimiento de este estándar y sus respectivos elementos de medición, en el que sería suficiente con capacitar al personal y solicitarle a los jefes de servicio que solamente presentarán, a su muy particular parecer, las mejoras que han realizado. Pero cuál, es el propósito de que se promueva este tipo de actividades y para tal efecto porque incluirlo en este capítulo, si lo coherente sería que quedara en el capítulo de calificaciones y educación del personal (SQP) ya que se puede decir que es parte de la formación del personal.

El motivo por lo que se encuentra en el capítulo de gobierno y liderazgo, tiene que ver que al emplear este tipo de prácticas se promueve la participación del personal mediante la asignación de responsabilidades y se les motiva para que sean parte de de la solución, lo que se refiere a los principios básicos (manejo de la autoestima, motivación, etc.) sobre la aplicación del liderazgo en una organización.

De acuerdo a experiencias de grupos de trabajo de un hospital privado de tercer nivel, enfocados a la mejora en los hospitales, algunas de las dificultades para la capacitación y la implementación de las mejoras son:

- a. Falta de tiempo por el personal, porque aún cuando sea programada la capacitación y/o los talleres de mejora, suelen presentarse imprevistos en las áreas de atención a pacientes, lo cual implica la reprogramación de la capacitación.
- b. Falta de interés por los jefes o responsables de los servicios, en diversas ocasiones los responsables de los servicios no le dan la suficiente importancia a la capacitación en herramientas de mejora ya que consideran que no es parte de las actividades del área, es decir, consideran que es una actividad adicional a las realizadas de manera rutinaria.
- c. Falta de seguimiento a las acciones de mejora acordadas, también se llegan a presentar en situaciones en las que si se llega a reunir los grupos de trabajo para la capacitación y para el análisis de los problemas y propuestas de mejora, pero ya no se comprometen con la realización de las acciones.

#### 4.10.4 **Ventaja competitiva:**

La aplicación de las herramientas mejora como la identificación de problemas, la aplicación de la lluvia de ideas y el análisis de causa raíz, permiten a los líderes de la organización fomentar los siguientes pilares básicos del liderazgo [26], que son:

- Fomentar la autoestima del personal,
- La motivación del personal,
- Centrarse en el comportamiento y no en las actitudes, y
- La capacidad de escuchar.

Si los líderes logran tener esa visión, sobre la manera en que se fomenta la participación del personal, permitirá entonces sobresalir sobre aquellas organizaciones que no sigan estas prácticas, y aunado a esto se pueden alcanzar otra serie de beneficios relacionados, como lo son:

- Un clima laboral adecuado,
- Permanencia del personal,
- Compromiso del personal hacia la organización, y
- Fomentar la innovación.

Finalmente estos elementos son los que idealmente los líderes deberían de buscar, ya que estableciendo estas bases cualquier otro requisito por muy complicado que pudiera parecer, se puede implementar con gran facilidad ya que permite romper con todas aquellas barreras que impiden el desarrollo de una organización.

## **4.11 Capítulo 11 – Gestión y seguridad de la instalación (FMS)**

### **4.11.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

FMS.6 La organización elabora y mantiene un plan y un programa de manejo de emergencias para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad [7].

Interpretación del estándar:

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directamente a la organización, como por ejemplo el caso de daños en áreas de atención a pacientes como resultado de un terremoto, o una gripe que impide que el personal se presente a trabajar. A fin de responder en forma efectiva, la organización elabora un plan y un programa para manejar tales emergencias. El plan prevé procesos para:

- La determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y acontecimientos.
- La determinación del rol de la organización en tales acontecimientos
- Las estrategias de comunicación para casos de acontecimientos
- La gestión de recursos durante acontecimientos, incluidas fuentes alternativas
- La gestión de actividades clínicas durante un acontecimiento, incluidos lugares de atención alternativos y
- La identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un acontecimiento

Requisitos para ser demostrados:

- a. La organización tiene identificados los principales desastres internos y externos y los principales acontecimientos epidémicos que tienen grandes probabilidades de ocurrir.
- b. La organización planifica su respuesta a probables desastres incluidos los puntos a) hasta f) de la declaración de intención.

### **4.11.2 Implementación:**

Situaciones adversas pueden constituirse en desastres naturales o producidos por el ser humano, que por lo general se presentan en forma súbita e inesperada. Esto, no sólo altera el ritmo normal en la vida de las poblaciones y de cualquier institución, sino que pone en evidencia la necesidad de

contar con un plan para la mitigación, prevención y respuesta en las contingencias, emergencias, desastres y epidemias.

En una emergencia, las acciones de respuesta se pueden manejar con los recursos disponibles localmente; en cambio, un desastre supera la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Para que se presente un daño de cualquier magnitud, se necesita que interactúen la “amenaza” y la “vulnerabilidad” en un contexto dado, lo cual configura el riesgo de que se produzca efectivamente el daño en un determinado nivel de afectación.

Se define a la “amenaza” [27] como el factor externo de riesgo, representado por la posibilidad de que ocurra un fenómeno o un evento adverso que podría generar daño en las personas o su entorno, derivado de la naturaleza, de la actividad humana o de una combinación de ambos, y que puede manifestarse en un momento y un lugar específicos con una magnitud determinada. Las amenazas se clasifican, según su origen, en tres categorías:

- a. Amenazas de origen natural. Ejemplos de estos pueden ser: los terremotos, los maremotos, las erupciones volcánicas, los huracanes, los tornados y los deslizamientos espontáneos, que no requieren de la actividad humana para que se presenten.
- b. Amenazas derivadas de la actividad humana. En esta categoría se incluyen los accidentes de tránsito, aéreos y acuáticos, el colapso de obras civiles, el derrame de sustancias químicas, las guerras, la contaminación ambiental, los incendios, las explosiones, etc.
- c. Amenazas derivadas de la interacción de la actividad humana y la naturaleza. Estas son provocadas por el abuso y el descuido de la acción humana en su relación con el medio ambiente, por ejemplo, deslizamientos, sequías e inundaciones.

La “vulnerabilidad” se define [27] como la susceptibilidad o la predisposición intrínseca de un elemento o de un sistema de ser afectado gravemente. Es el factor interno del riesgo, debido a que esta situación depende de la actividad humana.

La interacción de la amenaza y la vulnerabilidad en determinado momento y circunstancia genera un riesgo, es decir, la probabilidad de la generación de daños por la presentación del fenómeno esperado, en un lugar específico y con una magnitud determinada.

## Gestión del riesgo

Los desastres no son más que la materialización de unas condiciones de riesgo existentes, las cuales dependen no sólo de la posibilidad de que se presenten eventos o fenómenos intensos, sino también de que existan condiciones de vulnerabilidad que son los agentes que favorecen o facilitan la manifestación del desastre ante la presencia de los fenómenos, una adecuada gestión de riesgos [26] conlleva el manejo de las siguientes fases:

### Fase 1: Reducción de riesgo:

Las actividades que se realizan en esta área están dirigidas a eliminar el riesgo o a disminuirlo, en un esfuerzo claro y explícito por evitar la presentación de desastres. Dentro de esta fase, se pueden distinguir dos componentes:

- **Prevención.** Comprende las acciones dirigidas a eliminar el riesgo, ya sea evitando la presentación del evento o impidiendo los daños, por ejemplo, al evitar o limitar la exposición del sujeto a la amenaza.
- **Mitigación.** Es el conjunto de acciones dirigidas a reducir los efectos generados por la presentación de un evento. Busca implementar acciones que disminuyan la magnitud del evento y, por ende, disminuir al máximo los daños.

