

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Centro Interdisciplinario de Posgrados,
Investigación y Consultoría

Departamento de Ingeniería

Doctorado en Logística y Dirección de la
Cadena de Suministro

Marco de Referencia de la Dirección de Operaciones y la Cadena de Suministro en el Sector Salud de México a través del Modelo de Excelencia Operativa en Hospitales (MEOH)

Tesis que para obtener el Grado de Doctor en

Logística y Dirección de la Cadena de Suministro

Presenta

Miguel Ángel Moreno Miguez

Puebla, México. **Julio 2014**

UPAEP – Secretaría General
Dirección General de Apoyos Académicos
Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.
Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Centro Interdisciplinario de Posgrados, Investigación y Consultoría

Departamento de Ingeniería y Tecnologías de Información

Doctorado en Logística y Dirección de la Cadena de Suministro

Se aprueba la Tesis:

Marco de Referencia de la Dirección de Operaciones y la Cadena de Suministro en el Sector Salud de México a través del Modelo de Excelencia Operativa en Hospitales (MEOH)

Comité Doctoral

Dr. Abraham Mendoza Andrade
Director de Tesis

Dr. José Luis Martínez Flores
Asesor

Dr. Elías Olivares Benítez
Asesor

Puebla, México. **Julio de 2014**

AGRADECIMIENTOS

Culmino una etapa de mi vida personal y profesional y al repasar mis memorias de estos, más de 50 años, me doy cuenta de que he tenido la gran fortuna de vivir, convivir y compartir experiencias con muchas personas, que no solo me han apoyado, sino también me han impulsado a experimentar y no decaer en el esfuerzo para terminar cada paso en esta vida.

Pero para estar en este momento es justo y necesario agradecer a quienes me dieron la vida, a Dios por enviarme a mis padres Jorge y Eva y a ellos por darme la oportunidad de formarme como persona y profesionista.

A mis hermanos Piri, Jorge, Lupita, Luisa por compartir conmigo mis primeros años de vida y que me ayudaron a llegar a donde me encuentro.

A mi querido Pancho que desde el cielo me ha iluminado.

A mis hijos Miguel, Alfredo y Angel que con su cariño y paciencia me permitieron dedicar el tiempo necesario para llegar a este momento.

A mi esposa Kira que con su amor, paciencia y cariño me impulsaron para no decaer a pesar de los momentos difíciles que se suscitaron en estos años de mis estudios doctorales.

A Patxi por impulsarme a iniciar este viaje de aprendizaje y formación académica.

A mis amigos Martín Marín y Marco Barrantes por estar pendientes de que continuara a pesar de los inconvenientes.

A la Universidad Panamericana y sus directivos por creer en mi para iniciar y terminar estos estudios doctorales, apoyándome en todos los sentidos.

A mis sinodales y amigos José Luis y Elías que se dieron el tiempo, muchas gracias por su dedicación para darme sus puntos de vista y sugerencias que contribuyeron de forma importante a lograr este objetivo.

Por supuesto, un agradecimiento muy especial a Abraham Mendoza por dirigirme en este proceso, ya que sin su ayuda, dedicación y exigencia en los detalles no podría presentar esta tesis, resultado de mi investigación.

Gracias Dios mío por darme tantas bendiciones.

Tabla de contenido

RESUMEN 8

ABSTRACT 9

CAPÍTULO 1. PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN 10

1.1 Planteamiento del problema 10

1.2 Propósito de la investigación 11

1.3 Objetivo general y específicos 12

1.4 Resultados esperados 12

1.5 Viabilidad 13

1.6 Delimitación 13

1.7 Justificación de la investigación 14

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO 19

2.1 La Dirección de Operaciones en el sector salud 19

2.1.1 Excelencia Operativa 27

2.2 Gestión por procesos 28

2.2.1 Procesos de Negocio y su aplicación en el SS 29

2.2.2 Mapeo de Procesos en Hospitales 30

2.3 Sistemas de calidad y certificación en hospitales 36

2.3.1 Sistemas de gestión de calidad ISO 36

2.3.2 Sistemas de gestión de calidad en el SS 37

2.3.3 Certificación de hospitales 40

2.4 Lean healthcare 42

2.4.1 Aplicación en el Sector Salud 42

2.4.2 Herramientas básicas 45

2.4.3 Herramientas para optimizar el tiempo de atención 50

2.4.4 Herramientas para el manejo de materiales 53

2.4.5 Herramientas para la calidad total 55

2.4.6 Herramientas para maximizar la eficiencia 56

2.5 Seis Sigma 57

2.5.1 Elementos de Seis Sigma 57

2.5.2 Herramientas de Seis Sigma 58

2.5.3 Proceso de implementación 59

CAPÍTULO 3. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA 61

3.1 Introducción 61

3.2 Variables bajo estudio 61

3.3 Resultados 62

CAPÍTULO 4. MODELO PROPUESTO DE EXCELENCIA OPERATIVA EN HOSPITALES 69

4.1 Introducción 69

4.2 Modelo de Excelencia Operativa en Hospitales (MEOH) 70

4.2.1 Etapa 1: Diagnóstico de Procesos 70

4.2.2 Etapa 2: Introducción a *Lean Healthcare* y Seis Sigma 72

4.2.3 Etapa 3: Despliegue de *Lean Healthcare* y Seis Sigma en la organización 81

4.2.4 Etapa 4: Cultura de Mejora Continua como proceso de toma de decisiones 82

4.3 Requerimientos de implementación 83

CAPÍTULO 5. CASOS DE APLICACIÓN 85

5.1 Análisis de casos de aplicación del MEOH 85
Hospital "A" 85
Hospital "B" 87
Hospital "C" 88
Hospital "D" 91

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES 97
6.1 Conclusiones relativas a los objetivos de la investigación 97
6.2 Aportaciones originales 98
6.3 Futuras investigaciones 98

CAPITULO 7. REFERENCIAS 100

ANEXOS 102
ANEXO 1, ESTÁNDAR DE CERTIFICACIÓN PARA HOSPITALES 102
ANEXO 2, ARTÍCULOS PUBLICADOS 103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variables Bajo Estudio en la Investigación 14
Figura 2. Evolución de la Cadena de Suministro (Ballou, 2006) 14
Figura 3. Evolución de la CSSS adaptada de Ballou, 2006 (Moreno & Mendoza, 2014) 17
Figura 4. Estructura del Marco Teórico 20
Figura 5. Integración de la Cadena de Suministro en el SS (Moreno y Mendoza, 2012) 23
Figura 6. Modelo SCOR 24
Figura 7. Niveles del Modelo SCOR 24
Figura 8. Ejemplo de Indicadores para el Modelo SCOR 25
Figura 9. Diferenciación de Flujo en Hospitales Adaptado de SCOR (Moreno y Mendoza, 2012) 25
Figura 10. Modelo SCOR Adaptado para Flujo de Pacientes (Moreno y Mendoza, 2012) 26
Figura 11. Modelo SCOR Adaptado para Flujo de Materiales (Moreno y Mendoza, 2012) 26
Figura 12. Evolución de la Aplicación de Herramientas de Mejora (adaptada de Towers, 2007) 27
Figura 13, Filosofías para la Excelencia Operativa (Moreno y Mendoza, 2012) 28
Figura 14. Procesos Clave de Negocio (PCN) y Procesos de Soporte (PS) (Moreno y Mendoza, 2012) 29
Figura 15. Procesos Clave de Negocio en Hospitales 31
Figura 16. Ejemplo del Proceso de Admisión 31
Figura 17. Diagrama de Flujo Proceso de Admisión (ejemplo) 33
Figura 18. Diagrama de Interacción del Proceso de Admisión (ejemplo) 33
Figura 19. Listado de Responsabilidades Proceso de Admisión (ejemplo) 34
Figura 20. Indicadores de Desempeño para el Proceso de Admisión (ejemplo) 34
Figura 21. Sistema de Gestión de Hospitales Documentado (ejemplo) 35
Figura 22. Definición Esquemática de Proceso 37
Figura 23. Apartados del Estándar de Certificación como un Sistema (Moreno y Mendoza, 2012) 41
Figura 24. Esquema de Justo a Tiempo 53
Figura 25. Mapa de Valor Ejemplo 56
Figura 26. Muestra del Estudio 62
Figura 27. Significado de *Lean* 63
Figura 28. Significado de Lean 64
Figura 29. Contribución de *Lean* en los Hospitales 64
Figura 30. Motivadores Para Implementar *Lean* 65
Figura 31. Ciclo de Mejora Estratégica (adaptado de Jackson, T. 1998) 69
Figura 32. Diagnóstico del Proceso de Admisión 71
Figura 33. Modelo Integrando Pilares y Aspectos Clave (adaptado de Jackson, 1998) 73
Figura 34. Elementos Clave de Análisis del Proyecto (adaptada de Ryckman et. al, 2009) 75
Figura 35. Escenarios Posibles para el Proyecto (adaptada de Ryckman et. al, 2009) 76
Figura 36. Mapa de Valor del Estado Actual (ejemplo) 77
Figura 37. Identificación de Áreas de Mejora (ejemplo) 78
Figura 38. Mapa de Valor del Estado Futuro (ejemplo) 78
Figura 39. Características Indispensables de Calidad (Chaplin, 2003) 80
Figura 40. Tiempo de Medicación para Órdenes Verbales (Chaplin, 2003) 81
Figura 41. Etapa 3, Despliegue en la Organización 82
Figura 42. Modelo MEOH (Moreno y Mendoza, 2012) 82
Figura 43. Macro Proceso de Salud Integral (Hospital "A") 85
Figura 44. Diagrama de Proceso MMU, Hospital "C" 88
Figura 45. Mapeo del Proceso MMU, Hospital "C" 89
Figura 46. Diagrama de Flujo Ejemplo, Hospital "C" 90
Figura 47. PCN y PS, Hospital "D" 92
Figura 48. Diagrama del Proceso de Admisión ejemplo, Hospital "D" 93
Figura 49. Diagrama de Flujo Ejemplo, Hospital "D" 94
Figura 50. Diagrama de Interacción Ejemplo, Hospital "D" 94
Figura 51. Indicadores de Desempeño Ejemplo, Hospital "D" 95
Figura 52. Sistema General de Calidad, Hospital "D" 96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Funciones, objetivos y aspectos a considerar en hospitales (adaptada de Langabeer, 2008) 21
Tabla 2. Procesos y objetivos de la CSSS (adaptada de Langabeer, 2008) 22
Tabla 3. Comparativo de los PCN entre Manufactura y SS 30
Tabla 4. Comparativo de los PS entre Manufactura y SS 30
Tabla 5. Estándares Indispensables Aplicables al Proceso de Admisión (ejemplo parcial) 32
Tabla 6. Estándares No Indispensables aplicables al Proceso de Admisión (ejemplo parcial) 32
Tabla 7. Tipos de Desperdicio en Hospitales 44
Tabla 8. Caja de Herramientas de *Lean Healthcare* de Acuerdo a su Impacto. 45
Tabla 9. Caja de Herramientas de *Lean Healthcare* de Acuerdo a su Aplicación. 45
Tabla 10. Descripción y Beneficios de Clasificar 46
Tabla 11. Descripción y Beneficios de Ordenar 46
Tabla 12. Descripción y Beneficios de la Limpieza 47
Tabla 13. Descripción y Beneficios de Estandarizar 47
Tabla 14. Descripción y Beneficios de la Disciplina 48
Tabla 15. Resumen de principios y beneficios de Kaizen 50
Tabla 16. Herramientas de Seis Sigma 58
Tabla 17. Representación de la escala de Likert 62
Tabla 18. Estándares Indispensables Aplicables al Proceso de Admisión (Parcial) 71
Tabla 19. Estándares No Indispensables Aplicables al Proceso de Admisión (Parcial) 72
Tabla 20. Tipos de Casos y Tiempo Objetivo en Sala de Operación (Ryckman et. al, 2009) 75
Tabla 21. Contribución de GP, *Lean Healthcare* y Seis Sigma en la Certificación de Hospitales 83
Tabla 22. Interrelación de Procesos con MMU, Hospital "C" 89
Tabla 23. Listado de Responsabilidades Ejemplo, Hospital "D" 95

RESUMEN

La prestación de servicios médicos en el mundo, y en especial en México, tiene como objetivo primordial el proveer de una atención de calidad, en tiempo y a un bajo costo. Es indudable que una atención deficiente puede ocasionar problemas graves llegando hasta la muerte de una persona, sin embargo, es necesario que dicha atención no solo se centre en la eliminación de este tipo de errores, sino también en proveerla con calidad, calidez y buscando la optimización de recursos limitados en cada uno de los centros de atención médica. Para ello, es necesario transformar la manera de medir los resultados de dicha atención, pasando de una forma reactiva a una proactiva en sus diferentes áreas. El impacto en el tiempo de atención, por ejemplo, no solo tiene como consecuencia la posible muerte de un paciente, sino que también impacta el índice de satisfacción y los costos involucrados en cada hospital. Asimismo, un flujo de pacientes, basado en el valor agregado en la atención médica, contribuye de manera favorable a disminuir los posibles errores, se utilizan los recursos disponibles de la mejor manera y la atención médica al paciente mejora de forma inmediata.

El reto de lo mencionado anteriormente, se encuentra en el cambio de las estructuras organizacionales y procesos actuales, llevando estos hacia una mejora en la gestión de los procesos de atención médica y de gestión hospitalaria, así como la implementación de metodologías y herramientas de mejora continua comúnmente utilizadas en otras industrias y que ahora se están adaptando al Sector Salud (e.g., cadena de suministro, *Lean* y seis sigma). En ese mismo sentido, es necesario transformar los indicadores de desempeño actuales (e.g., morbilidad) hacia aquellos que promuevan el desempeño sistémico de cada una de las tareas de un hospital (e.g., índice de satisfacción vs. tiempo de atención, tiempo de atención vs. costo de atención) sin perder de vista lo más importante, la atención médica que se provee.

Ésta investigación establece el Marco de Referencia de la Dirección de Operaciones y la Cadena de Suministro del Sector Salud en México a través de un modelo que integra las mejores prácticas de mejora continua: gestión por procesos, *Lean Healthcare* y seis sigma. El modelo propuesto se convierte en una metodología que permitirá a los hospitales alcanzar la excelencia operativa, minimizando el tiempo de implementación y los documentos necesarios para sustentar la mejora continua. Un beneficio importante de este modelo es que las empresas pueden obtener resultados a corto plazo, ya que una vez implementado, se encontrarán en posibilidad de obtener la certificación requerida por el Consejo General de Salud.

La estructura de esta investigación parte de la identificación de la problemática particular del Sector Salud en México donde se identifican dos grandes retos: (1) falta de claridad en el alcance de las investigaciones del SS, y (2) no existen aportaciones suficientes para lograr solucionar la problemática actual (costos de atención cada vez más altos, incrementar la seguridad del paciente y la utilización de métodos más eficaces y eficientes para resolverlo). El capítulo 2 describe el marco teórico que sustenta el modelo propuesto y al mismo tiempo se plantean las adaptaciones necesarias para ser utilizadas en el Sector Salud.

Para sustentar la necesidad de la aplicación de estos conceptos en el Sector Salud, se llevó a cabo una investigación cualitativa aplicada a los hospitales en Guadalajara. Como resultado se identifican las áreas de oportunidad para su aplicación, el capítulo 3 contiene el resumen de esta investigación.

La propuesta del modelo y su aplicación en hospitales públicos y privados se describe en los capítulos 4 y 5. El modelo propuesto parte de la base de que es posible que cada hospital establezca su punto de partida y su estrategia para lograr la excelencia operativa. De esta manera, el modelo será una guía para definir sus procesos clave y de soporte, así como las herramientas de mejora más adecuadas a su realidad y sus necesidades inmediatas y futuras. Al mismo tiempo, podrá definir nuevos indicadores de desempeño que integren el valor agregado al paciente y que aseguran el trabajo colaborativo y sistémico como parte de la cadena de valor del SS.

La aplicación de los conceptos y herramientas, tradicionalmente utilizadas en la industria de manufactura, facilita a los actores de la cadena de valor mejorar sus resultados operativos y al mismo tiempo mejorar los índices de satisfacción e incrementar la seguridad de los pacientes. Eliminando los esfuerzos asilados de cada integrante de la cadena de valor, aunque valiosos, se promoverá la mejora radical en la atención médica y el paciente obtendrá los beneficios de estos esfuerzos integrados.

En el capítulo 6 se plasman nuestras conclusiones y se propone los temas relevantes de futuras investigaciones, integrando a los diferentes actores de la cadena de valor del Sector Salud en México en este proceso de cambio.

ABSTRACT

The provision of medical services in the world, and especially in Mexico, has a primary objective: to provide quality care, on time and at a low cost. There is no doubt that poor care may cause serious problems reaching the death of a person, however, it is necessary for such care not only to focus on the elimination of such errors, but also on providing this service with quality, warm and looking for the optimization of limited resources in each of the health care facilities. To this end, it is necessary to transform the way of measuring the results of such care, from a reactive form to a proactive one in its different areas. The impact on call time, for example, not only has as a consequence the possible death of a patient, but it also impacts the satisfaction index and the costs involved in each hospital. Also, a flow of patients, based on the value added in medical care, positively contributes to reduce possible errors; available resources are used optimally and medical care to the patient an immediate improvement.

Formerly mentioned challenge is located in current processes and organizational structures change, taking these towards a improvement in the management of health care and hospital management processes, as well as the implementation of methodologies and continuous improvement tools commonly used in other industries and which are now adapting to the Health Sector (e.g., supply chain, Lean and Six Sigma). In that same vein, it is necessary to transform the current performance indicators (e.g., morbidity) towards those that promote systemic performance of each one of the tasks of a hospital (e.g., index of satisfaction vs. call time, call vs. cost of service time) without losing sight of the most important, health care.

This research sets a reference framework of the operation management and the supply chain in the Health Sector in Mexico through a model that integrates the best practices and methodologies of continuous improvement: management by processes, Lean Healthcare and Six Sigma. The proposed model becomes a methodology that will allow hospitals to achieve operational excellence, minimizing time to deploy and the documents needed to support continuous improvement. A major benefit of this model is that the companies can get short-term results, since once implemented, they will be in possibility to obtain the certification required by the General Health Council (Consejo General de Salud).

The structure of this research is based on the identification of the particular problem in the Health Sector in Mexico where two major challenges are identified: (1) lack of clarity on the scope of the investigations of the health sector, and (2) there is no sufficient contributions to solve the current problems (customer satisfaction, increasingly higher costs, increase patient safety and the use of more effective and efficient methods to solve it). Chapter 2 describes the theoretical framework underpinning the proposed model and at the same time raised the adaptations needed in the Health Sector.

To support the need for the application of these concepts in the Health Sector, a qualitative research applied to hospitals in Guadalajara was conducted. The results obtained are identified as areas of opportunity for its implementation, Chapter 3 presents a summary of this research.

The proposal of the model and its application in public and private hospitals is described in Chapter 4 and 5. The proposed model assumes that is possible for each hospital to establish their starting point and strategy to achieve operational excellence. In this way, the model will be a guide to define its key and support processes, as well as improvement tools that are most appropriate to their reality, and immediate and future needs. At the same time they can define new indicators that integrate the added value to the patient and to ensure collaborative and systemic work, as part of the value chain of the health sector..

The application of concepts and tools, traditionally used in the manufacturing industry, helps the actors in the value chain to improve its operating results and, at the same time, to improve their satisfaction rates and increase the safety of patients. Eliminating the isolated efforts of from each member of the value chain, although these are valuable, will promote radical improvement in medical care and, in the end, the patient will get the benefits of these integrated efforts.

Our research findings are reflected in Chapter 6 along with proposed relevant topics for future research. Future research includes the consideration of integrating the different actors in the value chain of the Health Sector in Mexico in this process of change.

CAPÍTULO 1. PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Durante las últimas dos décadas, una parte de la Dirección de Operaciones se ha enfocado en la optimización de recursos en las organizaciones dando resultados muy interesantes en la reducción de costos y en la mejora del flujo de productos en las empresas de manufactura. Además, la implementación de las metodologías y herramientas de manufactura de clase mundial (e.g., filosofía *Lean*), han beneficiado en forma importante a las organizaciones. Aunque dichas metodologías y herramientas han sido tradicionalmente aplicadas a la industria de manufactura, es también posible su aplicación en la industria de servicios, concretamente en el Sector Salud (SS). Solo es necesario que éstas sean adaptadas a los requerimientos y características especiales de este sector.

Investigaciones recientes en el SS, principalmente en los Estados Unidos de América y Europa ponen de manifiesto, que la aplicación de los conceptos de Dirección de Operaciones (DO) la Cadena de Suministro (CS) y la filosofía *Lean* en el SS de México son todavía incipientes, comparados con las investigaciones realizadas en otras industrias (e.g., electrónica y automotriz). La *Agency for Healthcare Research and Quality* en conjunto con investigadores de la Universidad de Wisconsin-Madison en los Estados Unidos se dieron a la tarea de recolectar algunos resultados relevantes que se resumen en el reporte *Industrial and Systems Engineering and Health Care: Critical Areas of Research* (Valdez, Ramly, & Brennan, 2010) y proponen una agenda para investigaciones futuras al respecto:

a. El SS es insostenible en términos de costo y no óptimo en términos de valor.
b. El SS no puede responder adecuadamente a los cambios derivados de un ambiente globalizado y su impacto en la ciencia médica.
c. Solucionar los problemas del SS es complejo y requerirá acercamientos multidimensionales, en varios niveles e incluyente a los inversionistas.
d. Las tecnologías de información jugarán un rol clave en el futuro del SS.
e. Se requieren incentivos para promover el cambio, incluyendo el uso de las herramientas de ingeniería, tecnologías de información y servicios médicos basados en evidencia.
f. Se requiere educación y colaboración entre el SS y los científicos y profesionales en áreas de ingeniería y sistemas informáticos.
g. Se requieren fondos de investigación que exploren las intersecciones entre el SS y el uso de sistemas y herramientas de ingeniería, metodologías de ciencias computacionales y tecnologías de información.

De acuerdo a este reporte existen dos grandes retos en la agenda de investigación del SS: (1) falta de claridad en el alcance de las investigaciones del SS; y (2) no existen aportaciones suficientes para lograr solucionar la problemática actual. Por tanto, y considerando lo anterior, se propone una agenda de investigación dividida en 3 temas principales:

a. Innovación en conocimiento: estimular la innovación en los métodos de investigación alineados a la naturaleza compleja, dispersa y estocástica del SS.
b. Transferencia del conocimiento: acelerar la aplicación de metodologías y herramientas de ingeniería especialmente, DO, CS y *Lean,* en la resolución de los retos más importantes del SS.
c. Integración del nuevo conocimiento: integrar los nuevos conocimientos aprendidos de proyectos de investigación relacionados.

El SS en México no cuenta con información consistente (e.g., procesos clave de negocio, herramientas, metodologías) que permitan enfrentar los retos mencionados en la agenda de investigación mencionada. En particular, aún no se han realizado esfuerzos sistemáticos para desarrollar e implementar conceptos relacionados con la DO, CS y *Lean* en el SS de México que permitan una mejora en los procesos clave de negocio así como desarrollo de estrategias para una adecuada gestión de la organización. Todo esto permitiría una mejora considerable en el aprovechamiento y la optimización de los recursos financieros, operativos y de capital humano.

Es evidente que existen diferentes caminos que favorecen la aplicación de los conceptos de DO, CS y *Lean* en el SS. Esta investigación propone un modelo aplicable a hospitales, como parte de la Cadena de Valor del SS, para contribuir en la definición de las características necesarias que deben considerar para mejorar su desempeño operativo, determinar los métricos de desempeño y cómo éstos pueden ser mejorados aplicando dichos conceptos.

1.2 Propósito de la investigación

En el proceso de investigación preliminar realizado fue evidente lo limitado y escaso de documentos de investigación acerca de estos temas en el SS en México, a diferencia de la gran cantidad de información generada en otros países (e.g., Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y España). Aunque es notoria la necesidad de la aplicación de conceptos y herramientas de DO, CS, así como *Lean* y Seis Sigma, también es cierto que no existe un hilo conductor para esas mismas investigaciones.

Lo anterior nos motivó a proponer un punto de partida que permita a los hospitales iniciar con una Gestión Hospitalaria aplicando herramientas de mejora y optimización de recursos, así, los actores de la Cadena de Valor del SS podrán integrarse en forma sistémica y con resultados comunes que impactarán favorablemente a los pacientes.

Durante la presente investigación, se realizaron entrevistas con personas involucradas en el SS, las cuales coinciden en la importancia y necesidad de implementar los conceptos de DO, CS, Seis Sigma y *Lean* en dicho sector en México, específicamente en hospitales. En esta tesis, hemos tomado en cuenta sus inquietudes y su experiencia, aunado al conocimiento que se tiene sobre el SS y su problemática, para diseñar y desarrollar el Modelo de Excelencia Operativa en Hospitales que se propone en el Capítulo 4.

A continuación se mencionan algunos de los comentarios importantes de dichas entrevistas:

- Dr. Gregorio Obrador, Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana campus México. El Dr. Obrador nos ha manifestado su interés en la investigación y menciona como temas relevantes a considerar los siguientes; procesos que incrementan la seguridad en el paciente (e.g., medicación, cirugías), asignación y programación de salas quirúrgicas, códigos de barras o uso de tecnología de identificación por radio frecuencia (RFID, por sus siglas en inglés) en los procesos de flujo de pacientes en hospitales.
- Dr. Dagoberto García, Presidente de la Asociación de Hospitales Particulares de Jalisco, A.C. Comenta que ya existe interés de los Directores de hospitales particulares en cuanto a los temas de DO aplicados al SS, en especial la filosofía *Lean*, para lo cual es necesario considerar el lenguaje y procesos específicos de este sector en su aplicación. Por otro lado considera muy conveniente el tema pero enfocado en un grupo reducido de hospitales, debido principalmente a la confiabilidad y confidencialidad de la información a la que se tenga acceso.
- Dr. Amado Espinosa, Director General de MEDISIST, proveedor del SS. Comenta que las áreas de oportunidad son: la logística de abastecimiento de fabricantes y mayoristas hacia hospitales, por lo que el tema de flujo de materiales y modelos de inventario son relevantes para esta investigación.
- El Dr. Héctor Gallardo, quien fue Subsecretario de Salud en gobiernos estatales anteriores, plantea un tema de interés en el proceso de certificación de hospitales. Ésta certificación es equivalente a una certificación ISO y que requiere de un análisis de los procesos de atención médica y seguridad del paciente (e.g., flujo de operación de los pacientes, control de registros, atención, medicación).

La presente investigación propone un marco de referencia en hospitales, el cuál identifica la estructura de organización, las funciones y los métricos de desempeño operativo y su impacto interno. El punto de partida será la caracterización de las estructuras organizacionales de los hospitales para determinar qué tipo de estructura y funciones son las más adecuadas para el logro de los objetivos. En segundo lugar, se obtendrá información de los métricos utilizados actualmente por los mismos hospitales y se hará una propuesta de métricos que impacten en los resultados operativos. Como parte final se identificarán las áreas de oportunidad para la reducción de costos y mejora de procesos proponiendo el modelo de excelencia operativa para la incorporación de los conceptos de DO, CS, *Lean* y Seis Sigma. De esta manera, el marco de referencia se sustenta en el modelo propuesto, que en su conjunto propone la mejora continua como un aspecto fundamental en la operación diaria de los hospitales y que deberá forma parte de su cultura organizacional.

Ésta investigación se realiza como estudio exploratorio. Los estudios exploratorios son pertinentes cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes (Hernández, 2006). Éste tipo de investigación nos permite, en este caso, familiarizarnos con las características de los hospitales como parte de la cadena de valor del SS, así como identificar las variables de mayor impacto y áreas de oportunidad para futuras investigaciones. Más aún, al poner al alcance de los hospitales los resultados de ésta investigación, permitirá detectar ventajas competitivas ante las condiciones globales cada día más exigentes, como las

certificaciones internacionales en hospitales que requieren mejorar las condiciones de seguridad al paciente, incrementar la satisfacción y al mismo tiempo reducir los costos.

1.3 Objetivo general y específicos

Los hospitales públicos y privados en México se enfrentan a grandes retos derivados del incremento en costos y la diversidad de actores que tienen relación directa o indirecta en la atención médica y los resultados operativos. Los estudios realizados en países como Estados Unidos de América demuestran la importancia y urgencia de realizar mejoras enfocadas en los procesos de negocio de los hospitales que les permitan sustentabilidad en el futuro. En esta tesis demostramos que los conceptos y herramientas de DO, CS, *Lean* y Seis Sigma pueden contribuir favorablemente en la sustentabilidad de las organizaciones, para ello es necesario que los esfuerzos que se lleven a cabo cuenten con una dirección enfocada y que los conocimientos aprendidos se desplieguen en toda la organización y en forma adecuada a sus necesidades.

Éste proyecto de investigación, como se mencionó anteriormente, en forma inicial parte como investigación exploratoria, por lo que no se definen hipótesis iniciales. Sin embargo, se definen las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Los hospitales cuentan con una estructura organizacional y funciones establecidas de DO?
2. ¿Los hospitales llevan a cabo esfuerzos enfocados en la mejora continua?
3. ¿Los hospitales cuentan con métricos de desempeño operativo?
4. ¿Cuál sería la estructura organizacional y las funciones que contribuyen en la eficiencia y eficacia de los hospitales y su impacto en la cadena de valor del SS?
5. ¿Cuáles deberían ser los métricos de desempeño que contribuyen a una mayor eficiencia y eficacia en los hospitales de México como parte de la cadena de valor del SS?
6. ¿Cuáles herramientas podrían ser implementadas en los hospitales de tal manera que contribuyan a una optimización de recursos y una mejora en su desempeño?
7. ¿Un marco de referencia permite caracterizar la estructura organizacional y funciones de mayor impacto?
8. ¿Un marco de referencia en hospitales permite identificar las estrategias individuales para los hospitales en la generación de valor al paciente?
9. ¿Un marco de referencia en hospitales es promotor del uso de las herramientas de mejora enfocada?
10. ¿La correcta implementación de los conceptos de DO, CS y *Lean* promueven una mejora de los resultados operativos en los hospitales?

De acuerdo a las preguntas de investigación mencionadas se establece el siguiente objetivo general de la presente investigación:

Definir el Marco de Referencia de la Dirección de Operaciones y la Cadena de Suministro en el Sector Salud de México a través del Modelo de Excelencia Operativa en Hospitales (MEOH), que permita identificar e implementar conceptos y herramientas de clase mundial en la mejora del desempeño operativo y la sustentabilidad de largo plazo.

Como objetivos específicos se pretende:

1. **Definir el marco de referencia para la gestión de las operaciones de los hospitales, siendo la Dirección de Operaciones y Cadena de Suministro su punto de partida.**
2. **Determinar la estructura organizacional y las funciones que tienen un mayor impacto en la eficiencia y eficacia de los hospitales como integrantes de la Cadena de Valor del SS.**
3. **Identificar, evaluar y proponer los métricos de desempeño operativo en los hospitales y su impacto en la Cadena de Valor del SS.**
4. **Evaluar y determinar las herramientas de la filosofía *Lean* y Seis Sigma más adecuadas para la implementación del proceso de mejora continua en los hospitales.**

1.4 Resultados esperados

El modelo propuesto en esta tesis nos permite realizar una comparación entre la realidad de los hospitales y su potencial desempeño utilizando los conceptos y herramientas mencionadas. De esta

manera el modelo propuesto es el primer paso para establecer el punto de partida hacia la mejora continua y, por tanto, establece el marco de referencia en la cadena de valor del SS. El segundo objetivo específico pretende determinar la estructura organizacional y funciones específicas que los responsables de cada proceso deben llevar a cabo para contribuir en la mejora sustancial en la atención médica y los resultados operativos. En cuanto al tercer objetivo específico se pretende realizar una comparación entre los métricos propuestos por (Langabeer et. al, 2009) y los utilizados actualmente en los hospitales, identificando aquellos que son comunes y aquellos que son particulares para su realidad, utilizando como base el modelo SCOR que más adelante se describe. Una vez identificados se podrá contar con información comparable en hospitales de otros países (benchmark) y así identificar las áreas de mejora enfocadas y la aplicación de herramientas adecuadas. Justo es en el cuarto objetivo específico que se pretende proponer las herramientas de mejora enfocadas a la realidad de la operación de hospitales y alineadas a los métricos de desempeño identificados y propuestos.

Algunos de los beneficios esperados como resultado de esta investigación son los siguientes.

Desde el punto de vista del sistema del SS:

a. Proponer los contenidos básicos para una agenda de investigación alineada con las áreas de oportunidad más importantes.
b. Contribuir en la transferencia del conocimiento adquirido y su integración en la agenda de investigación.
c. Contribuir en la definición de las estrategias adecuadas que apoyen la creación de valor.

Desde el punto de vista de los hospitales:

a. Identificar los procesos que contribuyen a la creación de valor desde perspectiva del paciente.
b. Contribuir en la mejora de los procesos de atención médica y servicios de salud.
c. Identificar los procesos de negocio que simultáneamente reducen los costos operativos e incrementan el nivel de satisfacción de los pacientes.
d. Identificar los procesos susceptibles de automatización o implementación de Tecnologías de Información (TI).

1.5 Viabilidad

De acuerdo a las entrevistas realizadas con personalidades del sector queda claro que existe potencial y viabilidad para llevar a cabo la presente investigación. Asimismo, la creciente competencia exige el establecer herramientas de mejora en los procesos de forma sistémica que reduzcan los costos y al mismo tiempo incrementen el nivel de satisfacción de los pacientes. Por tanto, ésta investigación puede contribuir en forma relevante en la mejora de los resultados de la organización y promueve una cultura de mejora continua que garantiza la sustentabilidad.

1.6 Delimitación

De acuerdo a la propuesta de carta de alineamiento metodológico para investigaciones de intervención mencionada por Pacheco y Cruz (2006), el presente proyecto de investigación nos llevará a identificar las prácticas actuales de los hospitales y cómo los procesos de CS, los métodos y herramientas *Lean* se pueden implementar con éxito.

Debido a que se cuenta con una información mínima sobre el tema de estudio, la presente investigación tiene un alcance exploratorio y correlacional, ya que se analizará la relación existente entre las variables: estructura organizacional, funciones establecidas, métricos de desempeño operativo y el desempeño de los hospitales. La Figura 1 muestra las variables bajo estudio, siendo el desempeño de los hospitales la variable dependiente. La asociación de hospitales particulares de Jalisco, A.C. cuenta con 45 hospitales miembros, y se cuenta con el interés del presidente actual en desarrollar ésta investigación. Por lo que, en primera instancia, nuestra población bajo estudio serían dichos hospitales y aquellos hospitales públicos que estén dispuestos a participar. Al momento de iniciar la investigación un hospital público ha accedido a participar.

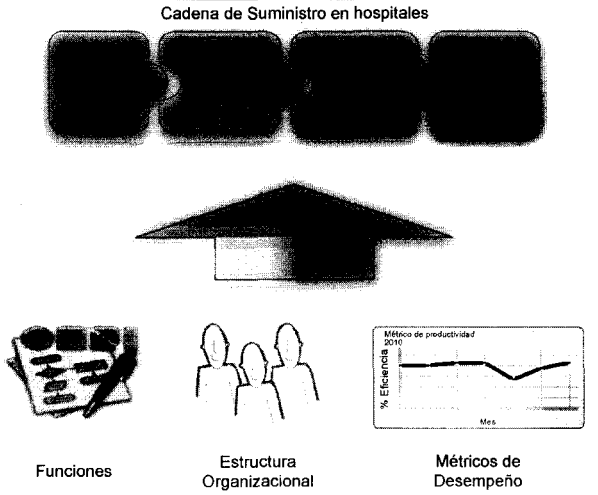


Figura 1. Variables Bajo Estudio en la Investigación.

1.7 Justificación de la investigación

De acuerdo con el *Council of Supply Chain Management Professionals* (2006), la Cadena de Suministro (CS) incluye la planeación y gestión de las actividades involucradas en el suministro, transformación y entrega de productos al cliente. La gestión incluye la coordinación y colaboración de los diferentes socios: proveedores, intermediarios, prestadores de servicios y consumidores. En esencia, integra la gestión de la demanda y suministro de bienes y servicios a través de las diferentes empresas que conforman la cadena.

De acuerdo a Ballou (2006) la evolución en la gestión de la Cadena de Suministro se puede esquematizar de acuerdo a la Figura 2.

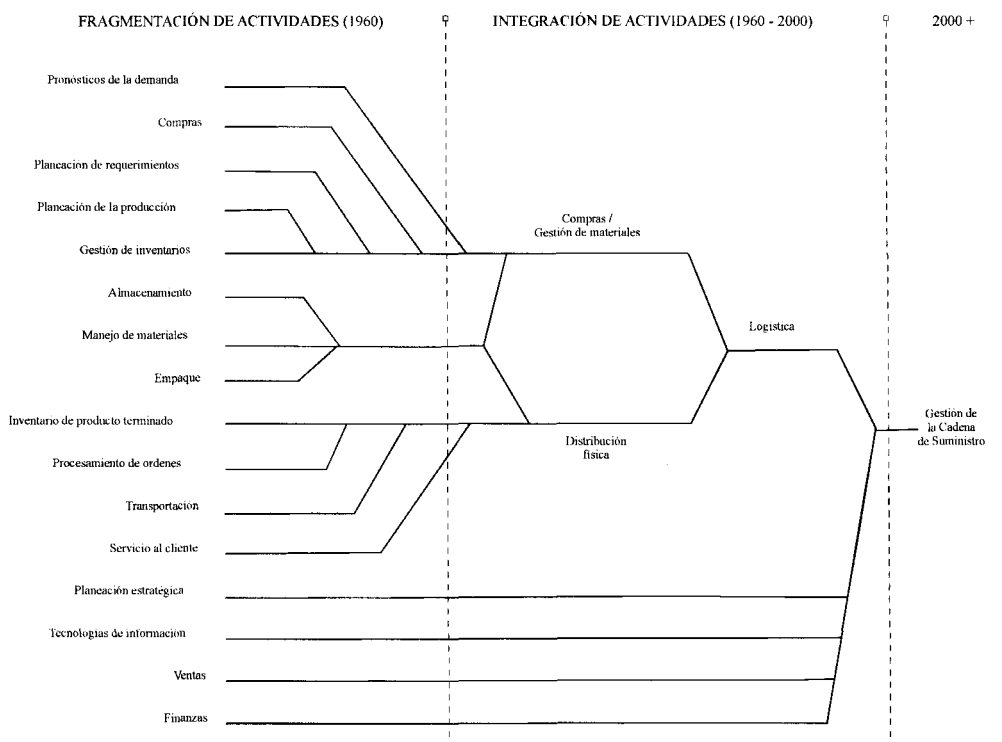


Figura 2. Evolución de la Cadena de Suministro (Ballou, 2006)

En forma análoga, Langabeer (2008) define la Cadena de Suministro del Sector Salud (CSSS) como aquella que integra fabricantes, distribuidores, proveedores logísticos de terceras partes (3PL's), compañías transportistas, hospitales (incluyendo sus departamentos internos, como recepción, administración de materiales y personal de atención) y finalmente a los pacientes.

Nuestra investigación nos ha llevado a identificar una brecha importante, acerca de la aplicación de principios de CS, entre la industria de manufactura y el Sector Salud. De acuerdo con Rego & de Sousa (2009) en las últimas décadas existen iniciativas para aplicar los principios de CS en el Sector Salud como una forma de lograr reducciones considerables en los costos de atención y mejorar la calidad en la atención médica. Éstas iniciativas deben considerar la complejidad de los servicios prestados por los diferentes actores en ese sector.

Considerando al hospital como actor fundamental en la CSSS se deben tomar en cuenta factores como la gran cantidad de los servicios y productos para cumplir con las múltiples necesidades de los pacientes como punto focal, a los hospitales en sus diferentes categorías, a las personas involucradas en la atención médica (médicos, enfermeras, almacenistas, personal administrativo, etc.), a los proveedores de materiales, medicamentos y servicios, así como a las instituciones responsables del pago por los servicios médicos (públicos y privados).

En segundo lugar es necesario considerar las reglamentaciones médicas y legales para la prestación de servicios de atención médica, incluyendo las diferentes formas de acceso a los servicios médicos, como son: seguridad social gubernamental (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, por mencionar los más usados) y los servicios privados (en forma directa o a través de Aseguradoras).

Y por último, es necesario considerar que la atención médica es, en términos generales, llevada a cabo en forma autónoma por los médicos tratantes e individual para cada paciente y los resultados de esa atención son, de igual forma, variados e individuales para cada paciente.

Singh (2006) establece que el desempeño actual de la CSSS en los Estados Unidos de América deja mucho que desear, se encuentra en grave problema de salud y requiere atención inmediata. La mayoría de sus problemas son derivados de la complejidad en la interacción y objetivos divergentes de sus diferentes *stakeholders*. Como ejemplo, la CSSS en ese país está compuesta por aproximadamente 650,000 diferentes organizaciones incluidas las manufactureras, distribuidores, transportistas, mayoristas, hospitales y usuarios. En México no es posible dimensionar el tamaño y actores específicos de la CSSS. Además, la naturaleza peculiar de la profesión médica ocasiona un enredo inevitable de productos y servicios que se entrelazan durante la atención médica, la demanda tiene un patrón muy incierto derivado de la diversidad e individualidad en el tratamiento a cada paciente, aunado a la falta de normalización entre los proveedores, entre otros factores.

La peculiar forma de interactuar de las partes interesadas (*stakeholders*) hace de la CSSS única en muchos sentidos y difícil de compararla con otros sectores o industrias. Pero lo más importante, un error en cualquier parte de la CSSS puede tener implicaciones de vida o muerte que no pueden ser evaluadas en términos monetarios. Parecería ser contradictorio, entonces, la gran preocupación por la eficiencia y los costos en la última parte de la cadena, los hospitales. En los hospitales, estos dos objetivos, no necesariamente son contradictorios en su logro, de hecho, si se aplican herramientas de mejora de procesos es factible darles cumplimiento.

En México, la problemática en la optimización de recursos en los hospitales es muy similar, desde el punto de vista del gasto público, la asignación de recursos para la inversión y mejora en la atención médica pública es muy limitada, siendo la de mayor proporción asignada a funciones diferentes a la función básica de las instituciones prestadoras de servicios médicos – atención al paciente –. Asimismo, no existe la suficiente información que nos permita evaluar el estado de los hospitales desde el punto de vista de su operación.

El gobierno mexicano se ha percatado del atraso en este sentido y ya existen varias iniciativas para mejorar radicalmente el servicio de salud público en México. La Secretaría de Salud publicó el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (Secretaria de Salud, 2008), en el cual uno de sus objetivos es el de prestar servicios de salud con calidad y seguridad, siendo la acreditación del 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios de atención médica una de sus metas. La acreditación implica, entre otros muchos requerimientos: (1) el aseguramiento de la eficacia en las funciones de logística hospitalaria[1], (2) administración efectiva de medicamentos, (3) mejora de la calidad y seguridad del paciente, (4) el manejo y uso efectivo de medicamentos y, (5) la identificación inequívoca del paciente, por mencionar los más directamente relacionados.

[1] el término logística hospitalaria agrupa todas las actividades hospitalarias de transformación así como de flujo de recursos y pacientes en la institución prestadora de servicios médicos (Jimenez, et, al, 2007)

De acuerdo con nuestra investigación, la estructura funcional de los hospitales en Jalisco no cuenta con funciones específicas de la CS, regularmente estas funciones se han relegado a personal sin estos conocimientos y por tanto sus expectativas de ahorros y eficiencia solo buscan los beneficios directos en el suministro, en otras palabras, reducciones de precio vía volumen o costo de oportunidad. Como parte de nuestra investigación se llevó a cabo una encuesta complementaria a la descrita en el Capítulo 3, en la cual se busca establecer el estado del conocimiento acerca de los principios de CS en el sector salud. Dos preguntas fueron las relevantes para identificar el estado del conocimiento en este tema, los datos se encuentran disponibles para su consulta.

1. ¿De las siguientes funciones de la Cadena de Suministro, cuáles conoce y aplica su organización?

   Los resultados de la encuesta demuestran que las funciones básicas de la CS son conocidas por la generalidad de los entrevistados, el valor mínimo obtenido por una función fue de 42% (Planeación de la Calidad) y el máximo 92% (Administración de los Niveles de Inventario). Sin embargo, solo son aplicadas aquellas que por la operación tradicional son necesarias; con un porcentaje del 75% administración de niveles de inventarios, análisis y mejora de procesos, definición de políticas de inventario, medición de la satisfacción del cliente y planeación de la calidad. El resto de las funciones son muy poco aplicadas, alcanzando un máximo del 58% (definir e implementar estrategias de suministro y operación) y un mínimo de 17% (definición y planeación de la capacidad).

2. ¿De los siguientes métricos de desempeño, cuales conoce y aplica su organización?