### Fase 2: Manejo de desastres

En esta etapa se prevé cómo enfrentar de la mejor manera el impacto de los desastres y sus efectos; El manejo de desastres contempla tres componentes:

- **Preparación.** Es el conjunto de medidas y acciones encaminadas a reducir al mínimo la pérdida de vidas humanas y otros daños.
- **Alerta.** Es el estado generado por la declaración formal de la presentación cercana o inminente de un desastre.
- **Respuesta.** Comprende las acciones llevadas a cabo ante un desastre y que tienen por objeto salvar vidas, reducir el sufrimiento humano y disminuir las pérdidas en la propiedad.

### Fase 3: Recuperación

En esta etapa se instauran las medidas que inician el proceso de restablecimiento de las condiciones de vida normales de una comunidad afectada por un desastre. En esta etapa se identifican claramente dos componentes:

- **Rehabilitación.** Comprende el período de transición que se inicia al final de la respuesta, en el que se restablecen, a corto plazo, los servicios básicos indispensables.

- Reconstrucción. Es el proceso mediante el cual se repara la infraestructura, se restaura el sistema de producción y se recupera el patrón de vida de la población.

#### Características de los eventos que ocasionan desastres y sus efectos sobre la salud

Existe una relación directa entre el tipo de evento que ocasiona un desastre y sus efectos sobre la salud [27]. Algunos efectos son más potenciales que reales y no siempre constituyen amenazas inevitables para la salud, pues un trabajo educativo previo al desastre puede evitarlos o mitigarlos.

En la mayoría de los eventos adversos, la mayor demanda de los servicios de salud se produce en las primeras 24 a 48 horas. Después de las 72 horas, y en relación con las condiciones sanitarias, pueden presentarse otras enfermedades derivadas del consumo de agua contaminada, el hacinamiento, la exposición climática, el incremento de vectores, etc.

Para fines de este estudio solo se presentan algunos eventos de los que posiblemente afectan a la Ciudad de México.

##### a. Terremotos

Son sacudidas de la superficie terrestre producidas por la liberación súbita, en forma de ondas, de la energía acumulada, generada por deformaciones de la corteza terrestre. Un terremoto puede medirse en magnitud y en intensidad. La magnitud mide la energía liberada en el foco o punto dentro de la tierra de donde proviene el movimiento que causa el sismo. La escala de magnitud más conocida es la de Richter. La magnitud de los sismos más leves es cercana a cero y la correspondiente a los sismos más grandes registrados es de 8,9.

#### Efectos sobre la salud

- Mortalidad. El número de muertos puede ser significativo debido a la rapidez y la violencia del impacto y a la destrucción de la infraestructura, básicamente en áreas urbanas y de alta densidad de población.
- Morbilidad. También se registra un elevado número de heridos por las causas señaladas. Las principales condiciones encontradas son: politraumatismos, heridas, quemaduras, intoxicaciones y secuelas de salud mental.
- Infraestructura de salud. Los daños en los establecimientos de salud afectan, además de su infraestructura, a los recursos humanos, el equipamiento, los servicios básicos y el mobiliario.

- Escasez de alimentos. Contrario a lo que se piensa, no debería existir escasez de alimentos. Si esto ocurre puede deberse a la dificultad en el acceso, acaparamiento u ocultamiento por parte de los proveedores.
- Movimientos de población. Según la magnitud del evento, la población afectada tiende a quedarse cerca de sus casas o pertenencias, y se interesan rápidamente por iniciar la recuperación.

#### b. Erupciones volcánicas

Es la salida de material (magma), cenizas y gases del interior de la tierra a la superficie. Una erupción volcánica es un proceso muy complejo que genera diversos elementos: lluvia de cenizas, que puede alcanzar a varios kilómetros a la redonda; flujo piroclástico, que es material incandescente que cae ladera abajo a gran velocidad; flujos de lodo, si el cono tiene hielo; ríos de lava, de diversa densidad y a diferentes velocidades, así como gases tóxicos.

#### Efectos sobre la salud:

- Mortalidad. La mortalidad puede ser alta si se presentan flujos piroclásticos y, en menor escala, flujos de lava.
- Morbilidad. Las cenizas, cuyas partículas pequeñas son inhalables, pueden ocasionar graves enfermedades respiratorias, dérmicas y oftálmicas. La contaminación del agua, que se acidifica con la ceniza, puede causar enfermedades del sistema digestivo. Los flujos piroclásticos y la lava producen lesiones de tipo traumático y quemaduras; los gases pueden generar graves cuadros respiratorios y de intoxicación.
- Infraestructura de salud. Los establecimientos de salud pueden llegar a colapsar a consecuencia de los flujos y de las cenizas. Si se afectan las líneas vitales en la comunidad, el establecimiento también sufrirá deficiencias a menos que cuente con sistemas alternos para un adecuado funcionamiento.
- Escasez de alimentos. Los almacenes de alimentos no se afectan, a menos que se hallen en la zona de influencia directa de los flujos; sin embargo, los cultivos pueden dañarse por la lluvia de ceniza.
- Movimientos de población. Según los sistemas de alerta, las poblaciones en riesgo pueden ser reubicadas en las zonas de seguridad previamente identificadas.

## Responsabilidades de las instituciones de salud en situaciones de desastre

Ante una situación de emergencia o desastre, al igual que otros sectores, el sector salud debe asumir las siguientes responsabilidades:

- Realización de un diagnóstico adecuado y técnico de las vulnerabilidades y los recursos propios del sector.
- Articulación y coordinación intra y extrasectorial para una acción conjunta ordenada y con economía de pasos administrativos.
- Elaboración e implementación de planes específicos o de contingencia para el sector en general, según sus distintos ámbitos y niveles.
- Organización e implementación de un sistema de comunicaciones, de preferencia coordinado con otras dependencias y sectores.
- Educación, capacitación y entrenamiento de su personal y de la población para una acción adecuada en el ámbito de su jurisdicción.
- Evaluación de los daños del sector salud.
- Organización y coordinación de los sistemas de suministros y transporte.

## Implementación de un Plan de Emergencias Hospitalario

El Plan de Emergencia Hospitalario [28] debe considerarse como un instrumento práctico y operativo que facilite la toma de decisiones en emergencias, debe ser dinámico y no estático, entra en funcionamiento cuando la capacidad de atención a pacientes de la instalación hospitalaria es superada. Debe considerar lo siguiente:

- Diagnóstico externo, que determine la vulnerabilidad de la población, la articulación de funciones con otras instituciones en los diferentes niveles de atención de salud.
- Diagnóstico interno, que determine la capacidad funcional de la organización existente y de las instalaciones físicas.

## Pasos para la implementación del Plan de Emergencias Hospitalario

### Paso 1: Conformación del Comité Hospitalario de Prevención, Mitigación y Atención de Desastre

El comité estará organizado y formado según las necesidades, particularidades y recursos con que cuenta la organización, quedará a criterio del presidente la integración de otros representantes. A continuación se presenta una propuesta de los miembros que deben integrar el comité:

- a. Director del Hospital, preside el comité
- b. Subdirector de servicios médicos

- c. Jefe de Emergencia, quién debe ser el coordinador
- d. Jefe de epidemiología
- e. Jefe de docencia
- f. Jefe de enfermería
- g. Director de servicios administrativo
- h. Jefe de mantenimiento

Paso 2. Elaboración del Diagnóstico Situacional para identificar: Amenazas, Vulnerabilidades y Capacidades de respuesta de la instalación de salud.