   En el mismo sentido, los métricos de desempeño de una CS moderna cuentan con poco conocimiento de los entrevistados, solo el Costo de Inventarios con un reconocimiento del 83% y el Nivel de Satisfacción del Cliente Externo con 75%, el resto de los indicadores alcanzó porcentajes de reconocimiento del 67% máximo. Por otro lado, solo los métricos operativos de inventarios son aplicados en forma regular; Días inventario con un 67%, y los que identifican el nivel de satisfacción del paciente, número de quejas con un 67% y nivel de satisfacción del cliente Interno con 67%. El resto de los métricos de desempeño alcanzan porcentajes inferiores al 50%.

De acuerdo al panorama anterior, es notorio que la CSSS se encuentra en etapas muy básicas en el desarrollo de conceptos que en otras industrias se han explotado de forma considerable, se podría comparar con los inicios de la industria de manufactura en los años 1960 como una clara identificación de funciones pero fragmentadas, ver Figura 3. Al ser los hospitales aquellos que prestan el servicio de atención médica a los pacientes, es indispensable iniciar el cambio desde ese eslabón de la cadena, con dos objetivos claros; 1) trasladar en forma inmediata los beneficios de la gestión de operaciones a la operación y gestión de los hospitales y, 2) en un mismo tiempo promover el uso de herramientas y métodos modernos en la consecución de mejoras radicales en el nivel de servicio y la reducción de costos.

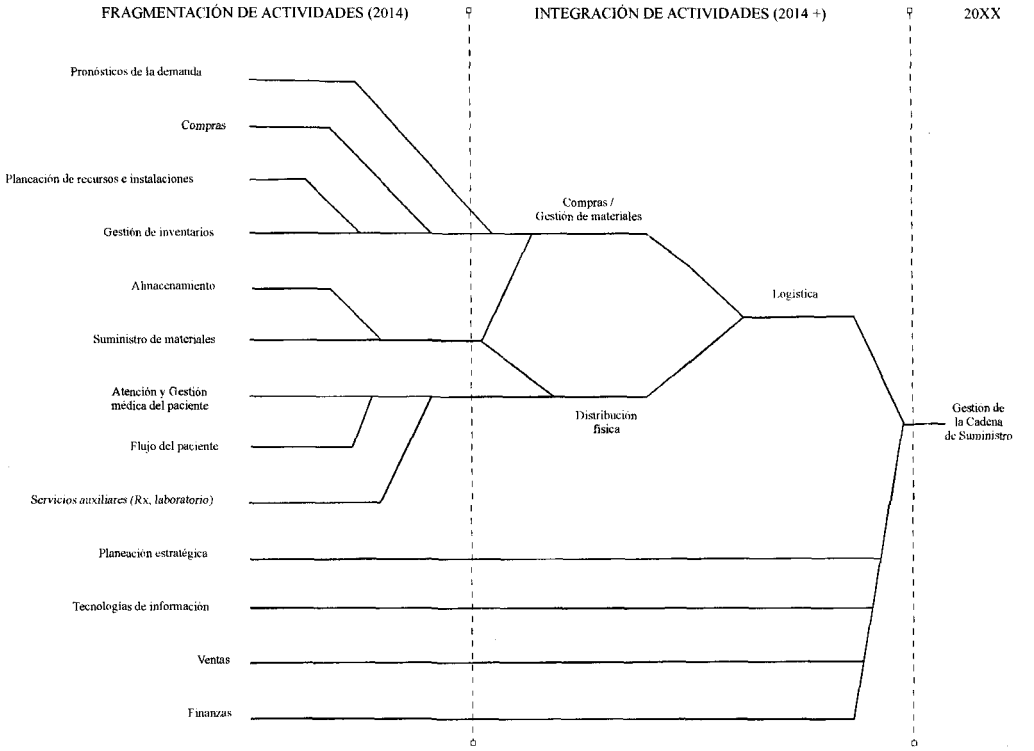


Figura 3. Evolución de la CSSS adaptada de Ballou, 2006 (Moreno & Mendoza, 2014)

Esta tesis propone un modelo que, sin hacer cambios radicales en la estructura funcional, integra la operación de los hospitales utilizando los principios básicos de la Dirección de Operaciones (DO) como parte fundamental de la evolución hacia una Cadena de Suministro del Sector Salud. Además, pretende transmitir las experiencias de la industria de manufactura en un menor tiempo de adaptación y considerando las diferentes herramientas y principios modernos de gestión. Haciendo factible el disminuir el tiempo de adaptación de estos principios comparado con las casi 4 décadas utilizadas por la industria de manufactura para lograr contar con una CSSS ágil y eficiente, pero sobre todo, que exista una integración real entre los diferentes actores (eslabones) de la CSSS.

Para lograr dicha integración, es necesario que las personas involucradas en la atención médica a los pacientes – médicos, enfermeras y personal de administración -, cuenten con conocimiento, entrenamiento y capacitación en los principios básicos de DO. De esta manera, nuestra propuesta de modelo contribuye en esa formación básica en los hospitales, pero al mismo tiempo utiliza otras herramientas modernas para integrar la mejora continua en forma más rápida.

Si consideramos que históricamente los hospitales han enfocado sus esfuerzos en la reducción de precios de sus medicamentos y materiales de curación, esto ha traído como consecuencia dos resultados desafortunados y tal vez imprevisibles. En primer lugar una reducción en costos de adquisición en medicamentos y materiales que no ha traído consigo un beneficio directo al paciente, ya que los hospitales no obtienen beneficios directos por la venta de esos medicamentos y materiales, como regularmente los obtienen otro tipo de industrias, los beneficios se obtienen de la prestación de servicios de atención médica. Y, en segundo lugar, la rentabilidad de los hospitales ha sido vista como algo negativo. En este punto, es necesario cambiar la percepción de médicos y personal de administración en los hospitales de que es posible hacer coincidir los beneficios de estas iniciativas con la calidad en la atención médica a través de servicios bien diseñados, fáciles de usar y asequibles para cualquier paciente.

Everard (2000) propone que para lograr CSSS eficientes, los proveedores de atención médica – hospitales – deben contar con:

1. Conocimiento, entrenamiento y capacitación en los principios de CS.
2. Implementar el costo del servicio basado en actividades que agregan valor (Activity Based Costing).
3. Cuantificar el costo de la ineficiencia.
4. Enfocar sus actividades de mejora en crear eficiencia interna en todas las actividades.
5. Eliminar el enfoque en el precio y enfocarse en el costo de toda la CSSS.
6. Pensar estratégicamente, integrando a sus socios de la cadena (proveedores y Stakeholders).
7. Eliminar sistemas de información atrasados y cambiar a modernos sistemas de información hospitalaria.
8. Adoptar métodos de abastecimiento y re-abastecimiento a través de intercambio electrónico.
9. Evaluar cada relación comercial en la CSSS desde el punto de vista del valor agregado.
10. Establecer métricos de desempeño como impacto en la CSSS, por ejemplo, costos de atención médica vs resultados de la misma.

Para lograr lo anterior es necesario que las personas involucradas en la CSSS –proveedores de medicamentos, de materiales y servicios, hospitales y médicos– cuenten con los conocimientos de DO, y siendo los hospitales los que directamente interactúan con el paciente, es de vital importancia el iniciar estos esfuerzos en este eslabón.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 La Dirección de Operaciones en el sector salud

La Dirección de Operaciones (DO) se refiere al diseño, dirección y control sistemáticos de los procesos que transforman los insumos de una organización en servicios y productos para los clientes internos y externos. Estos conceptos se han transformado a, lo que ahora, se conoce como Gestión de la Cadena de Suministro.

Si bien es cierto que todas las empresas transforman insumos, es necesario diferenciar aquellas que, cómo producto final, ofrecen un servicio. En las industrias de manufactura el resultado final es un producto tangible que el cliente busca para satisfacer una necesidad propia, en cambio, en una empresa que ofrece servicios el reto es identificar cuál es el servicio esperado por el cliente.

El contacto del cliente o consumidor con la empresa prestadora de servicios se realiza en diferentes momentos, siendo la ubicación de las instalaciones y su adecuación dos de los factores importantes en el proceso de prestación del servicio, por ejemplo, las oficinas de atención, el área de un restaurant, una cabina de pasajeros o una sala de operaciones.

El desempeño del Sector Salud (SS), que es considerado como industria de servicios, es evaluado en parte por la satisfacción del paciente, la mayoría de los ciudadanos hemos tenido experiencias en dicho sector, las cuales son recordadas, principalmente, por la calidad en el trato de enfermeras y doctores y en el tiempo dedicado a la atención médica. La falta de coordinación entre departamentos, duplicidad y excesiva información solicitada, las instalaciones poco amigables y la falta de enfoque en el nivel de servicio, son muestras de algunos elementos que deterioran el nivel de satisfacción del paciente.

Otro de los factores mediante el cual se mide el desempeño del SS es el resultado financiero favorable y sostenible, lo que obliga al uso óptimo de los recursos en la atención médica. Aunque es claro mencionar que la atención médica pública no busca el beneficio económico, sin embargo contribuye en buena medida a lograr indicadores de desempeño a nivel gubernamental, los cuales están determinados en tres objetivos principales: (1) mejorar la salud poblacional; (2) ofrecer un trato adecuado a los usuarios, y (3) garantizar un financiamiento justo del sistema de salud (Secretaría de Salud, 2005).

Esta investigación propone un modelo de excelencia para contribuir favorablemente en el desempeño de varios de estos indicadores, aquellos que por su naturaleza apoyan el uso óptimo de recursos, a decir, reducir los ciclos de atención, mejorar costos de atención y por supuesto, crear valor al paciente transformando recursos en servicios de atención médica de excelencia.

La aplicación de conceptos relacionados con la DO en el SS en México es reciente y limitada a casos muy particulares, de los cuales no se tienen referencias bibliográficas pero se conocen a través de firmas de consultoría. Estos casos se han limitado a la aplicación de herramientas de mejora como: modelos matemáticos en la programación de salas de operación y simulación de áreas de atención para obtener mejores resultados en la asignación de recursos (humano y materiales), por mencionar las más recientes.

Tanto en los casos mencionados como en la literatura revisada podemos observar que existe un área de oportunidad en investigación para integrar los conceptos de DO como base para identificar la aplicación correcta y adecuada los procesos de Cadena de Suministro y las herramientas de mejora a la realidad del SS (e.g., Gestión por Procesos, Sistemas de calidad, *Lean* y Seis Sigma).

Estructura de la investigación en el marco teórico

A continuación se presenta el esquema del marco teórico que sustenta la presente investigación. En particular es una descripción de cada una de las áreas de responsabilidad de la DO y su comparación en el SS, así como las herramientas de mejora y su aplicación en dicho sector, ver Figura 4.

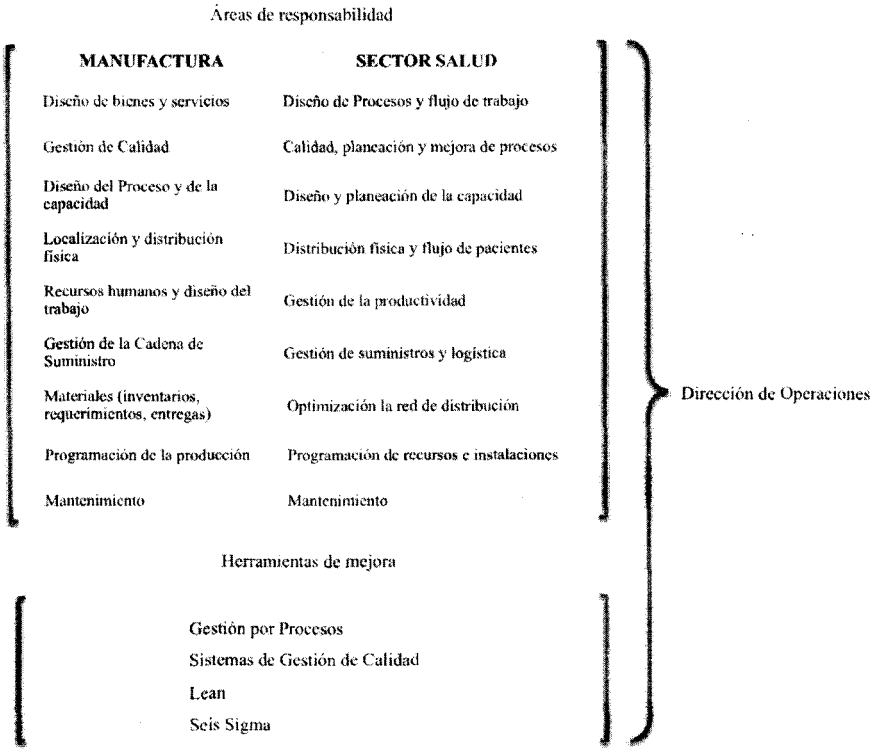


Figura 4. Estructura del Marco Teórico

Definiciones, objetivos y funciones

El SS es primordialmente un sector de servicios que provee bienes intangibles a través de instituciones que brindan servicios médicos. En éste sector existe un intercambio de bienes tangibles que son parte de la prestación del servicio como medicamentos, utensilios, equipo y materiales. Por tanto la DO en el SS puede definirse como:

> *"la gestión de sistemas y procesos de negocio que transforman recursos de entrada en servicios de salud donde los recursos o entradas son los activos de la organización (e.g., mano de obra, capital, tecnología, equipo e información) y los servicios de salud entregados dependen de las características y necesidades de cada cliente (paciente)."* Langabeer, 2008

Para la prestación de servicios de atención médica del SS, es necesario que en la gestión de los hospitales se cuente con gran cantidad de información, se utilicen técnicas analíticas y de toma de decisiones para optimizar sus recursos y al mismo tiempo se mejore la calidad de los servicios y el índice de satisfacción de los pacientes.

El alcance de la DO en los hospitales incluye todas las funciones relacionadas a la gestión de procesos de negocio y sistemas de información sujetas a la atención médica, ver Tabla 1.

Tabla 1. Funciones, objetivos y aspectos a considerar en hospitales (adaptada de Langabeer, 2008)

FUNCIÓN	OBJETIVOS Y ASPECTOS A CONSIDERAR
Procesos de flujo de trabajo	Optimizar los procesos para eliminar actividades duplicadas en diferentes áreas. ¿Se cuenta con el mapa de procesos de principio a fin? Minimizar los procesos manuales. ¿Se puede reducir el tiempo de ciclo? ¿Se puede mejorar el tiempo de respuesta?
Distribución física	El diseño de la distribución física de equipo e instalaciones que permita reducir los tiempos de traslado y el uso eficiente de los recursos. El diseño del layout que permita eliminar elementos redundantes, por ejemplo: inventarios en diferentes lugares.
Diseño y planeación de la capacidad	Reducir los cuellos de botella para mejorar la prestación de servicios de salud en cada área. ¿En qué áreas se puede integrar la tecnología para mejorar la productividad del personal?
Optimización de la red de distribución	¿Dónde se deben establecer las instalaciones de servicio, farmacia, almacenes, etc., para minimizar el costo? ¿Cuál es la estrategia adecuada de suministro?
Gestión de la productividad	¿Cuál es el resultado esperado para cada uno de los colaboradores? ¿El uso de la tecnología puede incrementar la productividad de los colaboradores? ¿Qué modelos pueden optimizar la programación de recursos de acuerdo a la demanda esperada?
Gestión de suministros y logística	¿Se utilizan métodos de pronóstico para planear el uso óptimo de los recursos? ¿Qué tipo de herramientas se pueden implementar para reducir el costo de operación, Just In Time, Kanban, etc.? ¿Se pueden establecer métodos de abastecimiento automático de medicamentos y materiales que incrementen la tasa de utilización? ¿Los sistemas de administración de inventarios, aseguran el control y certeza de los recursos invertidos?
Calidad, planeación y mejora de procesos	¿Se han definido los métricos de desempeño de calidad para cada proceso? ¿La satisfacción del cliente, la eficacia, tiempo de respuesta y la eficiencia en costos, son indicadores de desempeño para cada área y la organización en su conjunto?

Los hospitales no son empresas aisladas de su entorno, cuentan con proveedores, clientes y entidades regulatorias con las cuales se interactúa en forma regular. En recientes años se ha popularizado el término de la cadena de valor o cadena de suministro, la cual hace patente la interacción de los hospitales en el entorno.

Cadena de Suministro en el SS

Durante las últimas décadas el concepto de Cadena de Suministro (CS) ha tomado fuerza en todo tipo de organizaciones, desde las pequeñas hasta las grandes corporaciones. Sin embargo, el término CS es muy reciente en comparación con otros conceptos comunes en las organizaciones. La bibliografía revisada (Ballou, 2004; Simchi-Levi et. al, 2003; Chopra y Meindl, 2008) nos traslada a los primeros años de la época de los 80's y su evolución ha sido en forma exponencial, ya que en los últimos 5 años se han desarrollado nuevas metodologías que pretenden agilizar la respuesta a un mercado cada día más cambiante y complejo.

Debido a los niveles de exigencia de las grandes corporaciones hoy en día, esta evolución ha mantenido rezagadas a las pequeñas y medianas empresas de las grandes corporaciones, limitando su aprendizaje e implementación de estrategias a la prueba y error.

La CS es el conjunto de organizaciones e individuos involucrados en el flujo de productos, servicios, dinero e información relacionados desde su origen hasta el consumidor final (Chopra y Meindl, 2008).

El objetivo general de la CS es maximizar el valor generado. Este valor está fuertemente correlacionado con la rentabilidad de la CS, que se define como la diferencia entre los ingresos generados y los costos a lo largo de la CS. Es indispensable que el diseño y estrategias de la cadena en particular, no solo cumplan con los requerimientos de sus clientes y consumidores, sino también es necesario que proporcionen ventajas competitivas que aseguren el incremento de los niveles de satisfacción de sus clientes.

Langabeer (2008) define la Cadena de Suministro del Sector Salud (CSSS) como aquella que integra fabricantes, distribuidores, proveedores logísticos de terceras partes (3PL's), compañías transportistas, hospitales (incluyendo sus departamentos internos, como recepción, administración de materiales y personal de atención) y finalmente a los pacientes.

De acuerdo a la definición anterior, el enfoque de la CSSS es en la reducción de costos a lo largo de la cadena y su misión es la de ofrecer los servicios médicos y/o de salud en el tiempo correcto, en el lugar y precio adecuados. A diferencia de otro tipo de industrias se agrega una condición que debe ser cumplida para garantizar la satisfacción del paciente; se refiere a brindar las condiciones de atención adecuadas, punto por demás importante y necesario ya que la vida, en ocasiones, de un paciente es la que se encuentra en juego. La Tabla 2 muestra algunos de los procesos de negocio claves en la CSSS.

Tabla 2. Procesos y objetivos de la CSSS (adaptada de Langabeer, 2008)

GESTIÓN DE INVENTARIOS	GESTIÓN DE INSTALACIONES
• Proceso de compras y adquisiciones • Programación de compras • Pronósticos • Definición de niveles óptimos • Tamaño de lotes de compra • Almacenamiento	• Red y complejidad de la misma • Número de instalaciones y ubicación • Tamaño y localización de almacenes • Diseño del layout y espacios físicos • Equipo para manejo de materiales • Sistema de almacenamiento
DISTRIBUCIÓN	**SERVICIO AL CLIENTE**
• Programación de rutas y personal • Re-abastecimiento • Selección del sistema • Equipamiento • Expeditar	• Disponibilidad del servicio • Calidad del servicio • Tiempo de respuesta (lead time) • Disponibilidad de información clave • Costo total del servicio ofrecido

A continuación se enlistan algunas de las estrategias, de los procesos mencionados en la Tabla 2, para lograr los objetivos de la CSSS:

a) Minimizar los inventarios improductivos.
b) Incrementar la percepción de valor.
c) Asegurar la solicitud y entrega de servicios médicos en tiempo y correctamente.
d) Construir alianzas estratégicas con proveedores.
e) Definir los niveles de servicios esperados para proveedores y prestadores de servicios.
f) Uso de tecnologías de información en la comunicación de requerimientos.
g) Revisión constante de los métodos y procesos de negocio para reducir los tiempos de respuesta.

El marco de referencia propuesto para los diferentes actores de la CSSS es necesario ya que permite identificar a cada uno y el impacto de sus acciones en el resultado operativo individual ver Figura 5.

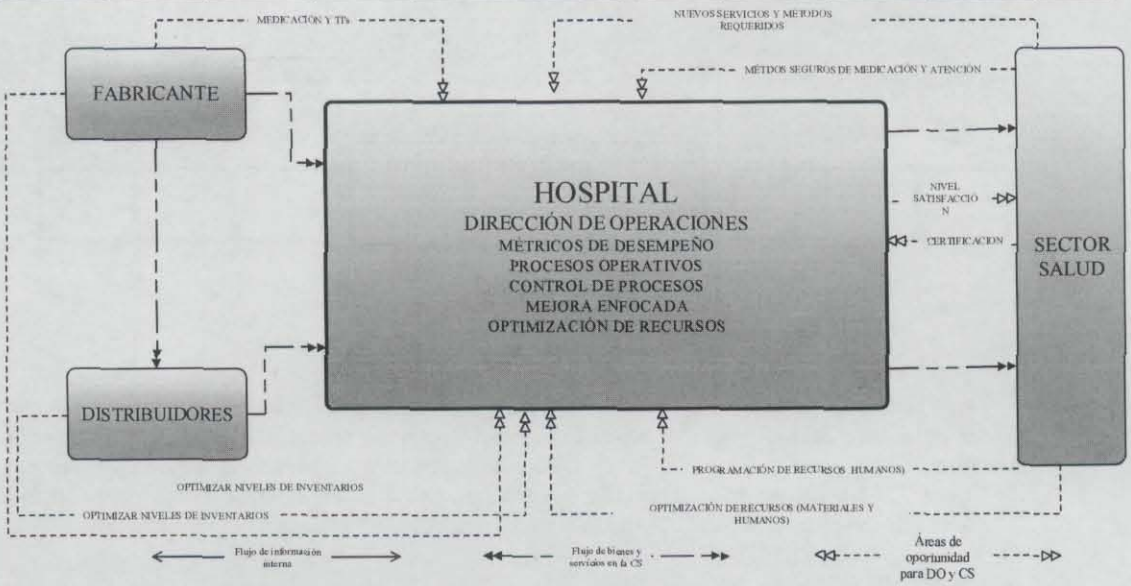


Figura 5. Integración de la Cadena de Suministro en el SS (Moreno y Mendoza, 2012)

Esta investigación se centra en el impacto de la operación de los hospitales en la CSSS para la mejora sustancial de los resultados operativos. De acuerdo a la definición mencionada anteriormente, cada uno de los actores en la CSSS debe contar con métricos de desempeño y los hospitales deben ser evaluados en su desempeño, no sólo por el nivel de servicio de atención médica que se ofrece al paciente, sino también por su desempeño operativo. En la siguiente sección se presenta un modelo que identifica los procesos y sus correspondientes métricos de desempeño.

Métricos de desempeño

De acuerdo con Ghalayini & Noble, (1996) los métricos de desempeño se clasifican en tradicionales y no tradicionales. Los tradicionales se basan en la contabilidad y, por tanto, están enfocados en datos financieros, siendo la productividad el indicador primario de desempeño: (1) productividad parcial, razón de salidas por recurso; (2) productividad de planta, razón de salidas por el total de mano de obra directa; y (3) productividad total, razón de salidas por insumos totales.

Los no tradicionales consideran el tiempo como indicador estratégico. Su importancia radica en la idea de que midiendo, controlando y comprimiendo el tiempo de ciclo se logra una reducción de costos, un incremento en la calidad y la productividad, una mejora en la respuesta al cliente y una reducción de los riesgos derivado de los pronósticos.

El modelo SCOR (Calderón & Lario, 2010) es una herramienta para representar, analizar y configurar Cadenas de Suministro (CS) desarrollado en 1996 por el *Supply Chain Council* (SCC) como una herramienta estandarizada de diagnóstico entre las industrias de una cadena de suministro.

El Modelo permite describir cadenas de suministro y proporciona las bases para su mejora. Además el modelo estandariza la terminología y los procesos de una cadena para modelar, comparar y analizar diferentes alternativas y estrategias de sus entidades.

El modelo describe las actividades de negocio necesarias para satisfacer la demanda de un cliente y está organizado alrededor de los cinco procesos de Gestión de Operaciones: Planificación, Aprovisionamiento, Manufactura, Distribución y Retorno (devolución) y en forma gráfica se observa en la Figura 6.

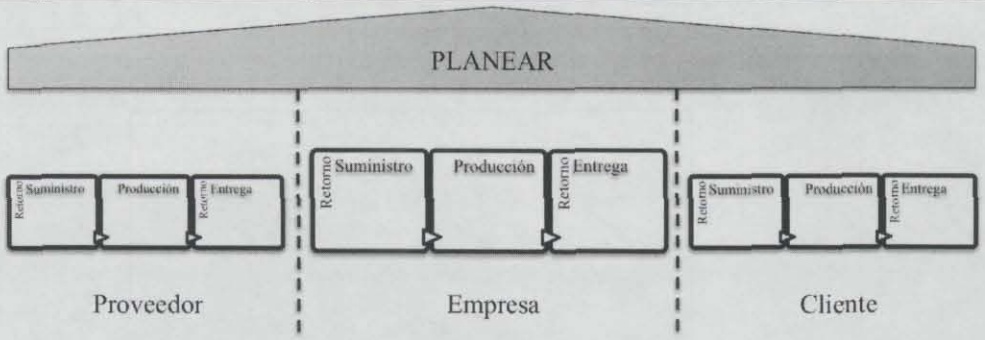


Figura 6. Modelo SCOR

Para la definición de los métricos de desempeño propuestos por el Modelo SCOR se establecen tres niveles de detalle de los procesos: Nivel Superior 1 (tipos de procesos), Nivel de Configuración 2 (categorías de los procesos) y Nivel de Elementos de los Procesos 3 (descomposición de los procesos); ver Figura 7. El nivel cuatro mencionado en el diagrama no es considerado como parte del modelo SCOR, ya que se refiere a la forma de medir las actividades específicas para cumplir una tarea.

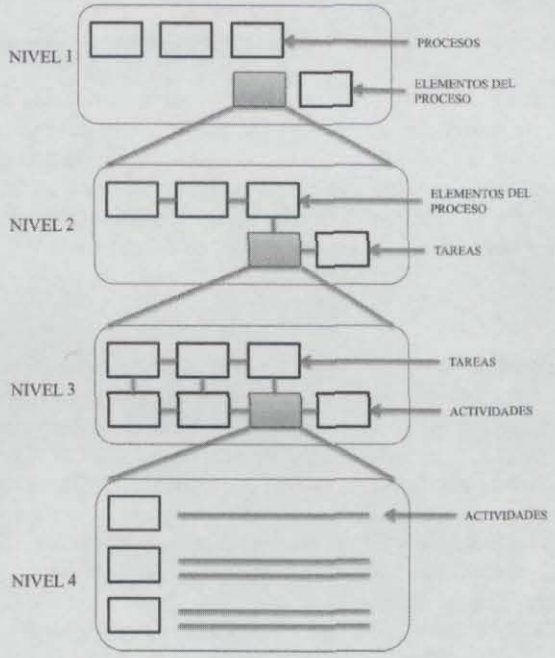


Figura 7. Niveles del Modelo SCOR

La aplicación del modelo SCOR en la práctica se puede revisar en el siguiente ejemplo, Figura 8, donde se identifican los indicadores de desempeño para cada nivel planteado en el modelo.

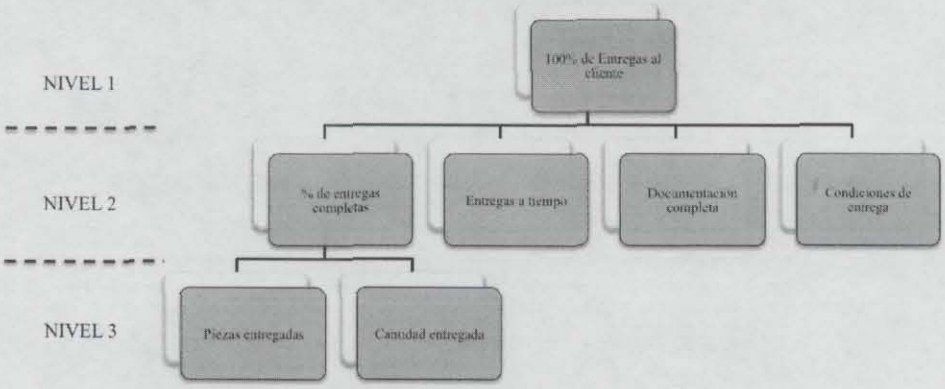


Figura 8. Ejemplo de Indicadores para el Modelo SCOR

De acuerdo a los modelos de indicadores de desempeño mencionados y considerando solo aquellos en que la DO puede contribuir sin demérito en la atención médica, se proponen los siguientes.

Para el SS es necesario identificar dos aspectos importantes de su operación: (1) existe un flujo de pacientes a ser atendidos y, (2) existe un flujo de materiales y medicamentos que soportan la atención médica. De esta manera el modelo de indicadores propuestos se separa en dos, la Figura 9 muestra lo anterior.

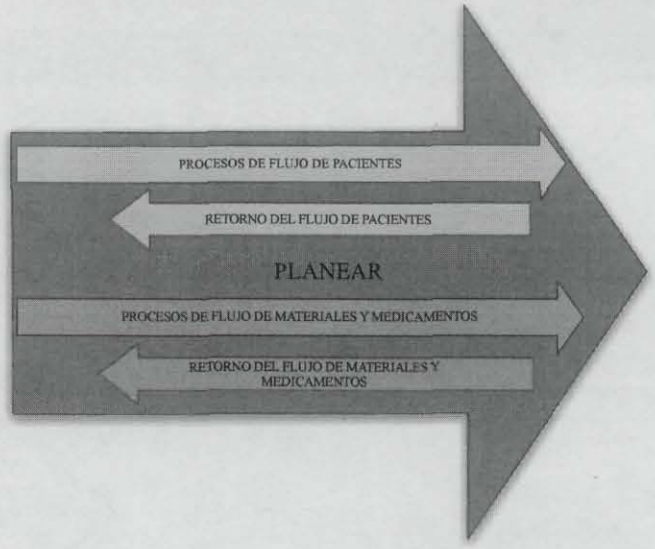


Figura 9. Diferenciación de Flujo en Hospitales Adaptado de SCOR (Moreno y Mendoza, 2012)

De manera análoga, el esquema propuesto de indicadores de acuerdo a la metodología SCOR se observa en las Figuras 10 y 11, para flujo de pacientes y flujo de materiales respectivamente.

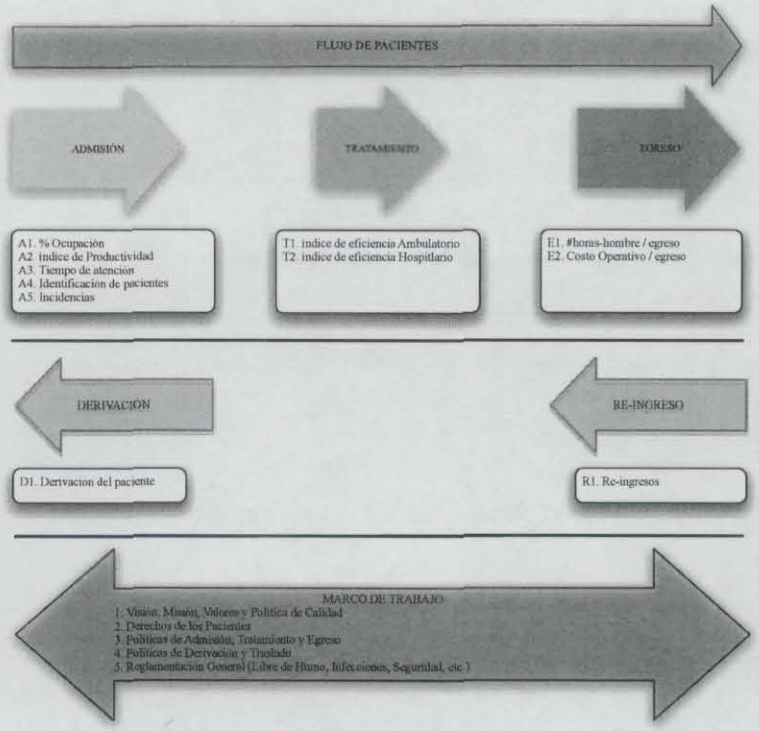


Figura 10. Modelo SCOR Adaptado para Flujo de Pacientes (Moreno y Mendoza, 2012)

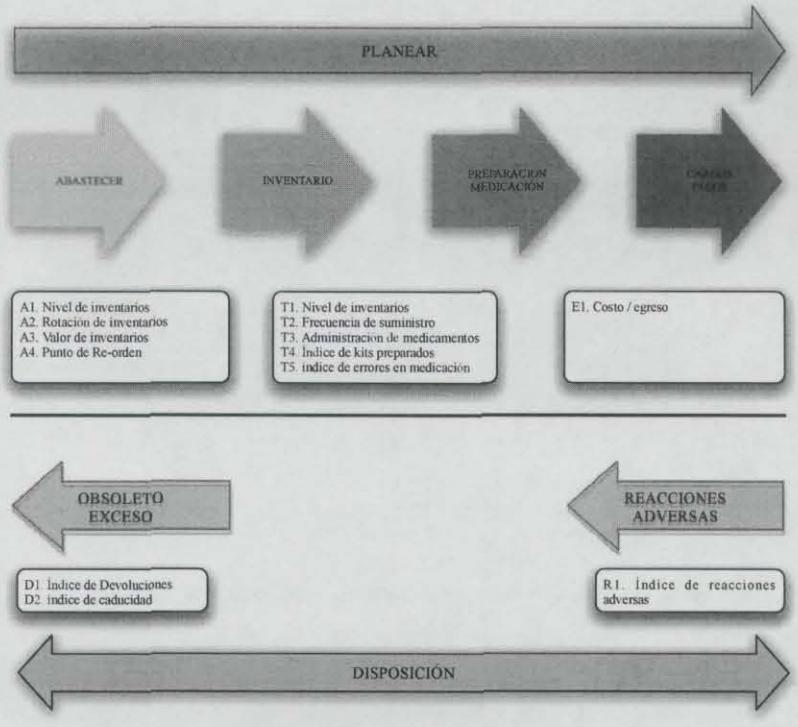


Figura 11. Modelo SCOR Adaptado para Flujo de Materiales (Moreno y Mendoza, 2012)

Las propuestas anteriores proponen establecer los vínculos entre los diferentes actores de la CS en la mejora sustancial de los resultados operativos. En el Modelo de Excelencia Operativa de Hospitales (MEOH) desarrollado en el capítulo 4, se establecen aquellas que son aplicables y en el capítulo 5 se muestra la evidencia de la aplicación del MEOH en 4 casos concretos de la ciudad de Guadalajara.

2.1.1 Excelencia Operativa

A través de las últimas 3 décadas se han popularizado diferentes filosofías y herramientas para la mejora de los resultados operativos en las empresas. Sin embargo, en muchos casos, la elección en métodos y herramientas no ha sido la más adecuada y ha requerido una gran inversión de tiempo y recursos. Una de las razones de estos fracasos se derivada de la tradicional estructura organizacional que motiva al análisis y toma de decisiones individuales y, en muchas ocasiones, aisladas.

La Figura 12 muestra la evolución de las herramientas de mejora de la productividad y su implementación en las organizaciones.

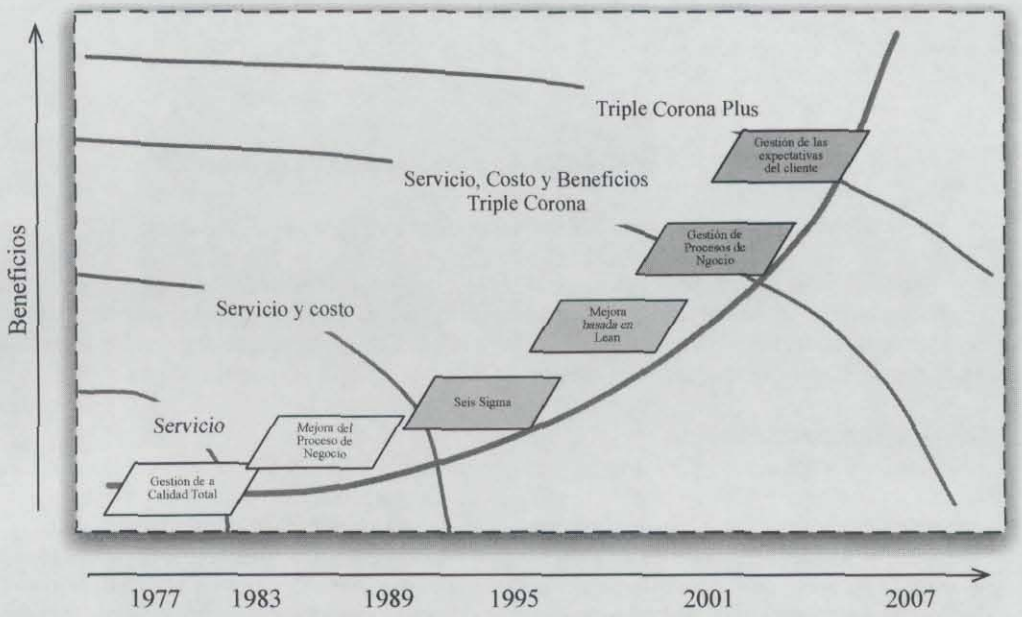


Figura 12. Evolución de la Aplicación de Herramientas de Mejora (adaptada de Towers, 2007)

La aplicación de estas herramientas depende de las características propias de cada empresa. Por lo tanto los resultados obtenidos pueden variar de una empresa a otra, incluso del mismo ramo.

Las herramientas más conocidas son: Sistemas de Calidad, *Lean* y Seis Sigma. Con la finalidad de lograr la visión sistémica, es decir identificar los Procesos Clave de Negocio y su impacto en los resultados de la organización, es necesario integrar la Gestión por Procesos a dichas herramientas y filosofías, como lo muestra la Figura 13.

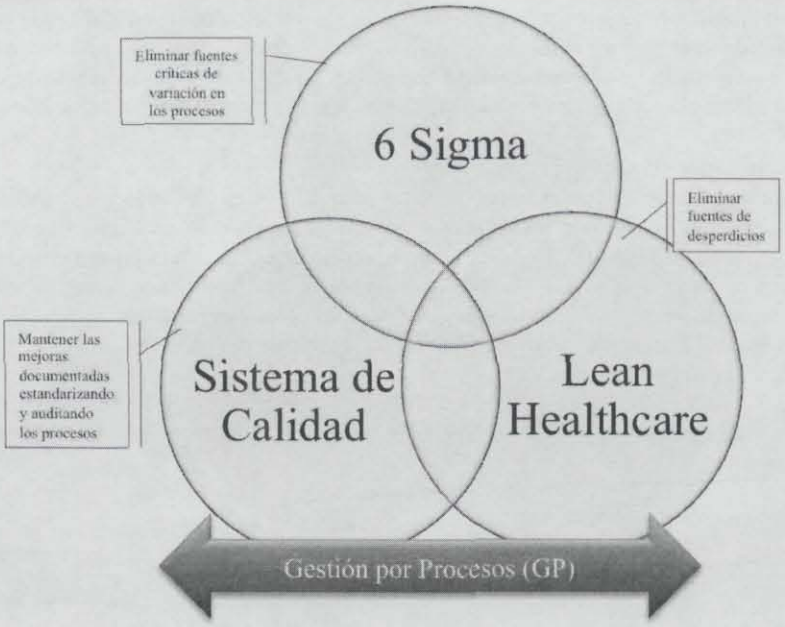


Figura 13, Filosofías para la Excelencia Operativa (Moreno y Mendoza, 2012)

Para el SS existen diferencias en la evolución de la aplicación de herramientas de mejora tradicionalmente utilizadas en la industria manufacturera, ya que el enfoque principal ha sido el garantizar la atención médica, dejando a un lado la gestión de las operaciones en los hospitales. En las secciones siguientes se realiza la descripción de cada una de ellas y su aplicación en el SS.

2.2 Gestión por procesos

La Gestión por Procesos (GP) permite una visión más precisa de cómo la organización funciona en realidad (Towers, 2007; Womack et. al, 2005). Típicamente, los departamentos tienen su propio conjunto de objetivos, un conjunto de recursos con capacidades para lograr dichos objetivos, y personal en todos los niveles responsables de su desempeño. Sin embargo, el concepto de proceso es mucho más amplio. Un proceso puede tener su propio conjunto de objetivos, abarcar un flujo de trabajo que traspase las fronteras departamentales y requerir recursos de varios departamentos. Por ejemplo, el desarrollo de nuevos productos y servicios puede implicar la coordinación de diferentes departamentos de una empresa: Ingeniería, Mercadotecnia y Operaciones.

De esta manera, las organizaciones requieren gestionar los procesos, actividades y recursos con el fin de orientarlos hacia el logro de los resultados previstos, aplicando herramientas y metodologías que contribuyan en la mejora del desempeño. La implementación de GP puede disminuir en gran medida el índice de fracasos en proyectos de mejora.

Un error típico al hablar de GP es considerarlo como la generación de una infinidad de documentos para lograr la estandarización de las actividades en los departamentos o áreas, en lugar de considerarla como una herramienta de análisis y definición de objetivos sistémicos dentro de una organización. Otro error tipico es la implementación de herramientas de mejora como oleadas o modas.

Aunque existen variadas definiciones de la Gestión por Procesos, la definición propuesta en esta investigación es:

> *"la metodología sistemática para identificar y documentar los procesos clave de negocio (PCN), aplicando indicadores de desempeño (eficacia y eficiencia) y estableciendo planes para mejorarlos continuamente." (Moreno y Mendoza, 2012)*

De acuerdo a la definición de GP, en primer lugar se trata de una metodología sistemática, por lo tanto implica un orden y método que permita el análisis y diseño, la documentación, implementación y mejora. En segundo lugar tienen como objetivo la mejora en el desempeño de toda la organización y no se debe considerar en forma aislada la mejora de procesos individuales. Y por último, se debe considerar

el análisis de los procesos de negocio, es decir aquellos que permiten a la organización lograr la sustentabilidad a través de la producción y/o prestación de servicios.

Es necesario agregar un componente más al análisis: cuál proceso añade valor o significa una ventaja competitiva para la organización. Los diferentes procesos dentro de una organización se consideran, ahora, como una cadena de valor, que es la serie interrelacionada de procesos que produce un bien o servicio y que satisface a los clientes. Cada actividad en un proceso debe agregar valor a las actividades precedentes, por tanto, deben eliminarse el desperdicio y los costos innecesarios.

De esta manera, la cadena de valor refuerza el vínculo entre proceso y desempeño, que incluye los procesos internos, clientes y proveedores. Un proceso de soporte proporciona recursos vitales e insumos a los procesos clave de negocio y son esenciales para la gestión de la organización.

2.2.1 Procesos de Negocio y su aplicación en el SS

En esta investigación se proponen cuatro Procesos Clave de Negocio (PCN): Relación con Clientes, Abastecimiento, Operación y Entrega. Estos procesos interactúan constantemente y cuentan con los Procesos de Soporte (PS): Contabilidad, Finanzas, Recursos Humanos y Calidad. Dentro de los PCN es común encontrar departamentos o áreas específicas, que pueden ser considerados como sub-procesos: Ventas, Promoción, Atención a clientes, Compras, Inventarios, Logística, por mencionar algunas. Todo lo anterior se ilustra en la Figura 14.

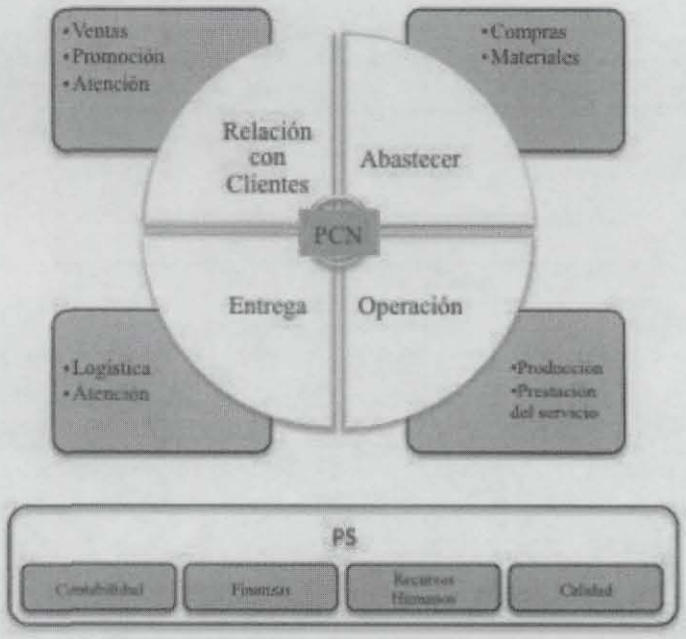


Figura 14. Procesos Clave de Negocio (PCN) y Procesos de Soporte (PS) (Moreno y Mendoza, 2012)

De acuerdo con la definición de Gestión de Procesos es necesario que cada proceso tenga claro el resultado esperado del mismo, esto promoverá la implementación de métricos de desempeño adecuados para el proceso y al mismo tiempo indica la dirección adecuada en las actividades de cada persona al logro de los objetivos esperados.