Debe ser considerado el diagnóstico, como un instrumento que permita ordenar información, conocer las particularidades del área de cobertura hospitalaria y del hospital; elementos que pueden ser utilizados para precisar la funcionalidad estructural, administrativa / organizativa y el nivel de coordinación de la atención sanitaria de emergencia para situaciones de desastres.

- El diagnóstico externo, debe reflejar las principales amenazas, los aspectos geográficos y demográficos más relevantes. Población afectada, grupos etareos, edad y sexo, población de mayor riesgo; instituciones de apoyo; públicas, privadas, entre otros.
- El diagnóstico interno, debe reflejar la funcionalidad organizativa y administrativa de la unidad hospitalaria para enfrentar situaciones de desastres; estructura / funcional, capacidad resolutive, número de camas, recursos humanos, técnicos, capacidad de los servicios, ruta crítica, número de quirófano y tiempos quirúrgicos, entre otros.

Paso 3. Elaboración de acciones en la atención de múltiples heridos o víctimas en masas.

- a. Criterios de evaluación para considerar el alta a pacientes en casos de desastres: La evaluación y clasificación debe efectuarse haya o no alertas por desastre, este procedimiento permitirá tener conocimiento del número de camas disponible.
  - Clase A: Pacientes sin riesgo, que pueden desplazarse sin ayuda y pueden ser dado de alta sin mayor complicación.
  - Clase B: Pacientes en proceso de recuperación con patología de bajo riesgo, que pueden ser dado de alta con tratamiento a casa, pero necesita ayuda de un familiar para desplazarse.
  - Clase C: Pacientes no grave, necesita asistencia médica, pueden ser trasladados a otra unidad de salud de menor complejidad.
  - Clase D: Pacientes que por sus condiciones de riesgo no deben movilizarse del servicio donde esta ubicado (Unidad de cuidados Intensivos, Intermedio).

- b. Alertas: Se considera como un estado declarado con el fin de tomar precauciones específicas, debido a la probable o inminente ocurrencia de un evento adverso.
- Alerta verde: Existe la probabilidad que un desastre cause daño a una población determinada, se establece que el personal hospitalario, se encuentre en sus salas de atención, o si es fuera en horas no laborables, estén accesibles a cualquier llamado a través del flujo de llamadas o bien por medio de otras fuentes de comunicación.
  - Alerta Amarilla: Es inminente que un desastre cause daños a una población determinada, se establece ACTIVACION DEL PEH, el personal de salud fuera de servicio, debe presentarse con carácter de obligatoriedad al centro hospitalario y cumplir con las funciones definidas.
  - Alerta Roja: Este tipo de alerta se declara al momento del impacto, las condiciones son iguales a las anteriores.
- c. Triage hospitalario: Consiste en una clasificación rápida de los heridos según la gravedad de sus lesiones y la probabilidad de supervivencia, si reciben cuidados médicos rápidos. Debe ser adaptada a las capacidades disponibles localmente. La primera prioridad son las víctimas cuyo pronóstico inmediato o largo plazo puedan mejorar significativamente con cuidados intensivos sencillos. La prioridad más baja se aplica a los pacientes moribundos que necesitan muchísima atención (con beneficios dudosos). El triage es el único enfoque que puede proporcionar un beneficio máximo al mayor número posible de lesionados en una situación de desastre.

#### Ubicación de zona de Triage

El área de triage debe de cumplir las siguientes condiciones:

- Debe tener acceso directo a los vehículos sanitarios (ambulancias), es decir que no haya obstáculos que impidan el ingreso de las ambulancias.
- Al menos tener una cubierta adecuada, podemos citar como ejemplo; los toldos de tiendas de campañas.
- Tener adecuada iluminación.
- Fácil acceso al área de choque y a los servicios de apoyo sobre la ruta crítica.

#### Clasificación de las víctimas

- EL ROJO: Indica una elevada prioridad en cuanto al tratamiento o el traslado.
- EL AMARILLO: Se aplica a las prioridades medias.
- EL VERDE: Se usa para los pacientes ambulatorios y con posibilidades de sobrevivir.
- EL NEGRO: Para los pacientes fallecidos.

## Manejo de epidemias

En relación a esta parte del plan, recientemente y a raíz de la experiencias que se tuvo en el país por la epidemia de la “influenza”, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social” a través de la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, establece en Julio del 2009 una “Guía de recomendaciones para instrumentar el plan de emergencia en los centros de trabajo por la epidemia de influenza” [29], que si bien se refiere en particular a la epidemia de la influenza, también puede ser aplicada para cualquier tipo de epidemias que se pudieran presentar en el país, por lo tanto para la implementación del “Plan de para el manejo de emergencias y epidemias”, se pueden tomar a consideración para su implementación los siguientes elementos.

**Nota:** Cabe aclarar que aunque estos lineamientos son de aplicación para cualquier tipo de organización, para fines de esté trabajo se enfocará su aplicación para los hospitales.

### a. Clasificación del riesgo de exposición

- **Riesgo de Exposición Muy Alto:** Ocupaciones con potencial elevado de exposición a altas concentraciones de fuentes conocidas o con sospecha de contagio durante procedimientos médicos o de laboratorio. En esta clasificación donde normalmente se encuentra el personal de salud que tiene contacto directo con los pacientes.
- **Riesgo de Exposición Alto:** Ocupaciones con alto potencial de exposición a fuentes conocidas o con sospecha de contagio. Trabajadores que proporcionan cuidados de la salud a pacientes que se sabe o se sospecha que están infectados. En esta clasificación también están involucrado personal de salud, pero cuyo contacto con pacientes es menor.
- **Riesgo de Exposición Moderado:** Ocupaciones que implican contacto frecuente y cercano de exposición, esto es a una distancia menor a 2.25 metros, a personas con posibilidad de contagio. Trabajadores del equipo de salud tales como: asistentes médicas, trabajadoras sociales, personal de orientación al público, recepcionistas.
- **Riesgo de Exposición Moderado:** Ocupaciones que no implican contacto frecuente y cercano de exposición, esto es por estar ubicados a un distancia mayor a 2.25 metros, a personas con posibilidades de contagio, tales como público en general, compañeros de trabajo y otros individuos. Trabajadores que tienen contacto ocupacional mínimo con el público en general y otros compañeros de trabajo. En esta clasificación también aplica a personal de los hospitales

cuyas funciones son más del tipo administrativo, por ejemplo las áreas de Recursos Humanos o Contabilidad.

Como se puede observar de estas cuatro clasificaciones que se presentan todas aplican para diferentes tipos de empleados que laboran en el hospital y de acuerdo al nivel de riesgo al que se esta expuesto se tienen que implementar las medidas para atender a un brote epidémico.

b. Estrategias generales

Las siguientes estrategias de control son indispensables para reducir la enfermedad y contener su diseminación en los centros de trabajo, y serán aplicadas de acuerdo con la fase de la epidemia:

- Promoción de la salud: implica la orientación, capacitación y organización de los trabajadores para prevenir y controlar la propagación de la influenza sus centros laborales, algunos de los temas de capacitación deben incluir temas como: medidas básicas de higiene y limpieza en sitios de trabajo.
- Distanciamiento social: comprende la modificación de la frecuencia y el encuentro cara a cara entre los trabajadores, entre los empleados y sus clientes (pacientes) y el público en general.
- Aislamiento: separación de personas en sus hogares, hospitales o instalaciones determinadas por el sistema sanitario.
- Cuarentena: separación y restricción del movimiento de un grupo de personas que no ha desarrollado la enfermedad pero que se han expuesto al agente biológico infeccioso para evitar un ulterior contagio de la enfermedad en la comunidad.

c. Implementación del plan ante epidemias

Los siguientes elementos se deben integrar para que en conjunto se implementen en el “plan el manejo de emergencias y epidemias”.

Fases 1 y 2. Período Inter-Pandémico. Su finalidad es la de reforzar la capacidad de respuesta ante la posible epidemia y reducir al mínimo el riesgo de transmisión a personas.

Durante estas fases las medidas de atención sanitarias son dirigidas a desarrollar, ejercitar y revisar periódicamente los planes de preparación y respuesta para la epidemia; instaurar sistemas de vigilancia; diseñar el plan de comunicaciones y difundir riesgos reales y potenciales, así como promover conductas benéficas entre los individuos para autoprotgerse.

Para las siguientes fases 3, 4, 5 y 6 se representan en la siguiente tabla, en la que se observan las actividades a realizar conforme la fase se incrementa:

### Implementación de las fases del plan de epidemias

Fase 3. Período de Alerta Pandémica	Fase 4. Período de Alerta Pandémica	Fase 5. Período de Alerta Pandémica	Fase 6. Período Pandémico
<b>Objetivo:</b> Promover conductas benéficas entre los individuos para autoprotgerse	<b>Objetivo:</b> Reducir el riesgo poblacional e individual y contener la epidemia	<b>Objetivo:</b> Coordinar los recursos multisectoriales para mitigar los impactos sociales y económicos de la epidemia	<b>Objetivo:</b> Coordinar los recursos multisectoriales para mitigar los impactos sociales y económicos de la pandemia.
1. Planeación y dirección 1.1 Acciones para la atención de la emergencia	1. Planeación y dirección 1.1 Acciones para la atención de la emergencia	1. Planeación y dirección 1.1 Acciones para la atención de la emergencia	1. Planeación y dirección 1.1 Acciones para la atención de la emergencia
2 Capacitación e información a los trabajadores 2.1 Difusión de información a los trabajadores 2.2 Capacitación a los trabajadores	2 Capacitación e información a los trabajadores 2.1 Difusión de información a los trabajadores 2.2 Capacitación a los trabajadores	2 Capacitación e información a los trabajadores 2.1 Difusión de información a los trabajadores 2.2 Capacitación a los trabajadores	2 Capacitación e información a los trabajadores 2.1 Difusión de información a los trabajadores 2.2 Capacitación a los trabajadores
3 Medidas de prevención 3.1 Servicios de mantenimiento y limpieza en el centro de trabajo 3.2 Servicios para el personal 3.3 Servicios de alimentación en el centro de trabajo 3.4 Equipo de protección personal	3 Medidas de prevención 3.1 Servicios de mantenimiento y limpieza en el centro de trabajo 3.2 Servicios para el personal 3.3 Servicios de alimentación en el centro de trabajo 3.4 Equipo de protección personal	3 Medidas de prevención 3.1 Servicios de mantenimiento y limpieza en el centro de trabajo 3.2 Servicios para el personal 3.3 Servicios de alimentación en el centro de trabajo 3.4 Equipo de protección personal	3 Medidas de prevención 3.1 Servicios de mantenimiento y limpieza en el centro de trabajo 3.2 Servicios para el personal 3.3 Servicios de alimentación en el centro de trabajo 3.4 Equipo de protección personal
	4 Medidas de protección 4.1 Acciones en caso de detección de síntomas en un trabajador 4.2 Acciones en caso de confirmación de infección de un trabajador	4 Medidas de protección 4.1 Acciones en caso de detección de síntomas en un trabajador 4.2 Acciones en caso de confirmación de infección de un trabajador 4.3 Medidas físicas de	4 Medidas de protección 4.1 Acciones en caso de detección de síntomas en un trabajador 4.2 Acciones en caso de confirmación de infección de un trabajador 4.3 Medidas físicas de

Fase 3. Período de Alerta Pandémica	Fase 4. Período de Alerta Pandémica	Fase 5. Período de Alerta Pandémica	Fase 6. Período Pandémico
		protección	protección
	5 Políticas temporales 5.1 Minimizar el contacto personal 5.2 Flexibilización de horarios, locación y tipo de labores 5.3 Brindar confianza y eliminar penalizaciones a los trabajadores	5 Políticas temporales 5.1 Minimizar el contacto personal 5.2 Flexibilización de horarios, locación y tipo de labores 5.3 Brindar confianza y eliminar penalizaciones a los trabajadores 5.4 Aplicar medidas de contingencia que dicte la autoridad	5 Políticas temporales 5.1 Minimizar el contacto personal 5.2 Flexibilización de horarios, locación y tipo de labores 5.3 Brindar confianza y eliminar penalizaciones a los trabajadores 5.4 Aplicar medidas de contingencia que dicte la autoridad
	6. Supervisión y Vigilancia	6. Supervisión y Vigilancia	6. Supervisión y Vigilancia

**Tabla 7**

Finalmente si la organización logra conjuntar estos dos grandes elementos (manejo de emergencias ante desastres y epidemias) se puede asegurar que se implemente el plan de manera efectiva, el cual responda en aquellas situaciones que así lo requieran y por consiguiente estar preparados para brindar la atención siempre que sea requerido independientemente de la situación que se presente.

#### 4.11.3 Problemática:

Normalmente como este tipo de situaciones en nuestro país, a excepción de zonas costeras en las que el riesgo de huracanes o fuertes tormentas representa un riesgo permanente, pero en la gran mayoría de los estados del país el riesgo es menor, por consiguiente los responsables de las organizaciones se suelen confiar y por consiguiente no establecen planes de tipo preventivo puesto que lo ven como una inversión no redituable, pero se debe estar consciente que los costos por prevención siempre van a ser más bajos que el costo por no haber hecho algo al respecto.

Esta problemática se puede decir que no es exclusiva de los hospitales, ya que la gran mayoría de las organizaciones no cuentan con este nivel de consciencia y de cultura relacionada con la prevención de desastres, pero otra realidad es que los hospitales no pueden excluir dentro de sus propias actividades el contar con este tipo de programas para el manejo de desastres y control de epidemias, ya que cuando se llegue a presentar una emergencia, un hospital tiene que asegurar su operabilidad indistintamente de la magnitud del problema, puesto que son indispensables en dichas situaciones. Por tal motivo recientemente y a nivel gubernamental se está iniciando el programa de "Hospital Seguro" el cual promueve la implementación de este tipo de acciones enfocadas a instalaciones seguras, y que actualmente se fomenta principalmente en los hospitales públicos; pero

independientemente del alcance del programa todo hospital tiene la obligación de conocer el contenido del programa e implementar en la medida de lo posible todas las recomendaciones.

#### **4.11.4 Ventaja competitiva:**

La evaluación y prevención de los daños en el sector salud es una medida de fundamental importancia para la toma adecuada de decisiones, que implica no sólo la salud de la población (de los damnificados y de los afectados), sino también las condiciones sanitarias que existen como consecuencia del evento en sí, además de la evaluación de los establecimientos que ofrecen servicios de salud.

El implementar este tipo de programas de carácter preventivo proporciona confianza tanto internamente como hacia al exterior, en el sentido de que el hospital podrá desempeñar sus funciones independientemente de la situación que se presente, por consiguiente que además de ser casi indispensable contar con estos programas, genera una ventaja sobre aquellos que no cuenten programas bien desarrollados. Adicionalmente esto refleja el compromiso de los líderes de la organización a favor de la seguridad de los pacientes y de sus usuarios internos, en relación a una cultura de prevención.