A continuación se presenta la descripción de los PCN y PS y su comparación con el sector de manufactura, ver Tabla 3 y 4.

Tabla 3. Comparativo de los PCN entre Manufactura y SS

PCN	SECTOR DE MANUFACTURA	SECTOR SALUD
Relación con el Cliente	**Atención a los Clientes** Proceso necesario para estar en contacto con los clientes, y sus objetivo el establecer, en primer lugar, el contacto con él a través de la promoción y personal de ventas y definir los requerimientos de producto o servicio que se requiere, hasta la consecución de un pedido o la necesidad de un servicio	**Admisión** Proceso mediante el cual el paciente determina la necesidad de atención médica y el hospital determina, de acuerdo a un diagnóstico (Triage) el tratamiento requerido, la especialidad del médico tratante y si requiere hospitalización o solo tratamiento ambulatorio.
Abasteci-miento	**Compras** La organización debe definir las actividades y responsabilidades acerca de contar con los recursos necesarios para producir o prestar un servicio, por lo general se requiere contar con materias primas, materiales, equipo y maquinaria.	**Abastecimientos, Almacén y Compras** Los hospitales requieren establecer las actividades de gestión de inventarios de medicamentos, materiales y demás suministros para garantizar el tratamiento médico solicitado
Operación	**Producción** Es la razón de ser de la organización y es el proceso donde se transforman los recursos suministrados en un producto o servicio que el cliente ha definido como requerimiento, por demás está mencionar que las especificaciones del mismo deberán cumplir con las expectativas del cliente en cuanto a cantidad, características y tiempo.	**Tratamiento médico** Es sus diferentes escalas de atención médica, es el procesos durante el cual el paciente recibe tratamiento adecuado a su enfermedad. De acuerdo a la clasificación de hospitales[2], el tipo de tratamiento se otorga a través de Médicos y Enfermeras en las instalaciones del hospital.
Entrega	**Logística** Se refiere a los procesos que aseguran la entrega en las condiciones establecidas y que culminan con la evaluación del nivel de satisfacción del cliente.	**Egreso** Proceso durante el cual el paciente y sus familiares reciben la información adecuada para el seguimiento al tratamiento médico y el "alta" del paciente, de acuerdo a los requerimientos del hospital.

Tabla 4. Comparativo de los PS entre Manufactura y SS

PS	SECTOR DE MANUFACTURA	SECTOR SALUD
Finanzas	Se refiere al proceso que establece la correcta aplicación de ingresos y egresos y que le permite a la organización cumplir con sus obligaciones fiscales.	De igual manera que en la industria de manufactura, área dedicada a la correcta aplicación de ingresos y egresos para cumplir con sus obligaciones fiscales. Adicionalmente es común que se incluya la relación con empresas Aseguradoras y el proceso de pago del paciente al finalizar su tratamiento.
Recursos Humanos	Provee de capital humano de acuerdo a los requerimientos del proceso de prestación de un servicio o de producción de un bien, regularmente se establecen las competencias necesarias de las personas para cada función dentro de la organización	Adicionalmente a las actividades de la industria de manufactura es necesario contar con personal médico y enfermeras de acuerdo a los requerimientos del tipo de hospital y área de especialización del tratamiento médico.
Calidad	Es el área definida por la organización que permite establecer un sistema que asegure la calidad de los productos y servicios ofrecidos	Adicionalmente se consideran actividades clave de este proceso, los requerimientos de certificación específicos y necesarios (e.g., JCI, Consejo General de Salud).
Seguridad	Actividad con impacto mínimo en el resultado al cliente, solo para control interno de la organización.	Proceso que garantiza la seguridad del paciente en cada etapa de su tratamiento y que requiere el cumplimiento de estándares establecidos.
Apoyo Espiritual	No es una actividad rutinaria.	Proporciona a paciente y familiares apoyo espiritual necesario en circunstancias delicadas de salud.

2.2.2 Mapeo de Procesos en Hospitales

Existen variadas formas y herramientas para analizar, definir y documentar procesos, nuestra experiencia por más de 15 años en procesos de certificación ISO nos ha permitido establecer una metodología sencilla pero efectiva, la cual se describe a continuación y es parte del modelo propuesto en esta tesis, que en el capítulo 4 se describe a profundidad.

[2] Clasificación de hospitales: Nivel 1, Centro de salud o puesto de salud, Nivel 2, Hospital I (atención ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades) y II (atención ambulatoria y hospitalaria con énfasis en la recuperación y rehabilitación), y Nivel 3, Instituto Especializado.

PASO 1. Identificar y definir los PCN de la organización de acuerdo a la Tabla 2, esto nos lleva a identificar la razón de ser de la organización y sus procesos que agregan valor al cliente, estableciendo la secuencia lógica de los mismos desde el inicio hasta la finalización del servicio prestado. Al mismo tiempo se identifican los PS que contribuyen al logro de los objetivos de la organización. Durante esta investigación hemos encontrado que los hospitales comparten cuatro PCN y los PS dependen de las características de cada hospital. Es decir, los PS pueden ser diferentes en cada caso, lo anterior se muestra en la Figura 15.

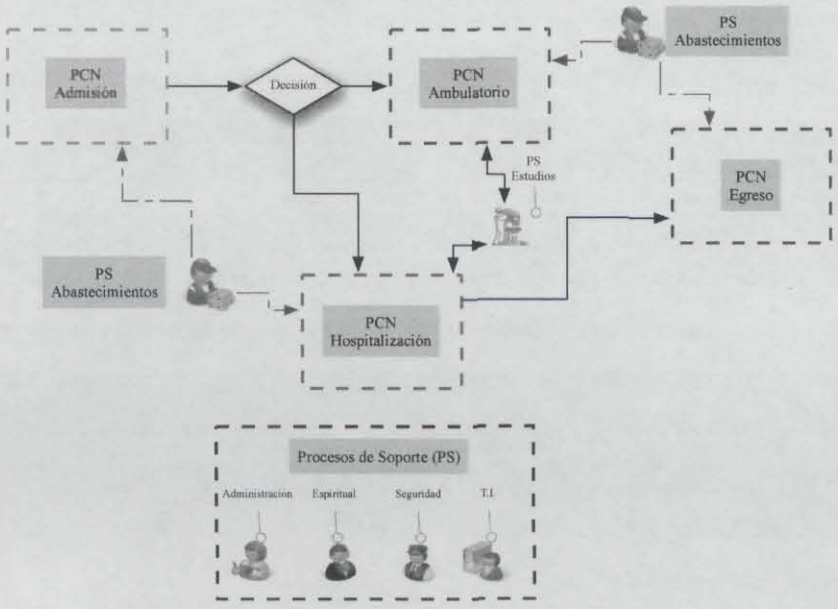


Figura 15. Procesos Clave de Negocio en Hospitales

En este mismo paso es necesario identificar a los involucrados en cada PCN para la formación de equipos de trabajo multidisciplinarios cuya responsabilidad será el análisis, definición, documentación e implementación de la metodología. A continuación se muestra el detalle del PCN Admisión y los PS que están involucrados, ver Figura 16.

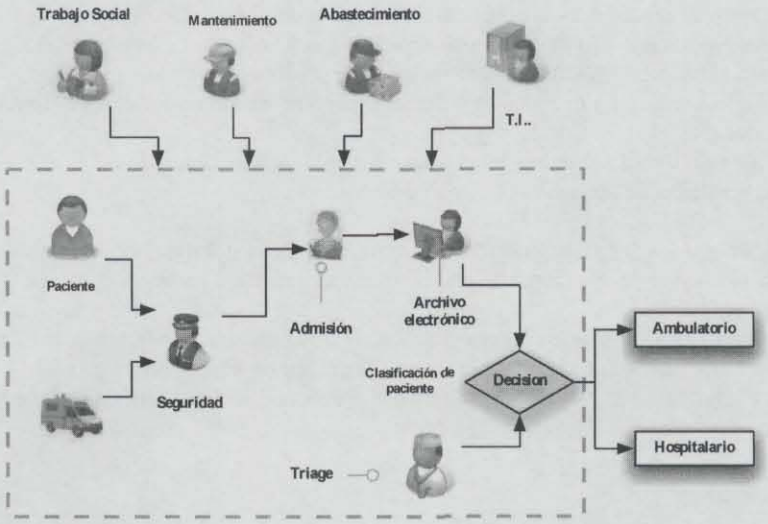


Figura 16. Ejemplo del Proceso de Admisión

El sistema de gestión debe cumplir con el proceso de certificación de hospitales el cuál define los estándares aplicables para hospitales y que deben ser cubiertos en su totalidad. En el capítulo 2.3 se describen a profundidad los Sistemas de Gestión de Calidad y se analiza el estándar de certificación para hospitales.

En este momento la organización está en condiciones de confirmar los estándares aplicables a cada PCN y el cómo la actividad diaria cumple con dicho estándar. Por el momento, se muestra un ejemplo de la aplicación de la GP y su impacto en los requerimientos mencionados en dicho estándar. A manera de ejemplo de ésta metodología se muestra, en las Tablas 5 y 6, los estándares aplicables a un Proceso de Admisión típico.

Tabla 5. Estándares Indispensables Aplicables al Proceso de Admisión (ejemplo parcial)

ESTANDAR	CARACTERÍSTICA	PROCEDIMIENTO / POLÍTICA	ADMISIÓN	DIRECCIÓN	CALIDAD	ABASTECIMIENTOS	TRABAJO SOCIAL	SEGURIDAD
MISP.1	Indispensable	X	R		R			I
ACC.1.1.1	Indispensable	X	R					
ACC.1.4	Indispensable	X	R		I			

Tabla 6. Estándares No Indispensables aplicables al Proceso de Admisión (ejemplo parcial)

ESTÁNDAR	CARACTERISTICA	PROCEDIMIENTO / POLITICA	ADMISIÓN	DIRECCIÓN	CALIDAD	ABASTECIMIENTOS	TRABAJO SOCIAL	SEGURIDAD
ACC.1	No Indispensable		R	I	I		I	
PFR.1	No Indispensable	X	I	R	R		I	I
AOP.1	No Indispensable	X	I		I			

Explicación de la Tabla 5 y 6.

Columna Estándar, se refiere al estándar aplicable y sus siglas. Por ejemplo; MISP.1 *Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.*

Columna Característica, se refiere al estándar mencionado considerado como Indispensable, que son los que el Hospital debe cumplir al 100% para obtener el certificado, los No Indispensable se deben cumplir al menos en un 80%.

Columna Procedimiento/Política, se refiere a que el estándar requiere de un documento físico adicional a su correcta implementación ("X") y cuando no lo requiere, significa que la correcta implementación de medidas es suficiente para cumplir con el estándar.

Las siguientes columnas son los departamentos o áreas involucrados en el proceso (e.g., Admisión) que corresponden al hospital analizado y que varían de acuerdo a cada caso.

Las letras "R" se refieren a que el área o departamento es Responsable de su definición, documentación e implementación.

Las letras "I" se refieren a que esa área o departamento está involucrado en el proceso y sus actividades impactan el resultado de otras áreas o departamentos.

PASO 2. Elaborar los siguientes documentos para cada PCN definido: Diagrama de Flujo, Diagrama de Interacción, Listado de Responsabilidades, Indicadores de Desempeño y los Procedimientos y/o Instructivos necesarios.

Una vez identificados los actores del proceso y los estándares aplicables, la relación de actividades que agregan valor puede ser identificada en un **Diagrama de Flujo**, ver Figura 17. A manera de ejemplo se muestra el Diagrama de Flujo correspondiente al Proceso de Admisión de un hospital típico.

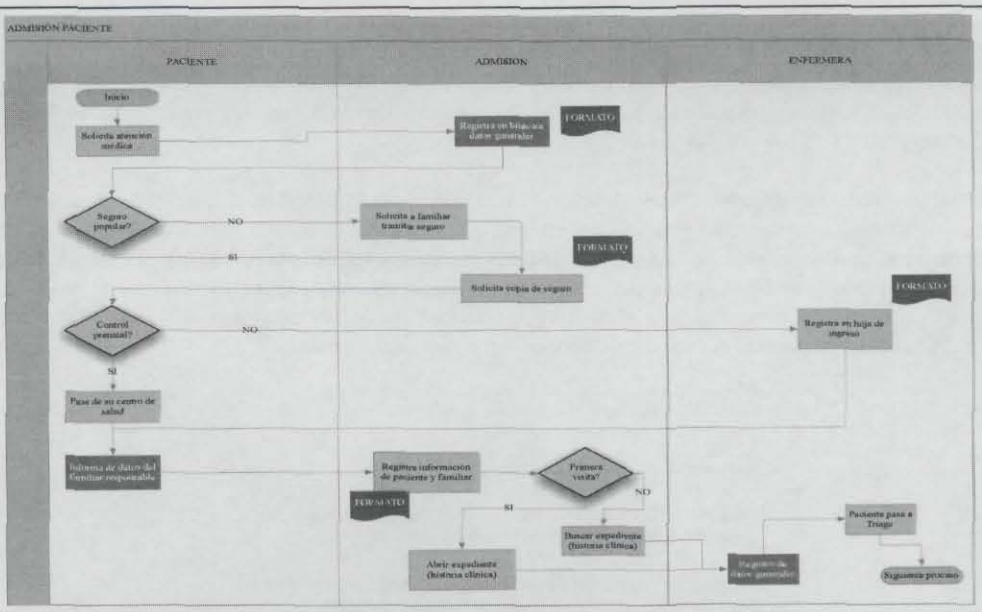


Figura 17. Diagrama de Flujo Proceso de Admisión (ejemplo)

En éste tipo de diagrama se definen algunas características relevantes acerca del proceso: identifica en qué actividad es necesario un registro (formato) y qué actividad es clave para el proceso (marcadas en color rojo) lo cual permite establecer los controles visuales necesarios para evitar fallas potenciales y aplicar herramientas a prueba de errores (eg., Poka-Yoke).

El **Diagrama de Interacción** tiene como objetivo identificar las acciones que tienen alto impacto en su relación con otros procesos o departamentos, es decir, se identifican las actividades que agregan valor al proceso siguiente, ver Figura 18. A partir de este documento se tiene el conocimiento claro de cuales proyectos de mejora se pueden llevar a cabo en el proceso con una visión de satisfacer al cliente (interno o externo).

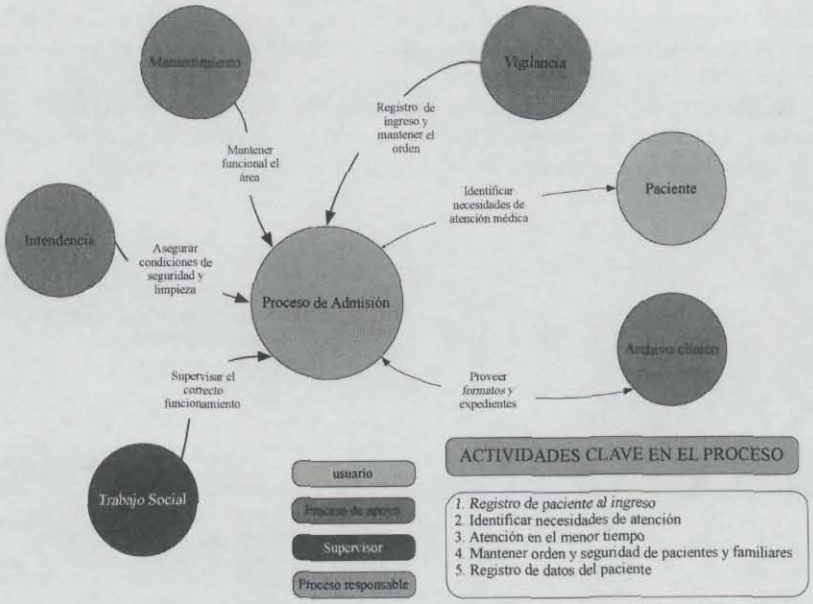


Figura 18. Diagrama de Interacción del Proceso de Admisión (ejemplo)

La aportación del Diagrama de Interacción reside en la identificación gráfica de los aspectos más relevantes a cumplir por cada área, departamento o proceso involucrado, por ejemplo en la Admisión de un paciente. Esto último permite identificar con facilidad las acciones más importantes que afectan la correcta admisión de un paciente y al mismo tiempo permite identificar los indicadores de desempeño en común para todos los involucrados.

El **Listado de Responsabilidades** tiene como objetivo el determinar quién es responsable de cada actividad en el proceso analizado, sin embargo, es necesario aclarar que no es una descripción de funciones de un puesto, más bien este listado puede alimentar perfectamente el perfil del puesto o descripción de funciones de una persona en la organización, ver Figura 19. En éste punto el desarrollo del documento es más detallado y permite identificar las actividades específicas de cada persona, en algunos casos es posible prescindir de procedimientos o instructivos.

RESPONSABILIDADES EN EL PROCESO DE ADMISIÓN	
Admisión	- Atención cordial a todas las personas que solicitan el servicio - Registro de datos generales del paciente y familiares
Intendencia	- Mantener en condiciones sanitarias las áreas de recepción y Triage - Documentar en registros las rondas de limpieza realizadas
Mantto	- Mantener en óptimas condiciones de operación los equipos de diagnóstico y % médica - Registro de visitas de revisión - Registrar ordenes de servicio por mantenimiento preventivo y correctivo
Seguridad	- Asegurar el ingreso seguro de cada paciente y sus familiares - Mantener las instalaciones seguras
Archivo Clínico	- Resguardo de historias clínicas de cada paciente - Proveer formatos de Triage y Urgencias

Figura 19. Listado de Responsabilidades Proceso de Admisión (ejemplo)

El desarrollar el listado de responsabilidades crea un compromiso de cada actor del proceso hacia el logro de los objetivos generales del hospital, de tal manera que la identificación de los indicadores de desempeño se logra de una manera más sencilla, asegurando la consistencia en el cumplimiento de los estándares de certificación.

Los **Indicadores de desempeño** es un documento en el cuál se define el cómo medir el proceso y qué resultados se esperan, ver Figura 20. Para el caso de los hospitales es necesario revisar el estándar de certificación para identificar y plasmar los requisitos específicos mencionados.

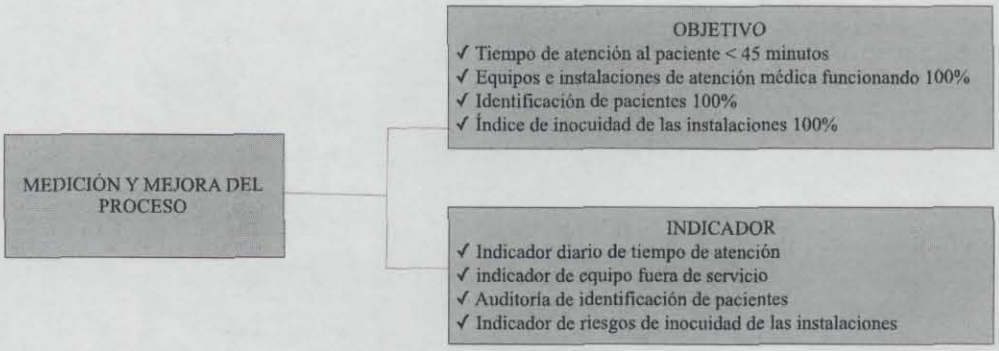


Figura 20. Indicadores de Desempeño para el Proceso de Admisión (ejemplo)

El análisis de cada hospital deberá permitir adaptar sus indicadores de desempeño actuales a una medición sistémica que permita identificar con claridad la aportación de cada actividad, persona, departamento o área en el logro de objetivos. Los objetivos podrán ser identificados como de la organización y aquellos que son requeridos por el estándar de certificación.

Los **Procedimientos** tienen la labor de proporcionar la información acerca de las actividades que se llevan a cabo en un proceso, cómo se realiza y quién tiene responsabilidad directa sobre el mismo. Como características importantes, los procedimientos no deben ser largos ni repetitivos, su redacción debe ser sencilla y fácil de entender. La efectividad del procedimiento se determina en qué tan claro identifica las responsabilidades y así reduce la cantidad de capacitación necesaria para el personal de nuevo ingreso.

Los **Instructivos** están dirigido a los que HACEN el trabajo en un proceso de la organización, esto incluye a todas las personas involucradas en el Sistema de Gestión. La diferencia entre un procedimiento y una instrucción de trabajo, radica en que el procedimiento describe la actividad y la instrucción de trabajo indica el CÓMO efectuar las diferentes tareas especificadas en un procedimiento. La información contenida en las instrucciones de trabajo indican qué pasos deberán tomarse y el equipo y recursos necesarios para realizar el trabajo, así como las medidas de seguridad que deben tomarse y alguna otra información pertinente.

PASO 3. Una vez analizados, documentados e implementados todos los PCN, se integran como un sistema de gestión, la Figura 21 muestra el esquema general sistémico de nuestra propuesta.

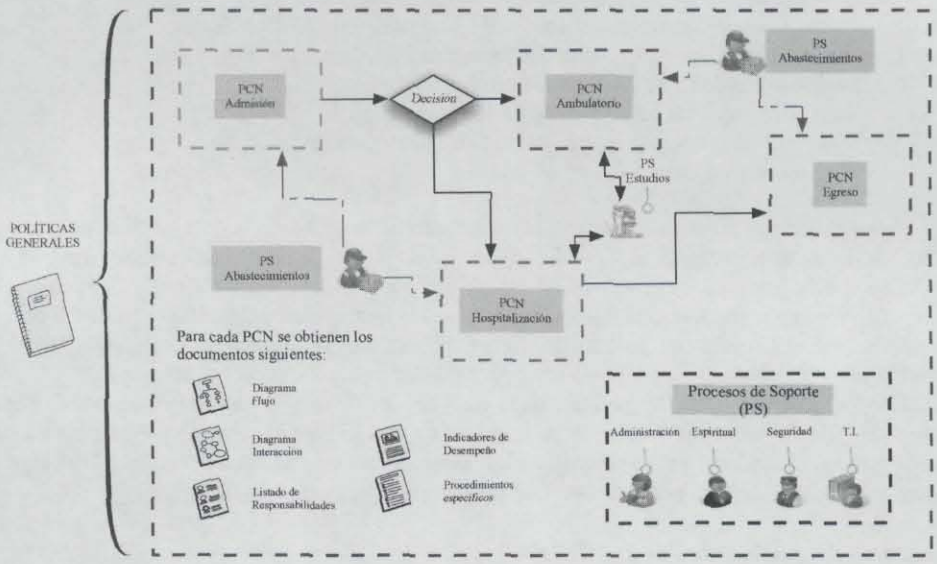


Figura 21. Sistema de Gestión de Hospitales Documentado (ejemplo)

En la presente investigación se han encontrado diversas opiniones acerca del proceso de certificación de hospitales, la gran mayoría de personas a cargo de esta actividad mencionan que el proceso es largo, pesado y que requiere una gran cantidad de documentos a desarrollar. Esto provoca resistencia en el personal, dejando estas actividades en una segunda prioridad después de desarrollar sus respectivas actividades.