## **4.12 Capítulo 12 – Calificaciones y educación del personal (SQE)**

### **4.12.1 Estándar seleccionado (nueva práctica hospitalaria)**

SQE.9 La organización tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las calificaciones (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal médico habilitado para brindar atención al paciente sin supervisión [7].

Interpretación del estándar:

Todo el personal médico habilitado para brindar atención al paciente sin supervisión clínica son los responsables primarios de la atención al paciente y de los resultados de la atención. Por lo tanto, la organización tiene el mayor nivel de responsabilidad para asegurar que cada uno de estos facultativos esté calificado para brindar una atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes.

La organización debe hacer todo lo posible para verificar la información esencial, incluso cuando la educación se completó en otro país y/o en un pasado lejano. Se pueden usar sitios de Internet seguros, confirmación telefónica documentada de la fuente, confirmación por escrito y terceros, como un organismo oficial designado, gubernamental o no.

La organización revisa los archivos de cada miembro del personal médico en el nombramiento inicial y al menos cada tres años, para asegurar que el miembro del personal médico esté habilitado actualmente, no esté implicado en medidas disciplinarias de organismos de habilitación y certificación, que tenga documentación suficiente para buscar nuevos o ampliados privilegios o tareas existentes en la organización y que sea capaz física y mentalmente de brindar atención y tratamiento al paciente sin supervisión.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Se identifican a aquellos a quienes la ley, las reglamentaciones y la organización permiten brindar atención al paciente sin supervisión.
- b. La educación y capacitación se documentan y verifican.
- c. Se mantiene un expediente independiente de las calificaciones de cada miembro del personal médico, donde se mantienen copias de la habilitación, certificación o expediente clínico y demás documentos exigidos por la organización.
- d. La certificación o registros están actualizados.

- e. Cada expediente se revisa al menos cada tres años.
- f. En el nombramiento inicial y al menos cada tres años, se toma una decisión sobre la calificación actual de la persona para prestar servicios de atención al paciente.

#### 4.12.2 Implementación:

Para aclarar este estándar, la "JCI" define los siguientes conceptos [7]:

- a. Credencialización. El proceso de obtener, comprobar y evaluar las calificaciones de un facultativo sanitario para prestar servicios de atención al paciente en una organización de atención sanitaria o para una organización tal.
- b. Otorgamiento de privilegios. Proceso en el cual un facultativo sanitario obtiene autorización, por parte de una organización de atención sanitaria, para acceder a un alcance y un contenido específicos de servicios de atención al paciente (es decir, privilegios clínicos), basado en la evaluación de las credenciales y el desempeño de la persona.
- c. Verificación de la fuente original. Verificación de las calificaciones reportadas de un facultativo sanitario particular, por parte de la fuente original o de un representante aprobado de dicha fuente. Entre los métodos para realizar una verificación de calificaciones de la fuente original se incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada o la verificación electrónica segura a partir de la fuente original de calificación.

#### Verificación de credenciales

De acuerdo a lo anterior para poder cumplir con este requisito la organización debe contar con un mecanismo que le permita recabar los expedientes de los médicos y posteriormente contactar a la institución que le haya otorgado el grado y adicionalmente a aquellos consejos en los que mantenga su especialidad.

Actualmente existe un mecanismo en el país, que permite de manera práctica corroborar la veracidad de la información para constatar la veracidad de los títulos y/o sus respectivas especializaciones, esto es a través del Registro Nacional de Profesionistas de la Secretaría de Educación Pública, en la siguiente página:

<http://profesiones.sep.gob.mx/profesiones/consultacedulas;>

El problema que se enfrentan las organizaciones de salud, es que en adición a la verificación de los títulos de los profesionistas médicos, se tiene que verificar con los diversos Consejos de Especialidad para corroborar la vigencia y veracidad de la especialización médica y en estos casos es contactando

directamente a estos consejos; el problema se incrementa cuando el título o certificación se realiza en el extranjero, puesto que implica contactar a las instituciones correspondientes o corroborar con instituciones que hayan realizado la validación de los estudios en el país.

#### Otorgamiento de privilegios

Una vez que se corroboran las calificaciones (cédulas y especialidades) del personal médico, el hospital debe otorgar los privilegios para los cuales puede ejercer, por ejemplo para un médico cirujano se tiene que especificar a cual especialidad es en la que podrá ejercer (ortopedia, trasplantes, etc.).

Dicho otorgamiento deberá permanecer como un registro más del expediente del médico y adicionalmente tendrá que estar disponible, ya sea a través de bases de datos electrónicas o impresas, en aquellas áreas en las que ingresen el personal médico, por ejemplo en las áreas de programación de cirugías o en áreas de admisión.

#### 4.12.3 Problemática:

Como se puede observar esta actividad implica tiempo e inversión de las organizaciones para realizar este tipo de verificaciones; otro problema al que se enfrentarán la organización va ser al identificar aquellos cuyos títulos o certificados no cumplan, en estos casos la organización tendrá que tomar medidas hasta cierto punto drásticas y tendrán que decidir entre el beneficio económico que les deja algún médico que no cumpla con la credencialización o que lo tengan que dar de baja de la institución.

En particular para los hospitales privados estos enfrentan la problemática de cómo verificar las credenciales de aquellos médicos considerados como “privilegios temporales” es decir, aquellos que no tienen una relación formal con el hospital a través de una sociedad médica, si no que solicitan un permiso temporal para ingresar a aquellos pacientes que deseen ser tratados en dicho hospital; en esta situación la organización tiene que contar con un proceso muy práctico para poder realizar de una manera ágil la verificación de las credenciales, puesto que en caso en contrario se pueden perder incluso a pacientes. En adición a la verificación a esta particularidad de permiso para los médicos; otros tantos aunque estos cumplan con todos los requerimientos de credencialización del hospital suelen ser acompañados por ayudantes, algunos estudiantes en formación y en otros casos incluso sin las competencias mínimas, por consiguiente el hospital tendrá que ser muy estricto para permitir que ingresen este tipo de asistentes de los médicos, que se presentan con frecuencia cuando se

solicitan médicos de interconsulta o cuando ingresan a los quirófanos y para ambos casos muchas veces quienes ingresan a atender pacientes, lo que puede ser un gran riesgo para el hospital.

#### **4.12.4 Ventaja competitiva:**

Si bien este proceso de un inicio será engorroso o incluso molesto para el personal médico, lo que será una realidad es que paulatinamente cuando los médicos requieran prestar sus servicios en instituciones de prestigio seguramente les empezarán a solicitar lo mismo, por consiguiente terminará siendo una práctica a la cual se acostumbrarán. El principal beneficio para las instituciones y para los pacientes es asegurar que el médico u otro cualquier profesional que lo atiendan, tendrán la seguridad que cumple y puede demostrar sus competencias, lo que creará por consiguiente una ventaja competitiva que en aquellas organizaciones que lo hagan ya que este tipo de prácticas genera confianza y mejorar la imagen de la institución ante los pacientes.

## **4.13 Capítulo 13 – Gestión de la comunicación y la información (MCI)**

### **4.13.1 Estándar seleccionado (estándar existente con resistencia en su aplicación)**

**MCI.19.4** Como parte de sus actividades de mejora del desempeño, la organización evalúa periódicamente el contenido del expediente clínico del paciente y la completitud de los expedientes clínicos del paciente [7].

Interpretación del estándar:

Cada organización determina el contenido y el formato del expediente clínico del paciente y cuenta con un proceso para evaluar el contenido de los expedientes clínicos y la completitud de los mismos. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora del desempeño de la organización y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de los expedientes clínicos de los pacientes se basa en una muestra que representa a los facultativos que prestaron la atención y los tipos de atención prestada. El proceso de revisión lo realiza el personal médico, el personal de enfermería y demás profesionales clínicos relevantes autorizados a ingresar información en el expediente clínico del paciente. La revisión se centra en lo oportuno, lo completo y lo legible, entre otras cosas, del expediente clínico y de la información clínica. El contenido del expediente clínico exigido por ley o reglamentación se incluye en el proceso de revisión. El proceso de revisión de los expedientes clínicos de la organización incluye tanto los expedientes clínicos de los pacientes que actualmente reciben atención como los expedientes clínicos de los pacientes dados de alta.

Requisitos para ser demostrados:

- a. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.
- b. La revisión emplea una muestra representativa.
- c. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos de los pacientes o a manejar los mismos.
- d. La revisión se centra en lo oportuno, lo legible y lo completo del expediente clínico.
- e. El contenido de los expedientes clínicos exigido por ley o reglamentación se incluye en el proceso de revisión.
- f. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.
- g. Los resultados del proceso de revisión se incorporan en el mecanismo de supervisión de calidad de la organización.

#### 4.13.2 Implementación:

El expediente clínico es uno de los resultados tangibles de la atención médica, que como un todo refleja la historia del paciente dentro de su estancia hospitalaria, este estándar como tal no es nuevo, pero si incluye nuevos elementos a considerar durante el monitoreo del expediente clínico. A nivel nacional el contenido del expediente clínico se encuentra descrito en la NOM-168-SSA1-1998 Expediente Clínico, que surgió con la necesidad de sistematizar, homogeneizar y regular su manejo.

El expediente clínico de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 [30] se refiere a Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

El proceso para la evaluación del expediente clínico dentro de una organización se logra mediante las siguientes etapas conforme la organización madure en cuanto a su contenido, que son:

##### Etapas 1- Evaluación de forma del expediente clínico

Esta evaluación consiste en evaluar al expediente de manera que al menos cuente con todos los registros necesarios por la norma [30], que son los siguientes:

- Hoja frontal
- Historia Clínica
- Partograma (solo en mujeres embarazadas)
- Nota médica en Urgencias (cuando aplique)
- Nota médica de Ingreso
- Nota de evolución
- Nota de interconsulta (cuando aplique)
- Nota de referencia / traslado (cuando aplique)
- Hoja de Órdenes Médicas
- Nota Pre-operatoria (solo para actos quirúrgicos)
- Nota Post-operatoria (solo para actos quirúrgicos)
- Valoración Pre-anestésica (solo para actos quirúrgicos)
- Registro Trans-anestésico (solo para actos quirúrgicos)
- Valoración Post-anestésica (solo para actos quirúrgicos)
- Nota de egreso

- Reporte de Enfermería
- Reportes de laboratorio e imagen
- Carta de Consentimiento Bajo Información (cuando aplique)
- Hoja de egreso voluntario (cuando aplique)
- Hoja de notificación al Ministerio Público (cuando aplique)
- Notas de defunción y de muerte fetal (cuando aplique)
- Contrato de Ingreso

La evaluación de forma en inicio no es complicada se puede hacer mediante un muestreo mayormente representativo (al menos un 30% de los expedientes del total de pacientes que ingresan), que incluso en algunas organizaciones puede ser hasta en su totalidad. La evaluación preferentemente se puede hacer directamente en las áreas de atención con la finalidad de verificar en el momento se realicen las notas del expediente, pero la problemática recae en que algunos casos no se cuenta con suficiente información para ser más preciso en su evaluación, por lo que se tiene que completar con expedientes ya cerrados para asegurar el contenido de todas las hojas.

Como resultado de esta evaluación, se le tendrá que informar a cada área evaluado los resultados obtenidos, teniendo especial énfasis las notas que se requieran completar.

## Etapa 2- Evaluación de contenido del expediente clínico

En esta segunda etapa de maduración, la evaluación se enfoca al contenido mínimo de cada una de las notas, lo que por consiguiente hace que sea más estricta su evaluación, ya que se tiene que considerar todos los elementos que la conforman, a continuación se describe de algunas de las notas el contenido que se debe evaluar:

### a. Historia Clínica

- Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;
- Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos,

- Diagnósticos o problemas clínicos

b. Nota de evolución

- Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Signos vitales;
- Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Diagnósticos y
- Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;

c. Nota Pre-operatoria

- Fecha de la cirugía;
- Diagnóstico;
- Plan quirúrgico;
- Tipo de intervención quirúrgica;
- Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios; y
- Pronóstico.

d. Nota Post-operatoria

- Diagnóstico pre-operatorio;
- Operación planeada;
- Operación realizada;
- Diagnóstico post-operatorio;
- Descripción de la técnica quirúrgica;
- Hallazgos transoperatorios;
- Reporte de gases y compresas;
- Incidentes y accidentes;
- Cuantificación de sangrado, si lo hubo;
- Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios;
- Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante,
- Estado post-quirúrgico inmediato;

- Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;
- Pronóstico;
- Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
- Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico; y
- Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

e. Nota de egreso

- Fecha de ingreso/egreso;
- Motivo del egreso;
- Diagnósticos finales;
- Resumen de la evolución y el estado actual;
- Manejo durante la estancia hospitalaria;
- Problemas clínicos pendientes;
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;
- Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Pronóstico; y
- En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

Por consiguiente la evaluación de cada expediente implica mayor tiempo, y de preferencia ser realizado por personal médico y/o de enfermería, ya que requiere de conocimientos más específicos sobre el tratamiento y/o evolución del paciente. En este caso el muestreo se puede reducir hasta en un 15% del total de todos los pacientes ingresados y de preferencia realizarlo durante la estancia del paciente, para que en caso de detectar desviaciones solicitar en el momento sean corregidas.

Cuando se inicia con este tipo de evaluación se puede esperar con los responsables de cada una de las áreas una reacción negativa, ya que si estaban confiados con los resultados anteriores, ahora les implique una disminución notoria en cuanto a los nuevos resultados.

### Etapa 3 - Evaluación de la congruencia del expediente clínico

Finalmente esta etapa se enfocará en revisar el contenido de las notas del expediente y su congruencia en cuanto al tratamiento otorgado, es decir, en revisar que estudios de laboratorio o de

imagen se solicitaron y verificar que hayan tomado y que decisiones se tomaron con base en estos o verificar que medicamentos fueron solicitados y de inicio verificar su aplicación y resultados obtenidos en el tratamiento. Por consiguiente esta evaluación debe ser realizada exclusivamente por personal médico y también el muestreo se reduce aún más hasta en un 5-10% por la cantidad de tiempo que se requiere de inversión.

La finalidad de la evaluación de contenido será también la de evaluar el desempeño del personal médico, que finalmente es otro requisito que se tiene que cumplir y también sirve para relacionar el apego a lo descrito en las Guías Clínicas.

Cuando la organización alcance este nivel, no necesariamente implica que deje de realizar alguna de las otras dos evaluaciones, éstas por consiguiente serán complementarias e incluso hasta cíclicas, lo primordial es que esto sea una actividad permanente dentro de la organización.

#### Resultados de la evaluación del expediente clínico

A continuación se presentan resultados de la evaluación del expediente clínico en las etapas 1 y 2, de un hospital privado de tercer nivel que comprende de febrero del 2008 a julio del 2009.