Además, ha sido notorio que los médicos y enfermeras manifiestan una gran preocupación en la implementación de estas herramientas: considerar al paciente como un objeto o producto para optimizar los recursos de los hospitales, en la búsqueda de mejorar los resultados económicos de la organización. La propuesta de esta investigación, por el contrario, propone un sistema de gestión basado en la satisfacción del cliente utilizando las herramientas para mejorar los procesos de gestión que apoyan una mejora en la atención médica y, que a su vez, promueva la salud de los pacientes y garantice el trato cordial a cada paciente, sin olvidar la necesidad de mantener los costos operativos en niveles adecuados para lograr la sustentabilidad en el largo plazo.

2.3 Sistemas de calidad y certificación en hospitales

El movimiento de la calidad comenzó en Japón después de la Segunda Guerra Mundial, cuando en 1951 se otorga por primera ocasión el Premio Deming. Dicho esfuerzo ha provocado en las últimas décadas un impulso acelerado para su implementación en diversas industrias. A finales de los años 50, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos implementó una serie de normas de calidad que más tarde fueron adoptadas por el Instituto Británico de Normas, lo que ahora se conoce como las normas ISO 9000 (*International Organization for Standardization*). Para 1987 se entregó por primera ocasión el premio Malcom Baldrige a una empresa de los Estados Unidos, premio internacional que se otorga a empresas por sus logros en la calidad de sus productos y servicios.

El movimiento de calidad es mucho más que una serie de premios y normas de calidad, implica re-estructurar la empresa hacia la mejora continua. Conceptos como Gestión de Calidad Total (*TQM* por sus siglas en inglés) se utilizan para describir la filosofía que convierte la calidad en la fuerza motriz detrás de las iniciativas de liderazgo, diseño, planeación y mejora. TQM se fundamenta en que para lograr el éxito financiero de largo plazo es indispensable la calidad en todos sus procesos. TQM se define como "administrar toda la organización de tal forma que ésta supere todas las características de los productos y servicios que resultan importantes para el cliente" (Chase et al, 2001). La filosofía de TQM hace énfasis en la operación de la organización utilizando la calidad como elemento de integración en los PCN y PS. De ésta manera se fundamenta en los siguientes elementos:

a) El cliente dirige la calidad, una visión que debería ser de común acuerdo en todas las personas de una organización.
b) Liderazgo efectivo con enfoque en la satisfacción del cliente.
c) Mejora continua como punto focal de las actividades diarias.
d) Participación y desarrollo del empleado hacia el logro de los objetivos.
e) Respuesta rápida a las necesidades y expectativas de los clientes.
f) Diseño de calidad y prevención de errores.
g) Gestión de procesos basado en resultados medibles.
h) Desarrollo de grupos de interés hacia la mejora continua.
i) Responsabilidad corporativa y ciudadana.

Además de los premios y normas mencionados anteriormente, existen otros modelos de calidad internacionales que promueven la calidad desde el punto de vista del cliente: EFQM (*European Foundation for Quality Management*) y el Premio Nacional de Calidad (ahora Premio Nacional de Competitividad) por mencionar algunos. Nuestra investigación hace un énfasis en el modelo de gestión propuesto por el Consejo de Salubridad General y nuestra propuesta se fundamenta en la estructura sugerida por ISO 9001:2008, adaptada a las necesidades particulares de los hospitales.

El Modelo propuesto está fundamentado en la evolución que ha tenido la misma ISO a través de los años y que, desde su versión 2000, hace referencia a la Gestión por Procesos (GP), de esta manera se estima que los Estándares para la Certificación de Hospitales en México (versión 2012) evolucionen en poco tiempo a una Gestión por Procesos con los beneficios que esto conlleva.

2.3.1 Sistemas de gestión de calidad ISO

Sería muy difícil que todas las organizaciones cumplieran al 100% las normas internacionales de calidad debido a las diferencias en las prácticas operacionales de los distintos países. Por ejemplo, en un país la tolerancia se mide en centímetros, mientras que en otro puede ser en décimos de pulgada. La norma ISO definió un estándar para las cosas. Sus especificaciones van más allá de mediciones, por tanto, definen cómo se deben documentar los procesos y qué procesos son esenciales para asegurar la calidad del producto o servicio que se provee. Es decir, la norma ISO no es una norma de producto, sino una norma de sistema de calidad; no se aplica a productos o servicios, sino a los procesos que los crean. Es genérica en diseño, de forma que pueda aplicarse virtualmente a cualquier compañía, independientemente de su tamaño, en el mundo. No ordena métodos, prácticas y técnicas específicas, sino que pone énfasis en principios, metas y objetivos, siendo su principal meta el satisfacer las expectativas y requisitos del cliente.

La calidad se define según la norma ISO 9000:2000 como:

> *"Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos", (ISO 9000:2000)*

Es decir, para determinar si la calidad de un producto o servicio es apropiada hay que tomar en cuenta la necesidad que va a satisfacer. Por ejemplo, la calidad en el acabado de pintura para un hospital es totalmente diferente al requerido en una planta manufacturera de circuitos electrónicos. De igual forma, el servicio de limpieza para un laboratorio de análisis clínicos varía considerablemente al requerido para un conjunto de oficinas.

La Gestión de la Calidad, como un Sistema, ha generado a las organizaciones beneficios a través de la reducción de costos y un aumento en la calidad del producto y servicio que lleva a éstas a ser más competitivas.

Mejora de la calidad

El aseguramiento de la calidad es ya una parte vital en todas las organizaciones, sin embargo, el sistema de aseguramiento de la calidad es diferente para cada una, ya que depende del mercado, el tamaño y los requisitos de calidad de su mercado particular.

La mejora de la calidad empieza con las siguientes acciones:

1. Adopción de la definición de calidad de la organización: cumplir con los requisitos del producto o servicio especialmente los del cliente.
2. Establecer un Sistema de Gestión de la Calidad que cumpla con la definición de calidad de la organización: un sistema de gestión previene e identifica errores y elimina la recurrencia.
3. Establecer las normas de desempeño: sin errores, es decir nuestra meta es trabajar omitiendo los errores aún a pesar de que pueden ser inevitables.
4. Medir los Costos: es el precio de los errores comparado con el precio de no cometerlos (prevención, evaluación y de no calidad).
5. Mejora Continua: es la actividad recurrente que nos ayuda a aumentar la capacidad para cumplir con los requisitos.

Enfoque basado en procesos

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una serie de actividades que utilizan recursos y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, es llamada ***proceso***. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso, la Figura 22 esquematiza lo anterior.

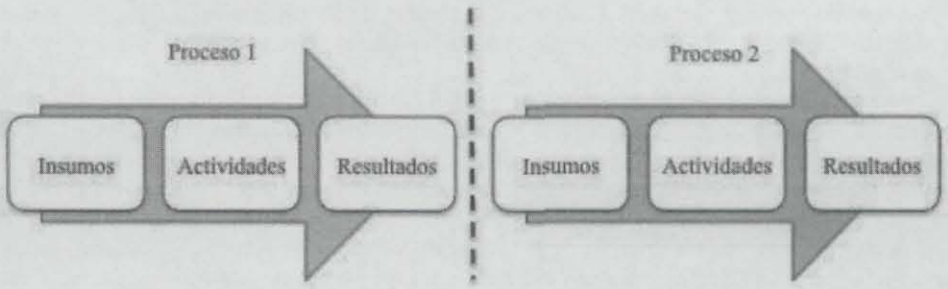


Figura 22. Definición Esquemática de Proceso

Así, los sistemas de gestión de calidad basados en ISO se fundamentan en la GP, la mejora continua y la prevención de errores que garantizan a la organización proveer el servicio o producto de acuerdo a los requerimientos de los clientes, logrando la implementación de mejoras en los procesos que provocan reducción en costos operativos sin demeritar el servicio al cliente. A continuación se analiza el estándar de certificación para hospitales.

2.3.2 Sistemas de gestión de calidad en el SS

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia establece que depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de alguna Secretaria de Estado y el artículo 4o de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria del país.

El ámbito de acción del Consejo abarca todas las organizaciones públicas y privadas que constituyen al Sistema Nacional de Salud. El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país.

Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica.

A principios de 1999, la Secretaría de Salud pública los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las persona físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Los documentos publicados establecieron las bases conceptuales y los procedimientos para la Certificación de Hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras; con ello, se respondió a la necesidad de Certificar Hospitales y de contar con un Organismo Certificador.

Se estableció que la certificación sería voluntaria y con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en un 50% por cada hospital y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. La aceptación de la certificación fue bien recibida ya que se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 hospitales.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le antecedieron:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Medica, el 20 de septiembre de 2002.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

Aunado a lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 publicado en octubre de 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.

Para Junio del 2008, el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM). De esta manera, se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

En este tenor, se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de *Joint Commission International* (JCI), para lo cual se integró un Comité Técnico con representantes de Instituciones Públicas y Privadas que brindan atención a la salud y con miembros de JCI, integrándose una Cédula de Evaluación de Hospitales, la cual responde a los requisitos en materia de la Seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias.

La versión actual de dicho estándar es la publicada en abril 2012 y que se estructura en tres secciones: (1) estándares centrados en el paciente, (2) estándares centrados en la gestión y (3) las metas internacionales para la seguridad del paciente. A continuación se hace una breve descripción de cada sección y sus respectivos apartados.

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP), cuyo objetivo es el de promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes.

1. MISP.1. Identificar correctamente a los pacientes.

Objetivo: mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

2. MISP.2. Mejorar la comunicación efectiva.
   Objetivo: prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.
3. MISP.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
   Objetivo: prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.
4. MISP.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
   Objetivo: prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.
5. MISP.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
   Objetivo: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de lavado de manos.
6. MISP.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
   Objetivo: Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.

Estándares Centrados en el Paciente

1. (ACC) Acceso a la atención y continuidad de la misma. Un establecimiento de atención médica debe tener en cuenta que la atención que proporciona a los pacientes forma parte de un sistema integrado de servicios, profesionales de la salud y unidades de atención, todo lo cual constituye la continuidad de la atención.
2. (PFR) Derechos del paciente y su familia. Cada paciente es único en sus necesidades, fortalezas, valores y creencias, por lo que los establecimientos de atención médica trabajan para establecer la confianza y comunicación abierta con los pacientes y así comprender y proteger sus valores culturales, psicosociales y espirituales.
3. (AOP) Evaluación de pacientes. Un proceso efectivo de evaluación de pacientes da como resultado oportunidad y asertividad en la toma de decisiones, incluso cuando el estado de salud del paciente cambia.
4. (SAD) Servicios Auxiliares de Diagnóstico. Son la base fundamental para un proceso de evaluación de los pacientes, por lo que es necesario que funcionen bajo criterios de calidad y seguridad para responder con precisión y oportunidad a las necesidades médicas de los pacientes y los requerimientos del personal clínico.
5. (COP) Atención de pacientes. El propósito fundamental de un establecimiento médico es la atención al paciente, que debe proporcionar la atención más adecuada en un entorno que apoye y responda a las necesidades únicas de cada paciente.
6. (ASC) Anestesia y atención quirúrgica. El empleo de anestesia, sedación y las intervenciones quirúrgicas son procesos comunes y complejos dentro de un establecimiento de atención médica, que requieren una evaluación completa, integral y un constante control del paciente.
7. (MMU) Manejo y uso de medicamentos. El manejo de los medicamentos es un componente importante de los tratamientos paliativos, sintomáticos, preventivos y de curación de enfermedades y trastornos.
8. (PFE) Educación del paciente y de su familia. La educación al paciente y familiares contribuye a mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención.

Estándares centrados en la Gestión

1. (QPS) Mejora de la calidad y seguridad del paciente. Un enfoque global de mejora en la calidad y seguridad del paciente, donde la reducción permanente de riesgos para el paciente y el personal son indispensables en los establecimientos de atención médica.
2. (PCI) Prevención y control de infecciones. Su objetivo es el de establecer un plan o programa de prevención y control de infecciones que identifique los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes, el personal, los voluntarios, los estudiantes y los visitantes.
3. (GLD) Gestión, liderazgo y dirección. Brindar una atención segura y con buena calidad al paciente requiere de un liderazgo efectivo, el cual proviene de varias fuentes dentro de un establecimiento de atención médica, incluidos los directivos, responsables de área y otras personas que ocupen puestos de dirección, responsabilidad y confianza.
4. (FMS) Gestión y seguridad de las instalaciones. Los establecimientos de atención médica trabajan para proporcionar una instalación segura y funcional, que ofrezca apoyo a los pacientes, a las familias, al personal y a os visitantes.

5. (SQE) Calificaciones y educación del personal. Un establecimiento de atención médica requiere de personal capacitado y calificado para cumplir con su misión y cubrir las necesidades de los pacientes.
6. (MCI) Manejo de la comunicación y la información. La atención al paciente implica un esfuerzo complejo, sumamente dependiente de la comunicación de información.

Los apartados de cada sección mencionan el desempeño esperado de una institución de atención médica, así como su estructura o procesos que deben ser implementados para brindar atención, tratamiento y servicios seguros con la calidad que el paciente espera. Su propósito es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar y puede contener expectativas detalladas del estándar que se evalúa en el proceso de auditoría.

Cada apartado cuenta con elementos medibles que son aquellos requisitos del estándar a los que se les asigna una calificación durante el proceso de auditoría; enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar de forma absoluta y se califican de la siguiente manera: NA (sin valor) significa que no aplica, Cero (0): significa que no se cumple el estándar, Cinco (5): significa que cumple parcialmente y, Diez (10): significa que cumple totalmente.

De esta manera, durante el proceso de auditoría, se califican los estándares de cada apartado y de acuerdo con la calificación existen criterios para determinar si la institución de atención médica recibe o no la certificación correspondiente.

En el Anexo 1 se incluye el Estándar de Certificación de Hospitales en su versión más reciente, en dicho estándar se pueden observar que existen más de 1,300 requerimientos totales para la certificación de hospitales, incluidos todos los apartados y los elementos medibles.

2.3.3 Certificación de hospitales

El mecanismo tradicional de los hospitales para definir, diseñar, documentar e implementar el sistema de calidad es asignando una persona o grupo de personas a un apartado específico del estándar, por ejemplo: un responsable de MMU, otro para ACC, y así para todos los apartados del estándar. Es común encontrar alrededor de 14 equipos de trabajo con la responsabilidad de cada apartado del estándar, lo que se traduce en:

a) Tareas y actividades redundantes cuando se analizan las actividades en forma aislada.
b) Dificultad para encontrar los puntos de común acuerdo derivado de la visión individual del equipo o persona a cargo de un apartado específico.
c) Tradicionalmente se documentan todas las actividades y políticas de cada área o departamento sin considerar su impacto en el sistema completo. Provocando procedimientos y políticas duplicados, en el mejor de los casos, y en ocasiones contradictorias entre sí.
d) Gran cantidad de documentos desarrollados que en pocas ocasiones son leídos por todos los departamentos y personas involucrados. En nuestra investigación se han llegado a conocer sistemas de calidad en hospitales que incluyen miles de hojas. Lo anterior plantea la duda de la actualización constante que deberían tener los documentos del sistema de calidad, al menos.
e) Los métodos de auditoría están ligados a esta metodología tradicional de documentar los sistemas de calidad y por consecuencia los tiempos requeridos para la misma pueden llegar a ser muy largos, o que la profundidad de la misma no sea la adecuada.

Nuestra investigación quedaría inconclusa si no proponemos métodos diferentes a los tradicionales y que permitan a los hospitales el obtener la certificación a través de un proceso más dinámico, eficaz y utilizando la menor cantidad de recursos humanos, de tiempo, materiales y por supuesto de documentos. En el capítulo 2.2.3 se desarrolló la metodología de GP para el diseño y documentación de un Sistema Integral de Calidad (SIC), el cual en resumen constaría de los siguientes documentos.

1. Manual de Políticas: donde se documentan aquellas de aplicación general para un hospital y las específicas de operación en procesos clave o de impacto en la seguridad del cliente.
2. Mapa de Procesos Clave y de Soporte: documento que describe en forma genérica los procesos que son la razón de ser del hospital (PCN) con el enfoque a la satisfacción del cliente, asimismo se describen los procesos que apoyan la atención médica requerida por el paciente (PS).
3. Para cada PCN, se elaboran los siguientes documentos:
   a. Diagrama de flujo: que describe la secuencia lógica de las diferentes actividades que realizan las personas responsables del proceso, identifica los registros necesarios y actividades clave del proceso.

b. Diagrama de interacción: que describe la forma que el proceso analizado participa con otros procesos, áreas o departamentos y el cómo la actuación de cada uno impacta en el desarrollo y desempeño de sus objetivos.
c. Listado de responsabilidades: detalla la asignación de responsabilidades al respecto del proceso analizado.
d. Estándares aplicables: la definición de los estándares aplicables de acuerdo al proceso analizado permite identificar con facilidad y sin lugar a dudas el responsable de cumplirlo y los involucrados directos.
e. Objetivos e indicadores: con los documentos anteriores y los requerimientos del estándar de certificación es factible establecer los indicadores de desempeño para cada proceso y sus involucrados.
f. Procedimientos e instructivos: solo se desarrollan aquellos que sean necesarios por el nivel de detalles que requiera el hospital o derivado de la necesidad de asegurar la consistencia en el desarrollo de una actividad. Por tanto se desarrollan a nivel de actividad y su detalle es específico para resolverla.

Con esta metodología propuesta se obtienen los siguientes beneficios:

a. Menor cantidad de equipos para el diseño, desarrollo, documentación e implementación del Sistema.
b. Lo anterior asegura que los equipos desarrollen su parte del sistema en forma integrada y correlacionada entre procesos.
c. Análisis sistémico de cada proceso y sus implicaciones con otros procesos, que permite identificar los puntos de coincidencia en actividades y el común acuerdo en las propuestas de solución.
d. Sistema documentado de calidad en lugar de un sistema de documentos que permite la actualización constante, la revisión y ajuste de todos los involucrados.
e. El proceso de auditoría se ve beneficiado al contar con mínimos documentos a revisar y realizar con mayor profundidad la auditoría en el análisis, desarrollo y mejora de los procesos de atención médica.

Anteriormente se hizo una descripción detallada de la GP. A continuación se propone el esquema comparativo de los apartados del estándar de certificación y el cómo la GP impacta favorablemente en el desarrollo del sistema de calidad. Éste esquema permite identificar los apartados del estándar de una manera sistémica, Figura 23.

A continuación, se relaciona el estándar de certificación de hospitales con la filosofía más adecuada para su mejora.

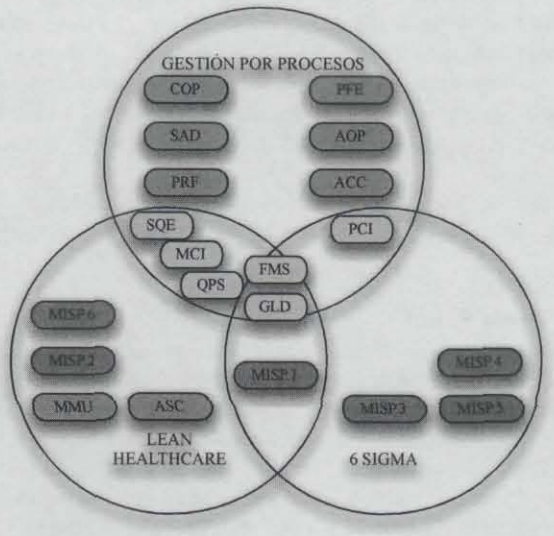


Figura 23. Apartados del Estándar de Certificación como un Sistema (Moreno y Mendoza, 2012)

La propuesta anterior, Figura 23, permite identificar cuál es la herramienta más adecuada para implementar los proyectos de mejora en hospitales y, a su vez, mantener la visión sistémica de los mismos proyectos.

En los capítulos siguientes se describen la filosofía *Lean* y Seis Sigma como complemento al esquema mencionado.

2.4 Lean healthcare

El concepto *Lean*, usualmente relacionado a la industria automotriz japonesa, fue acuñado por James P. Womack, Daniel T. Jones, y Daniel Roos en los años 80 cuando desarrollaron una investigación acerca de las mejores prácticas japonesas. El término *Lean* describía un sistema (*Toyota Production System*, TPS) que reducía los recursos de la organización por mitad: espacio físico, mano de obra, capital e inventarios. Además, se lograba una reducción todavía mayor en defectos y accidentes laborales.

La idea central de *Lean* es el determinar qué procesos crean valor, cuáles no contribuyen creando valor y eliminar el desperdicio en los procesos clave de negocio (PCN). Para eliminar el desperdicio y maximizar el valor creado, se deben evaluar los procesos desde el punto de vista del cliente (paciente), identificando cada paso en el proceso y eliminando las actividades que no crean valor.

Algunas definiciones de *Lean* son:

> "Hacer más con menos", (Womack et al., 2005) .
>
> "*Lean* es proveer una manera de hacer más con menos – recursos humanos, menos equipo, menos tiempo, menos espacio – y al mismo tiempo estar más cercano al cliente y sus expectativas", (Graban, 2009) .

Los hospitales en el mundo enfrentan problemas muy añejos y presentes en la actualidad: (1) retraso en la entrega de suministros y materiales de curación, (2) retorno de materiales por errores o realizados incorrectamente, (3) dificultad para el manejo de nuevos equipos médicos, (4) espacio limitado para almacenar materiales y medicamentos, (5) procedimientos correctos no realizados correctamente, (6) rotación elevada de personal médico y enfermeras, por mencionar algunos. Para lograr la excelencia operativa en los hospitales es necesario enfocarse en la solución de problemas particulares en lugar de intentar solucionar el todo de una vez.

Es indispensable que cada hospital centre su atención en el método *Lean* específico para él mismo en lugar de intentar copiar metodologías y herramientas exitosas en otros hospitales. Así, *Lean* es un proceso de pensamiento y un método que ayuda a eliminar las barreras entre departamentos y su desconexión derivada del trabajo aislado o individual, con el objetivo de reducir los riesgos y costos aumentando el índice de satisfacción de los pacientes.

Aunque es recomendable la ayuda de expertos en la implementación de *Lean* en los hospitales, no debe considerarse como una metodología única que demuestre el cómo solucionar los problemas típicos del hospital. *Lean* debe considerarse como una serie de herramientas, un sistema integrado de gestión y una filosofía de cambio y gestión de los hospitales, ya que es una metodología que permite a los hospitales la mejora en la calidad del servicio médico, reduciendo errores, tiempos de espera y costos operativos.

En resumen, *Lean* no es un programa de reducción táctica de costos, sino más bien una estrategia de gestión aplicable a cualquier tipo de organización, ya que tiene como objetivo primordial la mejora de los procesos.

2.4.1 Aplicación en el Sector Salud

La necesidad de implementar *Lean* deriva de la preocupación constante de vigilar el flujo de efectivo, la satisfacción de los clientes, la calidad de los productos y servicios. Su aplicación se ha aplicado a diversas industrias, incluida la del SS. No se sabe con certeza el momento en que *Lean* inicio su aplicación en el SS, algunos hospitales en los Estados Unidos de América lo implementaron con éxito en los años 90. En el 2001, el periódico *USA Today* reporta un estudio desarrollado por la Fundación Robert Wood Johnson donde se establece la necesidad de implementar el método Toyota en el SS de ese país. Dicho artículo menciona algunos de los siguientes resultados (Reid, Compton, & Grossman, 2010):

a. En el hospital Alegent Health, de Nebraska se obtuvo una reducción del 60% en el tiempo de respuesta para los resultados de laboratorio, sin el incremento de instrumentación.

b. Reducción de un 70% del tiempo de proceso para la descontaminación y esterilización de instrumentos en el Kingston General Hospital, en Ontario.
c. Reducción del tiempo de espera para cirugías ortopédicas de 14 semanas a 31 horas para la primer cirugía en el ThedaCare de Wisconsin.
d. Incremento de los ingresos por cirugías por $808,000 anuales en el Ohio Health, de Ohio.
e. Reducción del tiempo de estadía de pacientes en un 29%, lo cual implicó eliminar una inversión de $1.25 millones de dólares en un departamento nuevo de emergencias en el Avera McKennan de Dakota del Sur.
f. Ahorros por $7.5 millones de dólares en eventos de mejora en el 2004 del Park Nicollet Health Services de Minnesota.

Para el caso de los hospitales, es necesario redefinir *Lean* en términos de sus metas y objetivos, ya que estos proveen servicios intangibles de atención médica para cada paciente, de acuerdo a sus necesidades específicas. De este modo, se propone la siguiente definición de *Lean Healthcare*:

> *"Método estructurado y sistémico para la búsqueda de la mejora continua y maximización del valor creado al paciente, a través del análisis de los procesos de negocio (PCN y PS), eliminando los desperdicios y aumentando el índice de satisfacción". (Moreno y Mendoza, 2012)*

Lean Healthcare está fundamentada en los siguientes conceptos o principios generales (adaptado de, Womack et. al, 2005):

- **Valor** creado a los productos y servicios prestados, diseñados en forma específica desde el punto de vista del cliente (paciente). El concepto de valor puede ser analizado desde diferentes puntos de vista: cuando se presta el servicio de atención médica acorde a las necesidades del SS, evitando los costos excesivos de atención y proveyendo las condiciones de seguridad necesarias.
- **Flujo de Valor** creado en cada etapa del proceso de prestación del servicio, eliminando las fuentes de desperdicio como: distancias largas, tiempos de espera, errores o procesamiento erróneo. La eliminación de pasos innecesarios o redundantes desde el punto de vista del paciente, por ejemplo, duplicando las actividades para recabar la información del paciente, estudios de laboratorio innecesarios o duplicados y disminuyendo los tiempos de espera para el diagnóstico son ejemplos de actividades a eliminar.
- **Flujo** de pacientes a través de los procesos de atención médica y el suministro de materiales y medicamentos en los diferentes procesos de atención médica. Este es un punto clave en *Lean Healthcare*, ya que permite identificar proyectos de mejora que incrementan las posibilidades de reducir costos sin demeritar el nivel de servicio.
- Los requerimientos de los pacientes deben **Jala**r los procesos de atención médica para garantizar el nivel de servicio deseado y la calidad requerida. Se refiere a la habilidad del hospital para identificar cuándo un médico se encuentra disponible para atender a otro paciente, lo cual implica mayor flexibilidad en las personas y en el sistema de gestión para responder a las variaciones de la demanda de atención médica.
- Búsqueda de la **Perfección** en el entorno de atención médica y la constante revisión de los procesos y el aprendizaje de las mejoras implementadas. Todas las personas en su día a día buscan dicha perfección desde su punto de vista, la satisfacción total de las expectativas de los pacientes debe ser punto focal en todas las actividades del hospital.

Lean Healthcare establece que las limitantes de la productividad en las empresas se pueden clasificar en tres grandes áreas.

1. **Muri**: se traduce como ***sobrecarga***. La productividad de los negocios y las personas baja cuando existe una carga de trabajo superior a las capacidades de los miembros. Cuando hay mucho qué hacer, es más fácil cometer errores; cuando hay mucho que hacer, lo hacemos más a la carrera, en detrimento de la calidad y la seguridad; cuando hay mucho que hacer, la moral de los miembros baja. En resumen, cuando hay mucho que hacer cae la productividad.
2. **Mura**: se traduce como ***variabilidad***. Cuando los materiales no son uniformes, cuando las actividades de trabajo no se llevan de la misma forma por todos los miembros, si el equipo da resultados poco constantes. En resumen, cuando existe poca uniformidad en los resultados de los procesos, la productividad baja.

3. **Muda**: se traduce como ***desperdicio***. Los desperdicios se refieren a cualquier otra cosa agregada a la cantidad mínima de equipo, materiales, partes, espacio y esfuerzo de los trabajadores, además de los que son absolutamente esenciales para agregar valor al paciente. Los desperdicios aumentan los costos y bajan la capacidad de cumplir las necesidades de los clientes, afectando a los resultados del negocio y disminuyendo la productividad.
    a. Sobreproducción
    b. Esperas
    c. Transporte
    d. Procesos
    e. Inventarios
    f. Movimientos del Trabajador
    g. Defectos

La Tabla 7 presenta los diferentes tipos de desperdicio en los hospitales y su forma de eliminarlos.

Tabla 7. Tipos de Desperdicio en Hospitales

DESPERDICIO	FORMA DE ELIMINARLOS
SOBREPRODUCCIÓN Se refiere a las acciones que promueven adelantar trabajos en forma innecesaria y no son requeridos, por ejemplo: preparar kits de materiales y medicamentos en exceso para cuando se requieran, exámenes de laboratorio innecesarios, material de curación o pruebas en exceso, administración de medicamentos fuera de tiempo para cubrir los horarios del personal.	- Reducir los tiempos de preparación, sincronizando cantidades y tiempos entre procesos, haciendo sólo lo necesario.
ESPERAS Se refiere al tiempo perdido de médicos, enfermeras y pacientes esperando por materiales, equipo o instalaciones. Esperas de los pacientes para asignar cama, tratamiento, doctor, equipo, etc. Esperas para admitir a un paciente.	- Sincronizar flujos - Balancear cargas de trabajo - Trabajador flexible
TRANSPORTE O MOVIMIENTO EXCESIVO Se refiere a una distribución inadecuada de las diferentes áreas de atención que provocan un flujo de pacientes largo y que incrementan los riesgos por caídas. Búsqueda de equipo, materiales o medicamentos cuando se requiere y no se cuenta con ellos.	- Distribuir las localizaciones para hacer innecesario el manejo / transporte. - Racionalizar aquellos que no se pueden eliminar.
PROCESOS INNECESARIOS Se refiere a el establecimiento de actividades o procesos innecesarios o redundantes y que no agregan valor al paciente, por ejemplo: ordenes de laboratorio no necesarias, papeleo excesivo, trabajo repetitivo, tiempo asignado a programar citas y no utilizado, procedimientos de gestión innecesarios.	- Analizar si todas las operaciones deben de realizarse o pueden eliminarse algunas sin afectar la calidad el producto / servicio.
INVENTARIOS Se refiere a la acumulación innecesaria de materiales y medicamentos en diferentes localizaciones, así como también al exceso de personal en momentos de baja demanda. En ocasiones la asignación de camas a pacientes puede ser innecesaria.	- Acortar los tiempos de preparación, de respuesta y sincronizarlos.
MOVIMIENTOS INNECESARIOS Regularmente es consecuencia de una distribución inadecuada de las instalaciones que provoca que el personal y los materiales recorran distancias considerables e innecesarias para dar atención médica.	- Estudiar los movimientos para buscar economía y conciencia. Primero mejorar y luego automatizar.
DEFECTOS Se refiere a los errores involuntarios cometidos por el personal o provocados por la definición inadecuada de actividades, por ejemplo: cirugías no adecuadas (paciente, tratamiento, sitio) deficiente identificación de pacientes, diagnósticos erróneos, información perdida.	- Desarrollar el proyecto para prevenir defectos en cada proceso, ni hace ni acepta defectos - Hacer los procesos a prueba de fallos utilizando elementos Poka-Yoke.

Las herramientas *Lean Healthcare* (LH) se pueden clasificar de acuerdo a su impacto o su aplicación, las Tablas 8 y 9 lo demuestran.

Tabla 8. Caja de Herramientas de *Lean Healthcare* de Acuerdo a su Impacto.

PERSONAS	PROCESOS Y EQUIPOS	CALIDAD
Orden y Limpieza – 5 S's	Preparaciones rápidas en la atención - PRA	Empleados multihabilidades
Indicador visual Andon	Células de atención médica	Eventos Kaizen
	Kanban	Poka-Yoke
	Mantenimiento Productivo Total (TPM)	
	Flujo continuo de pacientes	
	Value Stream Map	

Tabla 9. Caja de Herramientas de *Lean Healthcare* de Acuerdo a su Aplicación.

BÁSICAS	TIEMPO DE CICLO	MATERIALES	CALIDAD	EFICIENCIA
Orden y Limpieza – 5 S's	Preparaciones rápidas en la atención - PRA	Operaciones Justo a Tiempo – JIT	Empleados Multi-habilidades	Mantenimiento Productivo Total (TPM)
Eventos Kaizen	Células de atención médica	Kanban	Poka-Yoke	
Indicador visual Andon	Flujo continuo de pacientes		Mapa de Valor (*Value Stream Map*)	

a. **Básicas**, son aquellas que permiten a la organización contar con el punto de partida para cualquier estrategia a implementar, sin embargo sin ellas es prácticamente imposible lograr el objetivo de implementación de LH.
b. **Agilizan el tiempo de ciclo**, el principal objetivo de cualquier hospital, será el minimizar el tiempo que transcurre, entre la llegada el paciente, hasta el egreso del mismo después de su atención médica necesaria.
c. **De manejo de materiales**, en conjunto con las herramientas para minimizar el tiempo de ciclo, nos permiten disminuir los inventarios a lo largo de toda la organización, materiales, medicamentos y espacios.
d. **De calidad total**, elemento de suma importancia en cualquier organización que se precie de ser de Clase Mundial, ya que en estos momentos en que la competencia es global, las organizaciones deben contar con esfuerzos que contribuyan a la satisfacción total de los requerimientos de los clientes.
e. **Maximizan la eficiencia**, permiten a la organización el máximo aprovechamiento de los recursos materiales, humanos y tecnológicos, es decir aquellos elementos dentro de la organización que hacen realidad la debida atención médica a los pacientes.

Es importante hacer notar que no todas las herramientas deberían ser implementadas en un solo esfuerzo, sin embargo, de acuerdo a la importancia y los resultados obtenidos de la implementación, podríamos identificar tres herramientas que aseguran el éxito en los hospitales:

- Flujo continuo de pacientes
- Preparaciones rápidas en la atención
- Mapa de Valor (*Value Stream Map*)

A continuación se describen las herramientas de LH.

2.4.2 Herramientas básicas
Orden y Limpieza, 5'S

Clasificar (*seiri*)
Clasificar consiste en retirar del área o estación de trabajo todos aquellos elementos que no son necesarios para realizar la labor, ya sea en áreas de atención o en áreas administrativas. Una forma efectiva de identificar estos elementos que habrán de ser eliminados es a colocando una tarjeta roja (de

expulsión) a cada artículo que se considera no necesario para la operación. Enseguida, estos artículos son llevados a un área de almacenamiento transitorio. Más tarde, si se confirmó que eran innecesarios, estos se dividirán en dos clases, los que son utilizables para otra operación y los que serán descartados. La siguiente Tabla 10 los beneficios que se obtienen a través de la clasificación.

Tabla 10. Descripción y Beneficios de Clasificar

CONSISTE EN	BENEFICIOS
Separar en el sitio de trabajo las cosas que realmente sirven de las que no sirven.	Liberar espacio útil en áreas de atención y oficinas.
Clasificar lo necesario de lo innecesario para el trabajo rutinario.	Reducir los tiempos de acceso al material, documentos, equipos y otros elementos.
Mantener lo que necesitamos y eliminar lo excesivo.	Mejorar el control visual de inventarios de materiales y medicamentos, formatos y documentación para el registro del tratamiento.
Separa los elementos empleados de acuerdo a su naturaleza, uso, seguridad y frecuencia de utilización con el objeto de facilitar la agilidad en el trabajo.	Eliminar las pérdidas de materiales y medicamentos que se deterioran por permanecer un largo tiempo expuestos en un ambiente no adecuado para ellos.
Organizar los equipos, materiales y dispositivos en sitios donde se pueda alcanzar en el menor tiempo posible.	Facilitar control visual de los materiales, medicamentos y papelería que se van agotando y que requieren para un proceso en un turno.
Eliminar elementos que afectan el funcionamiento de los equipos y las tareas y que pueden producir averías o errores.	Preparar las áreas de trabajo para el desarrollo de acciones de mantenimiento autónomo, ya que se puede apreciar con facilidad los escapes, fugas y contaminaciones existentes en los equipos y que frecuentemente quedan ocultas por los elementos innecesarios que se encuentran cerca de los equipos.
Eliminar información innecesaria y que nos pueden conducir a errores de interpretación o de actuación.	Liberar espacio útil en áreas de atención y oficinas.

Ordenar (*seiton*)

Consiste en organizar los elementos que hemos clasificado como necesarios de modo que se puedan encontrar con facilidad. Algunas estrategias para este proceso de "todo en su lugar" son: pintura de pisos delimitando claramente áreas de trabajo y ubicaciones, tablas con siluetas, así como estantería modular y/o gabinetes para tener en su lugar cosas como un bote de basura, una escoba, trapeador, cubeta, etc., es decir, "Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar". La Tabla 11 resume los beneficios de ordenar.

Tabla 11. Descripción y Beneficios de Ordenar

CONSISTE EN	BENEFICIOS
Disponer de un sitio adecuado para cada elemento utilizado en el trabajo de rutina para facilitar su acceso y retorno al lugar.	La organización puede contar con sistemas simples de control visual de materiales y medicamentos en inventario.
Disponer de sitios identificados para ubicar elementos que se emplean con poca frecuencia.	Eliminación de pérdidas por errores.
Disponer de lugares para ubicar el material o elementos que no se usarán en el futuro.	Mejor cumplimiento en la atención al paciente.
En el caso de equipo y dispositivos, facilitar su identificación visual de los elementos de los equipos, sistemas de seguridad, alarmas, controles, sentidos de giro.	El estado de los equipos se mejora y se evitan averías.
Lograr que el equipo tenga protecciones visuales para facilitar su inspección autónoma y control de limpieza.	Se conserva y utiliza el conocimiento que posee la empresa.
Identificar y marcar todos los sistemas auxiliares del proceso como tuberías, oxigeno, agua y demás sistemas.	Mejora de la productividad global de la organización.
Disponer de un sitio adecuado para cada elemento utilizado en el trabajo de rutina para facilitar su acceso y retorno al lugar.	La organización puede contar con sistemas simples de control visual de materiales y medicamentos en inventario.

Limpieza (*seiso*)

Limpieza significa eliminar el polvo y suciedad de todos los elementos de las instalaciones. Se identifican problemas de escapes, averías, fallos o cualquier tipo de fuga (defecto). Limpieza incluye, además de la actividad de limpiar las áreas de trabajo y los equipos, el diseño de aplicaciones que permitan evitar o al menos disminuir la suciedad y hacer más seguros los ambientes de trabajo. La Tabla 12 resume los beneficios de la limpieza.

Tabla 12. Descripción y Beneficios de la Limpieza

CONSISTE EN	BENEFICIOS
Integrar la limpieza como parte del trabajo diario.	Reduce el riesgo potencial de que se produzcan accidentes.
Asumir la limpieza como una actividad de mantenimiento autónomo: "la limpieza es inspección".	Mejora el bienestar físico y mental del trabajador.
Se debe abolir la distinción entre operario de proceso, operario de limpieza y técnico de mantenimiento.	Se incrementa la vida útil del equipo al evitar su deterioro por contaminación y suciedad.
El trabajo de limpieza como inspección genera conocimiento sobre el equipo. No se trata de una actividad simple que se pueda delegar en personas de menor calificación	Las averías se pueden identificar más fácilmente cuando el equipo se encuentra en estado óptimo de limpieza.
No se trata únicamente de eliminar la suciedad. Se debe elevar la acción de limpieza a la búsqueda de las fuentes de contaminación con el objeto de eliminar sus causas primarias.	Se reducen los despilfarros de materiales y energía debido a la eliminación de fugas y escapes.
Integrar la limpieza como parte del trabajo diario.	Reduce el riesgo potencial de que se produzcan accidentes.

Estandarizar (*seiketsu*)

El estandarizar pretende mantener el estado de limpieza y organización alcanzado con la aplicación de las primeras 3 S's. El estandarizar sólo se obtiene cuando se trabajan continuamente los tres principios anteriores. En esta etapa o fase de aplicación (que debe ser permanente), son los trabajadores quienes adelantan programas y diseñan mecanismos que les permitan beneficiarse a sí mismos. Para generar esta cultura se pueden utilizar diferentes herramientas, una de ellas es la localización de fotografías del sitio de trabajo en condiciones óptimas para que pueda ser visto por todos los empleados y así recordarles que ese es el estado en el que debería permanecer, otra es el desarrollo de unas normas en las cuales se especifique lo que debe hacer cada empleado con respecto a su área de trabajo. La Tabla 13 resume los beneficios de estandarizar.

Tabla 13. Descripción y Beneficios de Estandarizar

CONSISTE EN	BENEFICIOS
Mantener el estado de limpieza alcanzado con las tres primeras S.	Se guarda el conocimiento producido durante años de trabajo.
Enseñar al operario a realizar normas con el apoyo de la dirección y un adecuado entrenamiento.	Se mejora el bienestar del personal al crear un hábito de conservar impecable el sitio de trabajo en forma permanente.
Las normas deben contener los elementos necesarios para realizar el trabajo de limpieza, tiempo empleado, medidas de seguridad a tener en cuenta y procedimiento a seguir en caso de identificar algo anormal.	Los operarios aprenden a conocer con detenimiento el equipo.
En lo posible se deben emplear fotografías de cómo se debe mantener el equipo y las zonas de cuidado.	Se evitan errores en la limpieza que puedan conducir a accidentes o riesgos laborales innecesarios.
El empleo de los estándares se debe auditar para verificar su cumplimiento	La dirección se compromete más en el mantenimiento de las áreas de trabajo al intervenir en la aprobación y promoción de los estándares.
Mantener el estado de limpieza alcanzado con las tres primeras S.	Se prepara el personal para asumir mayores responsabilidades en la gestión del puesto de trabajo.
	Los tiempos de intervención se mejoran y se incrementa la productividad de la organización.
	Se guarda el conocimiento producido durante años de trabajo.

Disciplina (*shitsuke*)

Significa evitar que se rompan los procedimientos ya establecidos. Solo si se implanta la disciplina y el cumplimiento de las normas y procedimientos ya adoptados se podrá disfrutar de los beneficios que ellos brindan. La disciplina es el canal entre las 5 S's y el mejoramiento continuo. Implica control periódico, visitas sorpresa, autocontrol de los empleados, respeto por sí mismo y por los demás y mejor calidad de vida laboral.

Tabla 14. Descripción y Beneficios de la Disciplina

CONSISTE EN	BENEFICIOS
El respeto de las normas y estándares establecidos para conservar el sitio de trabajo impecable.	Se crea una cultura de sensibilidad, respeto y cuidado de los recursos de la empresa.
Realizar un control personal y el respeto por las normas que regulan el funcionamiento de una organización.	La disciplina es una forma de cambiar hábitos.
Promover el hábito de auto-controlar o reflexionar sobre el nivel de cumplimiento de las normas establecidas.	Se siguen los estándares establecidos y existe una mayor sensibilización y respeto entre personas.
Comprender la importancia del respeto por los demás y por las normas en las que el trabajador seguramente ha participado directa o indirectamente en su elaboración.	La moral en el trabajo se incrementa.
Mejorar el respeto de su propio ser y de los demás.	El cliente se sentirá más satisfecho ya que los niveles de calidad serán superiores debido a que se han respetado integramente los procedimientos y normas establecidas.
El respeto de las normas y estándares establecidos para conservar el sitio de trabajo impecable.	El sitio de trabajo será un lugar donde realmente sea atractivo llegar cada día.
	Se crea una cultura de sensibilidad, respeto y cuidado de los recursos de la empresa.

Eventos Kaizen

Proviene de dos ideogramas japoneses: "Kai" que significa cambio y "Zen" que quiere decir para mejorar. Así, podemos decir que "Kaizen" es "cambio para mejorar" o "mejoramiento continuo". Los dos pilares que sustentan Kaizen son los equipos de trabajo y la ingeniería industrial, que se emplean para mejorar los procesos de atención. De hecho, Kaizen se enfoca a la gente y a la estandarización de los procesos. Su práctica en el SS requiere de un equipo integrado por personal de enfermería, médicos, calidad, compras o abastecimientos y demás personal que el equipo considere necesario. Su objetivo es incrementar la productividad controlando los procesos de atención médica mediante la reducción de tiempos de ciclo, la estandarización de criterios de calidad, y de los métodos de trabajo por actividad. Además, Kaizen también se enfoca a la eliminación de desperdicio, identificado como "muda", en cualquiera de sus siete formas.