#### Resultados de evaluación del expediente clínico

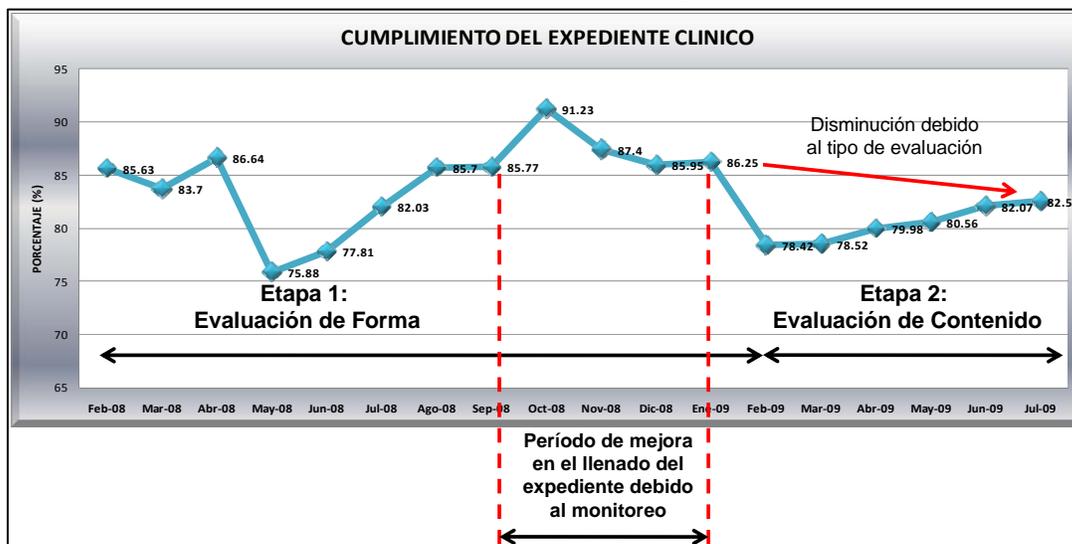


Figura 13

Como se puede observar en la primera etapa, los resultados de la evaluación presentan un crecimiento hasta lograr una estabilización, apoyada también con proyectos de mejora en los diferentes servicios para incrementar el cumplimiento. Cuando inicia la segunda etapa de evaluación se observa una disminución considerable, pero esto es, resultado del tipo de evaluación que se esta

realizando, la cual se espera mejore a lo largo del tiempo y que cuando se inicie con la tercera etapa de evaluación se espera vuelva a disminuir su cumplimiento por el cambio de evaluación.

#### **4.13.3 Problemática**

Actualmente aún se encuentra en desarrollo normatividad que permita la optimización de los recursos y buscar una manera para facilitar el llenado del expediente clínico, es por eso que está en revisión la NOM-024-SSA3 para el manejo del Expediente Clínico Electrónico (ECE). Esta aplicación es básica para el flujo de información en la atención médica a distancia, además de su uso con fines legales, de enseñanza, investigación, estadística y administración de servicios. Adicionalmente, este proyecto de norma requiere establecer los mecanismos de protección y confidencialidad de la información contenida en el ECE.

El propósito de la norma es el de establecer los registros electrónicos mínimos en salud, que las unidades que prestan servicios de atención médica deben cumplir para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información en el expediente clínico electrónico.

La mejora de la atención de los pacientes es la razón principal para crear los Registros Médicos Electrónicos; motivo por el cual los hospitales que así lo requieran tendrán que invertir en la adquisición de software y hardware para el manejo del expediente electrónico, por consiguiente requerirán inversiones considerables de acuerdo al tamaño del hospital.

#### **4.13.4 Ventaja competitiva:**

Como ya se mencionó desde un principio el expediente clínico del paciente es el resultado tangible más importante de los procesos de atención, por consiguiente, es uno de los motivos por lo que es tan necesario el monitoreo de los mismos. El hacer este tipo de prácticas permite mejorar notablemente en la calidad de las notas (de todo el personal de la salud involucrado), permite detectar errores y aunque estos posiblemente ya se presentaron se pueden identificar para ser corregidos o para mitigar su impacto, tal como se presentó en el ejemplo de la evaluación del contenido del expediente en un hospital de tercer nivel.

Finalmente otro beneficio y posiblemente el principal es que se puede asegurar el contenido de las notas de acuerdo a la normatividad aplicable; por consiguiente e incluso hasta por cuestiones legales brinda mayor seguridad a los médicos y mayor confianza hacia los pacientes.

## **Conclusiones:**

Una pieza fundamental para asegurar la adopción de los estándares internacionales de la Joint Commission (JCI) proviene del compromiso de la “Alta Dirección” o de su “Cuerpo de Gobierno”, puesto que permite la implementación de un sistema de gestión de calidad y por consiguiente una asignación de recursos; sin embargo, lo que realmente atrae a los directivos de los hospitales para tratar de cumplir con estos estándares, tiene que ver con la búsqueda para captar mayor cantidad de pacientes y este tipo de acreditación internacional lo permite fomentando el “turismo médico”.

Si bien desde tiempo atrás han existido otros modelos de gestión, por ejemplo la norma ISO 9001, ésta no ha tenido el impacto suficiente en los hospitales para que busquen obtener una certificación; ya que de acuerdo a cifras presentadas por CONACYT [31] en el 2007, de un total de 6,061 establecimientos certificados, sólo 8 eran hospitales (públicos y privados). Lo que es importante aclarar, es que el modelo establecido en la norma ISO 9001 ha servido de base para implementar otros modelos de calidad en diferentes sectores, como se demostró en este trabajo al comparar los requisitos de la norma ISO 9001 contra los estándares de la tercera edición de la JCI. La ventaja de contar con estándares propios en el Sector Salud, radica en una mayor la comprensión por los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.) al utilizar un lenguaje común y específico para este sector; lo que facilita su implementación.

De acuerdo a las propuestas de implementación, el análisis de su problemática y la ventaja competitiva de estos, algunos de los estándares que representa mayor repercusión y resistencia para su implementación en los hospitales privados son:

- a. Los Eventos Centinela, estos reflejan un grado de madurez para aceptar sus errores y tratar de corregirlos en lugar de ocultarlos; en los hospitales privados aún se oculta este tipo de información ya que los responsables o cuerpo directivo consideran que estos causan más problemas que soluciones, como por ejemplo la recuperación de los pagos con las aseguradoras.
- b. Las Guías Clínicas, si bien pueden ser altamente funcionales por su capacidad de estandarizar procesos de atención, en los hospitales privados, donde la diversidad de los médicos prevalece, es complicado la estandarización, ya que al existir una relación comercial (médico-paciente) siempre se buscará la manera de captar más pacientes, resultando diferente el proceso para cada médico.
- c. La Evaluación Diagnóstica de Enfermería, como se presentó en los resultados, la resistencia para la implementación no será por el personal de enfermería, más bien, será el rechazo o el desinterés que pueda tener el cuerpo médico, puesto que lo podrán ver como una actividad que

interfiera con el tratamiento médico. Otro factor será el nivel profesional de las enfermeras de nuestro país, debido a la variedad de perfiles que existen (desde enfermeras técnicas hasta enfermeras con licenciaturas o postgrados); lo que se implicará un gran esfuerzo para implementación, es decir, crear esquemas de valoración que sean uniformes y de fácil implementación para todo el personal de enfermería.

Los estándares que implicarán mayor inversión de recursos para su implementación son los siguientes:

- a. La gestión de medicamentos, en este caso, engloba a todo un capítulo de la JCI, debido a la interacción que puede tener el uso de medicamentos en todas sus diferentes fases (desde la adquisición del medicamento hasta el monitoreo del efecto de los mismos). Algunas de las situaciones que pueden tener mayor repercusión económica para su implementación son:
  - Contar con áreas con las condiciones sanitarias para la preparación de los medicamentos, en la que los hospitales pueden optar por centrales de mezclas, las cuales requieren de fuertes inversiones económicas, o al menos en cada central de enfermería se deberá contar con alguna área que tenga las condiciones sanitarias requeridas.
  - Adquirir un software para el control de medicamentos con las licencias correspondientes, que permitan verificar las interacciones de los medicamentos.
  - Contar con personal, preferentemente con enfoque farmacéutico, en los diversos servicios y durante las 24 horas, con la finalidad de verificar todas las órdenes de medicamentos antes de ser preparados e identificar de manera oportuna las interacciones de los medicamentos, sobredosis, etc.
- b. La implementación de programas de seguridad para la prevención de desastres y epidemias, en el que es necesario invertir recursos en prácticas preventivas como la capacitación para el personal, la adquisición de equipos de seguridad para instalaciones como lo son extintores, hidrantes o rediseño de instalaciones; pero que al final y en cualquier organización siempre será más bajo el costo de aplicar medidas preventivas que los costos que se puedan generar al presentarse desastres en la organización y que no se este preparado para ello.

Adicionalmente se observó que los capítulos de mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS) y el de gobierno, liderazgo y dirección (GDL) presentan estándares que permitirán reforzar el sistema de gestión de la calidad de los hospitales, debido al enfoque que tienen para la mejora de los procesos, mediante la difusión y uso de herramientas para:

- Análisis de Modo y Efecto de las Fallas
- Análisis Causa – Efecto
- Diseño y control de procesos
- Monitoreo de Indicadores

Finalmente cualquiera que sea la dificultad para su implementación de los diversos estándares, éstos paulatinamente se pondrán en práctica, logrando mejorar los procesos de atención para los pacientes y haciéndolos más seguros, que es el propósito de los estándares de buenas prácticas para los hospitales y, por el lado comercial, la implementación de estas buenas prácticas de gestión les permitirán ser más competitivos y por consiguiente obtener una mayor captación de clientes (pacientes), que visto desde el punto de negocio, es lo que toda organización quiere para asegurar su permanencia.

## **Bibliografía:**

1. DELOITTE, Medical tourism: Update and implications. Estados Unidos, 2008, 2 y 4 p.
2. SUÁREZ, Gabriel, Turismo médico ¿en México?, México, D.F., Rev. Alto Nivel, Noviembre 2009, 63 y 67 p.
3. ALCÁNTARA, Claudia, Turismo médico atraería mil 350 mdd en 2015, México, D.F., El Financiero, 8 de Febrero de 2010, 18 p.
4. JOINT Commission International, Guía del proceso de evaluación de hospitales. Oakbrook Terrace, Illinois, 2009, 10, 11 y 25 p.
5. CONSEJO de Salubridad General, Qué es el CSG, disponible en [www.csg.salud.gob.mx](http://www.csg.salud.gob.mx), Fecha de consulta: septiembre 2009.
6. JOINT Commission International. Listado de Hospitales Acreditados por la JCI, disponible en: [www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/](http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/), Fecha de consulta noviembre 2009.
7. JOINT Commission International, Estándares de Acreditación para Hospitales, Tercera Edición. Oakbrook Terrace, Illinois, 2009, 31, 37, 39, 53, 71, 95, 107, 117, 131, 139, 155, 167, 181, 195, 213 y 229 p.
8. IMNC, NMX-CC-9001-IMNC-2000: Sistemas de gestión de la calidad-Requisitos. IMNC, IPN, UNAM, IMP, México, D.F., 2001, 3, 24, 25 y 26 p.
9. GRUENBERG DA, SHELTON W y ROSE SL, Factores que Influyen en el Tiempo de Estancia en la Unidad de Terapia Intensiva, 2006; 502-509 p.
10. KIM, M.J., Manual de diagnósticos de enfermería, Madrid, España, Ed. Interamericana, 1989, 25-32 y 144 -168 p.
11. HERDMAN, Heather, HEATH, Crystal y SCROGGINGS, Leann. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (NANDA) 2007-2008, Madrid, España, Ed. Elsevier, 2008, 177, 263-271 y 344 p.
12. McCLOSKEY, Joanne, BULECHEK, Gloria. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición, Madrid, España, Ed. Elsevier, 2005, 3-18 y 487 p.
13. MOORHEAD, Sue, JOHNSON, Marion y MASS, Meridean. Clasificación y Resultados de Enfermería (NOC), Tercera Edición, Madrid, España, Ed. Elsevier, 2005, 7-16 y 421 p.
14. LEONOR, Aguilar y LÓPEZ, Margarita, Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de la autoeficacia para su aplicación, Revista de Enfermería del IMSS, México D.F., 2008, 3-6 p.
15. GÓMEZ, Juan, Implementación de Guías Clínicas. Revista Española de Cardiología, Malaga, España, 2006, 30-32 p.

16. AGREE Collaboration. AGREE instrument. Disponible en [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org), Fecha de consulta mayo de 2009.
17. CONSTANTINO, Patricia y VINIEGRA, Arturo, El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F., 2008, 105 y 106 p.
18. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación, Primera edición, Ginebra, Suiza, 2008, 12, 17 y 21 p.
19. HERMANN, Kenneth, Understanding Medication Management in Your Health Care Organization, Segunda edición, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, Illinois, 2006, 7, 17 y 30 p.
20. JOINT Commission, Estadísticas de eventos centinela, Oakbrook Terrace, Illinois, 2008, 1 y 2 p.
21. BAÑERES, Joaquim y CAVERO, Elisa, Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España, 2007, 27-32 p.
22. JUÁREZ, Hernán y DURAN, Carlos, Eventos centinela y la notificación y la notificación del personal de enfermería, Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F., 2008, 40 p.
23. LIZZI, Alicia, El control de infecciones durante la construcción y renovación hospitalaria, CO de INEP, Argentina, 2006, 1, 4, 5 y 7 p.
24. TENORIO, Héctor, Herramientas de calidad para la resolución de no conformidades, Rev. Asociación Mexicana de Medicina Transfusional, México, D.F., 2009, 53-56 p.
25. McKEE, Jennie, Root Cause Analysis in Health Care – Tools and Techniques, Tercera Edición, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, Illinois, 2005, 7, 41, 79, 100 y 105 p.
26. LOCKE, Edwin, Sea un gran líder, Primera edición, Ed. Javier Vergara, S.A., México, D.F., 1994, 27-33 p.
27. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, Manual de evaluación de daños y necesidades en salud para situaciones de desastre, Ecuador, 2004, 5-19 p.
28. MINISTERIO de Salud, Unidad Técnica de Enlace para Desastres. Guía para la Elaboración de Planes de Emergencias Hospitalarios para Situaciones de desastres, Primera edición, Nicaragua, 2005, 2-6 y 14-17 p.
29. SECRETARÍA de Trabajo y Previsión Social, Guía de recomendaciones para instrumentar el plan de emergencia en los centros de trabajo por la epidemia de influenza, Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, México, D.F., 2009, 9-11 y 14-56 p.
30. SECRETARIA de Salud, NOM-168-SSA1-1998 - Del expediente clínico, México, D.F., 1998, 6, 11-16 p.

31. CONACYT, Establecimientos Certificados en ISO 9001:2000 en México, Informe General, México, D.F., 2007, 221 y 222 p.
32. CORDOBA, José Ángel, RUELAS, Enrique y REYES, Hilda, Estándares para la Certificación de Hospitales, Consejo de Salubridad General, Enero, 2009, 5, 6 y 7 p.