La estrategia de Kaizen empieza y termina con las personas. Con Kaizen, una dirección involucrada guía a las personas para mejorar su habilidad de encontrar expectativas de calidad alta, costo bajo y atención médica en el menor tiempo.

Los diez mandamientos de Kaizen

1. El desperdicio es el enemigo público número 1; para eliminarlo es preciso "ensuciarse las manos".
2. Las mejoras graduales hechas continuamente no es el objetivo de Kaizen.
3. Todo el personal tiene que estar involucrado, sean parte de la alta gerencia, de los cuadros intermedios o personal de base. No es elitista.
4. Se apoya en una estrategia barata, cree en un aumento de productividad sin inversiones significativas; no destina sumas astronómicas en tecnología y consultores.
5. Se aplica en cualquier lado; no sirve sólo para los japoneses.
6. Se apoya en una "gestión visual", en una total transparencia de los procedimientos, procesos, valores, hace que los problemas y los desperdicios sean visibles a los ojos de todos.
7. Centra la atención en el lugar donde realmente se crea valor ('gemba' en japonés).
8. Se orienta hacia los procesos.
9. Da prioridad a las personas, cree que el esfuerzo principal de mejora debe venir de una nueva mentalidad y estilo de trabajo de las personas (orientación personal para la calidad, trabajo en equipo, cultivo de la sabiduría, elevación de lo moral, auto-disciplina, círculos de calidad y práctica de sugerencias individuales o de grupo).
10. El lema esencial del aprendizaje organizacional es aprender haciendo.

Pasos para implementar Kaizen

Paso 1. Selección del tema de estudio

El tema de estudio puede seleccionarse empleando diferentes criterios, por ejemplo:

- Objetivos superiores de la dirección de la organización
- Problemas de calidad y atención al paciente
- Posibilidades de replicación en otras áreas
- Relación con otros procesos clave para la búsqueda de la mejora continua
- Mejoras significativas para construir capacidades competitivas
- Factores innovadores

Paso 2. Crear la estructura para el proyecto

La estructura frecuentemente utilizada es la del equipo multidisciplinario. En esta clase de equipos intervienen trabajadores de las diferentes áreas involucradas en el proceso de atención médica como enfermeras, médicos, personal administrativo, compras o almacenes, proyectos y control de calidad.

Paso 3. Identificar la situación actual y formular objetivos

En este paso es necesario un análisis del problema en forma general y se identifican las pérdidas principales asociadas con el problema seleccionado. En esta fase se debe recoger o procesar la información sobre errores típicos y otras estadísticas que originan pérdidas por problemas de calidad, energía, análisis de capacidad de proceso y de los tiempos de atención médica para identificar los cuellos de botella, etc. Esta información se debe presentar en forma gráfica y estratificada para facilitar su interpretación y el diagnóstico del problema. Una vez establecidos los temas de estudio es necesario formular objetivos que orienten el esfuerzo de mejora.

Paso 4: Diagnóstico del problema

Antes de utilizar técnicas analíticas para estudiar y solucionar el problema, se deben establecer y mantener las condiciones básicas que aseguren el funcionamiento apropiado del equipo. Estas condiciones básicas incluyen: limpieza, orden y seguridad.

Las técnicas analíticas utilizadas con mayor frecuencia debido a su facilidad y simplicidad tienen la posibilidad de ser utilizadas por la mayoría del personal en el hospital. Las técnicas más empleadas por los equipos de estudio son:

- Método de 5 Porqués.
- Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF)
- Análisis de causa raíz
- Diagrama de Ishikawa
- Técnicas de Ingeniería del Valor
- Técnicas tradicionales de Mejora de la Calidad: siete herramientas estadísticas
- Análisis de flujo de pacientes

Paso 5: Formular plan de acción

Una vez que se han investigado y analizado las diferentes causas del problema, se establece un plan de acción para la eliminación de las causas críticas. Este plan debe incluir alternativas para las posibles acciones. A partir de estas propuestas se establecen las actividades y tareas específicas necesarias para lograr los objetivos formulados.

Paso 6: Implantar mejoras

Una vez planificadas las acciones con detalle se procede a implantarlas. Es importante durante la implantación de las acciones contar con la participación de todas las personas involucradas en el proyecto y en el proceso analizado. Las mejoras no deben ser impuestas ya que si se imponen por orden superior no contarán con un respaldo total del personal operativo involucrado. Cuando se pretenda mejorar los métodos de trabajo, se debe consultar y tener en cuenta las opiniones del personal que directa o indirectamente intervienen en el proceso.

Paso 7: Evaluar los resultados

Es muy importante que los resultados obtenidos en una mejora sean publicados en una cartelera o paneles, en toda la empresa lo cual ayudará a asegurar que cada área se beneficie de la experiencia de los grupos de mejora.

Tabla 15. Resumen de principios y beneficios de Kaizen

PRINCIPIOS	BENEFICIOS
Descartar la idea de hacer arreglos improvisados	Aumento de la productividad
Pensar en cómo hacerlo, no en porqué no puedo hacerlo	Reducción del espacio utilizado
No dar excusas, comenzar a preguntarse porqué ocurre tan frecuente	Mejoras en la calidad de los servicios de atención
No busques perfección apresuradamente, busca primero el 50% del objetivo	Reducción del inventario en proceso
Si cometes un error corrígelo inmediatamente	Reducción del tiempo de atención
No gastes dinero en Kaizen, usa tu sabiduría	Reducción de costos operativos
La sabiduría surge del rostro de la adversidad	Aumento de la rentabilidad
Para encontrar las causas de todos tus problemas, pregúntate cinco veces ¿Por qué?	Mejora el servicio
La sabiduría de 10 personas es mejor que el conocimiento de uno	Mejora la flexibilidad
Las ideas de Kaizen son infinitas	Mejora el clima organizacional
	Se desarrolla el concepto de responsabilidad
	Aclara roles

Indicador Visual (Andon)

Término japonés que indica una alarma, indicador visual o señal, utilizado para mostrar el estado del proceso o actividad, a través señales de audio y visuales. Es un despliegue de luces o señales luminosas en un tablero que indican las condiciones de trabajo, el color indica el tipo de problema o condiciones.

Andon significa ¡AYUDA!

El Andon puede consistir en una serie de lámparas en cada proceso o un tablero de las lámparas que cubren un área de las instalaciones. Andon es una herramienta usada para construir calidad en nuestros procesos. Si un problema ocurre, el tablero de Andon se iluminará para señalar al supervisor que la estación de trabajo está en problema. Una melodía se usa junto con la tabla de Andon para proporcionar un signo audible para ayudar al supervisor a comprender que hay un problema en su área. Una vez que el supervisor evalúa la situación, puede tomar pasos apropiados para corregir el problema. Los colores utilizados con mayor frecuencia son:

- Rojo: Equipo o dispositivo descompuesto
- Blanco : Fin de la atención al paciente
- Amarillo: Esperando por paciente
- Verde: Falta de personal y/o material
- No luz: Proceso operando normalmente

2.4.3 Herramientas para optimizar el tiempo de atención

Preparaciones rápidas en la atención (PRA), adaptado de SMED:

SMED se traduce como cambio de modelo en minutos de un sólo dígito. El método SMED nació por la necesidad de lograr la producción Justo a Tiempo. Este sistema fue desarrollado para acortar los tiempos de preparación de máquinas, posibilitando hacer lotes más pequeños de tamaño. Los procedimientos de cambio de modelo se simplificaron usando los elementos más comunes o similares usados habitualmente.

Para los hospitales su aplicación está enfocada al ciclo desde el ingreso del paciente hasta su derivación (TRIAGE), ya que a partir de ese momento la atención médica depende del diagnóstico y situación del paciente. Uno de los objetivos del Estándar de Certificación es el de disminuir el tiempo de atención en la admisión del paciente. A continuación se muestra el ejemplo de aplicación.

Objetivos de PRA

- Atención inmediata a cada paciente.

- Centrar las diferentes actividades de admisión en un paciente a la vez.
- Preparación del área y personal médico en el menor tiempo posible.

Aproximación en 3 pasos

1. Eliminar el tiempo externo (50%)
   El estudio de tiempos y métodos permitirá encontrar el tiempo interno y externo de atención. El *tiempo interno es dedicado al paciente y el externo es el necesario para preparar la sala de* atención y los equipos de diagnóstico. Gran parte del tiempo se pierde pensando en lo que hay que hacer después o esperando a que el área o persona termine la actividad. El objetivo es *transformar en un evento sistemático el proceso, no dejando nada al azar.*
2. Estudiar los métodos y practicar (25%)
   Analizar actividades comunes para la atención permitirá hacerlas de forma externa ganando este tiempo en operaciones internas. Para mejores y efectivas preparaciones rápidas se requiere de equipos de personas. La eficacia está condicionada a la práctica diaria. El tiempo empleado en la práctica bien vale ya que mejorarán los resultados.
3. Eliminar los ajustes (15%)
   Implica que los mejores ajustes son los que no se necesitan, por eso se recurre a fijar las posiciones. Se busca recrear las mismas circunstancias que la de la última vez. Como muchos ajustes, pueden ser hechos como trabajo externo, se requiere fijar equipo o dispositivos.

Técnicas para la reducción de tiempos en PRA

1. Estandarizar las actividades de preparación previa
2. Estandarizar solamente los equipos y materiales necesarios del área
3. Utilizar un elemento de fijación rápida
4. Usar operaciones en paralelo

Beneficios de PRA

a. Mejorar la atención individual a pacientes
b. Reducir inventarios
c. Mejorar la atención médica
d. Reducir los costos relacionados a la atención
e. Reducir el tiempo de espera
f. Incrementar la competitividad
g. Balancear la carga del personal en la atención diaria

Células de atención médica

Es la agrupación de una serie de actividades distintas para lograr el mejor aprovechamiento de los recursos y minimizar el recorrido del paciente a través del proceso de atención médica.

- Por orden y limpieza, organización del lugar de trabajo
- Acortar distancias de recorrido
- Fijar rutas del paciente a través del proceso de atención
- Eliminar almacenes de inventario innecesario
- Establecer un flujo continuo del paciente y los procesos de atención

Para la creación de células de atención médica son necesarios los controles visuales. Un control visual es un estándar representado mediante un elemento gráfico o físico, de color o numérico y muy fácil de ver. Algunos ejemplos de control visual son:

a. Ubicación del material, equipo, dispositivos, medicamentos y material de desecho.
b. Sitio donde deben ubicarse los elementos de aseo, limpieza y residuos clasificados.
c. Sentido de giro de botones de actuación, llaves y actuadores.
d. Flujo del líquido en una tubería o marcación de esta.
e. Franjas de operación optima de manómetros.
f. Dónde ubicar la calculadora, carpetas, bolígrafos, demás utensilios en el sitio de trabajo.

Flujo Continuo de pacientes

Un elemento indispensable en la mejora del flujo de pacientes es la eliminación de esperas, los retrasos y cancelaciones en los hospitales.

El *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) ha realizado diferentes investigaciones como parte de su programa de Optimización del Flujo de Pacientes (OPF, por sus siglas en inglés). Estas investigaciones (Haradem, Nolan, Resar, & Litvak, 2003; Pande, Neuman, & Cavanagh, 2000), indican que la clave para mejorar el flujo de pacientes se encuentra en la reducción de la variación de los procesos de atención.

El IHI propone la siguiente metodología para evaluar y mejorar el flujo de pacientes en hospitales en la atención médica ofrecida.

Paso 1. Evaluar el flujo. ¿Cuánto tiempo el hospital hace lo correcto?

Es necesario evaluar el flujo actual de pacientes a través del proceso de atención médica, midiendo el tiempo en que el paciente recibe la atención de manera correcta y con el personal correcto. Para identificar lo anterior se pueden realizar las siguientes preguntas:

a) ¿El hospital "retiene" más del 2% de sus pacientes admitidos en algún momento del día al menos un 50% del tiempo?
   Ejemplo: un hospital con una capacidad de 200 camas, 4 pacientes (2%) se retienen durante el día en espera de admisión u hospitalización y ocurre más del 50% del tiempo.
b) ¿El hospital cuenta con una ocupación nocturna de más del 90% de su capacidad (camas disponibles) utilizada más del 50% del tiempo?
   Ejemplo: el mismo hospital con capacidad de 200 camas, cuenta con una ocupación de 180 pacientes más de la mitad del tiempo.

Si la respuesta fue positiva a una o a las dos preguntas, el hospital cuenta con un problema de flujo de pacientes. Para el caso de retención de pacientes se hace patente que el sistema de gestión no permite el flujo continuo de pacientes a través del proceso de atención médica. Para el caso de ocupación nocturna, el hospital experimenta un problema de capacidad. En ambos casos es necesario tomar acciones en cuanto a la definición de capacidad vs. la demanda.

Paso 2. Medir y entender la variación en el flujo de pacientes.

Es innegable que en los hospitales cuentan con una alta variación en la demanda; número de pacientes con ciertos padecimientos, variación en el flujo de pacientes, los tiempos y la cantidad de llegada varían entre pacientes y, por último, variación en los requerimientos de especialidad médica. En un escenario ideal se podría considerar que se puede eliminar la variación en el flujo de pacientes cuando se cumplen las siguientes condiciones: (1) todos los pacientes llegan con la misma enfermedad y severidad, (2) todos los pacientes llegan a un intervalo de tiempo específico, y (3) el personal de atención médica cuenta con las mismas habilidades y conocimientos.

Estas condiciones se consideran prácticamente imposibles de eliminar y por tanto deben de ser gestionadas a través de los procesos de atención médica. En cambio, existen variaciones en la demanda que deben ser eliminadas, por ejemplo, aquellas derivadas de la asignación de prioridades individuales como la asignación de horarios y días de preferencias de atención por parte de médicos – miércoles por la tarde se programan cirugías –.

La importancia de medir y entender la variación del flujo de pacientes recae en realizar el análisis como un sistema completo y no por áreas o departamentos aislados, ya que aislar el análisis puede provocar oleadas en las necesidades de recursos a los diferentes departamentos.

Paso 3. Hacer pruebas de las mejoras implementadas

Las siguientes son algunas actividades que puede implementar el hospital para mejorar el flujo de pacientes en forma considerable.

a) Balancear el flujo de pacientes a través de las diferentes áreas del hospital. Por ejemplo: balancear el número de cirugías programadas dando lugar a las de emergencia, asignar salas de operación para cirugías programadas y contar con salas de respaldo.
b) Programar la salida de pacientes (alta médica). Por ejemplo: establecer un procedimiento para programar la fecha y hora de altas médicas con anticipación, organizar los procesos de gestión al unísono de la atención médica.

Lo mencionado anteriormente es solo una parte de la aplicación de los conceptos *Lean* en la mejora del flujo de pacientes, algunas otras áreas de aplicación de esta metodología son: salas de urgencia, unidades de tratamiento especializado (e.g., cáncer, diálisis), farmacia, y laboratorios de análisis clínico.

La mejora en el flujo de pacientes se logra a través del análisis del sistema global del hospital apoyado por herramientas de *Lean* (e.g., mapa de valor, layout), pero lo más importante es considerar qué herramienta es la más adecuada para el problema detectado, evitando incurrir en el error de aplicar herramientas por moda o por recomendación. Una herramienta poderosa al respecto es *Gemba*, que en términos simplificados se refiere a la gestión de la organización a través de la observación directa en las áreas de trabajo, tomando acciones inmediatas y con el enfoque hacia el valor agregado al paciente.

Adicionalmente es recomendable: (1) hacer mejoras de raíz en los procesos en lugar de pequeñas acciones que solo cubren el problema real, (2) revisar las políticas y reglas no escritas que ocasionan una parte importante de los problemas de flujo de pacientes, (3) mantener la visión de flujo ininterrumpido y cuando se suscite preguntarse por qué y solucionarlo y (4) mejorar el flujo de pacientes no significa hacer más rápido nuestra tarea, depende de las necesidades de los pacientes.

2.4.4 Herramientas para el manejo de materiales

Justo a Tiempo

Justo a Tiempo (JIT) es una filosofía industrial que consiste en la reducción de desperdicio (actividades que no agregan valor), es decir todo lo que implique sub-utilización en un sistema, desde la compra de medicamentos y materiales hasta su utilización en la atención médica. Existen muchas formas de reducir el desperdicio, pero JIT se apoya en el control físico del material para ubicar el desperdicio y, finalmente, forzar su eliminación.

La idea básica del Justo a Tiempo es la utilización de un artículo en el momento que es requerido y en la cantidad requerida por el proceso o área del hospital. Dentro del hospital se controlan en forma estricta los niveles totales de inventario, incluyendo almacén, farmacia y sub-almacenes. La entrega de materiales se realiza sólo cuando el inventario se encuentra por debajo de un límite inferior, como resultado de su consumo. Para lograrlo se establece una señal que genera la acción de entrega, denominada tarjeta Kanban. La Figura 24 ilustra el funcionamiento de un Sistema Justo a Tiempo.

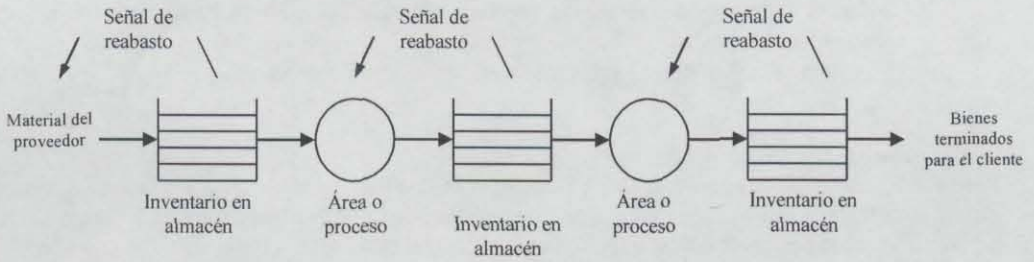


Figura 24. Esquema de Justo a Tiempo

Los 7 pilares de Justo a Tiempo

1. Igualar la oferta y la demanda
2. El peor enemigo: el desperdicio.
3. Flujo continuo. Esto significa que se debe abastecer solo las unidades necesarias en las cantidades necesarias, en el tiempo necesario. Para lograrlo se tiene dos tácticas:
   a. Tener los tiempos de entrega muy cortos. Es decir, que la velocidad de abastecimiento sea igual a la velocidad de consumo y que se tenga flexibilidad en el área de abastecimiento.
   b. Eliminar los inventarios innecesarios. Para eliminar los inventarios se requiere reducirlos poco a poco.
4. Mejora Continua. La búsqueda de la mejora debe ser constante, tenaz y perseverante paso a paso para así lograr las metas propuestas
5. Es primero el ser humano. La gente es el activo más importante. Justo a Tiempo considera que el hombre es la persona que está con los equipos, por lo que son claves sus decisiones y logran llevar a cabo los objetivos de la empresa. Algunas de las actividades a realizar para cumplir con este punto son:

- Reducir el miedo a la productividad, practicando la apertura y confianza
- Tener gente multifuncional
- Tener empleos estables
- Tener mayor soporte del personal al piso

6. La sobreproducción = ineficiencia. Eliminar el "por si acaso" utilizando otros principios como son la calidad total, involucramiento de la gente, organización del lugar de trabajo, mantenimiento productivo total (TPM), preparaciones rápidas en la atención (PRA), simplificar comunicaciones, etc.
7. No vender el futuro. Las metas actuales tienden a ser a corto plazo, hay que reevaluar los sistemas de medición del desempeño.

Demanda y Suministro Confiables

Una de las causas de los problemas con los suministros, es la variabilidad: es muy difícil identificar con precisión la demanda próxima, ya que depende de la necesidad en específico de cada paciente, sin embargo utilizando herramientas como Kanban se logra integrar a los proveedores como parte del suministro de materiales.

Sistema jalar (Kanban)

Kanban es una herramienta basada en la manera de funcionar de los supermercados. Kanban significa en japonés "etiqueta de instrucción". La etiqueta Kanban contiene información que sirve como orden de abastecimiento, esta es su función principal, en otras palabras es un dispositivo de dirección automático que nos da información acerca de qué se va a necesitar, en qué cantidad, mediante qué medios, y cómo transportarlo. En su implementación se deberán tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se debe establecer una ruta de Kanban que refleje el flujo de materiales, esto implica designar lugares para que no haya confusión en el manejo, se debe hacer obvio cuando el material esta fuera de su lugar.
- El uso de Kanban está ligado a sistemas de flujo continuo.
- Se debe tomar en cuenta que aquellos artículos de valor especial deberán ser tratados en forma diferente.
- Se debe tener buena comunicación desde los diferentes departamentos para abastecer aquellos artículos cíclicos o de temporada que requieren altos consumos, de manera que se avise con bastante anticipación.
- El sistema Kanban deberá ser actualizado y mejorado constantemente.

Implantación de Kanban en 4 fases

Fase 1. Entrenar a todo el personal en los principios de Kanban, y los beneficios de usar Kanban.

Fase 2. Implantar Kanban en aquellos componentes con más problemas para facilitar su gestión y para resaltar los problemas escondidos. El entrenamiento con el personal continúa en el día con día.

Fase 3. Implantar Kanban en el resto de los componentes, esto no debe ser problema ya que para esto los usuarios ya han visto las ventajas de Kanban, se deben tomar en cuenta todas las opiniones de los usuarios ya que ellos son los que mejor conocen el sistema. Es importante informarles cuando se va estar trabajando en su área.

Fase 4. Esta fase consiste de la revisión del sistema Kanban, los puntos de re-orden y los niveles de re-orden.

2.4.5 Herramientas para la calidad total

Empleados Multi-habilidades

Las habilidades, conocimientos y capacidades de los empleados se encuentran dentro de los recursos más singulares y renovables de los que dispone una compañía, por lo que su gestión se ha vuelto de vital importancia.

El desarrollo de multi-habilidades en el personal implica enseñar a los empleados conocimientos, actitudes, habilidades y valores que los habiliten para desempeñar los puestos presentes y futuros dentro de la organización y, como consecuencia, mejorar el desempeño de la misma. Éstas son habilidades específicas, definidas en conductas observables, que dan un resultado competitivo en un rol, nivel o proceso.

De acuerdo con Guy Le Boterf (2006), una competencia se estructura con base en tres componentes fundamentales:

1. **Saber actuar**: Conjunto de factores que definen la capacidad de la persona para cumplir con sus responsabilidades: su preparación técnica, sus estudios formales, su conocimiento y su buen manejo de los recursos cognitivos. Este componente es el más utilizado para definir el perfil idóneo de los puestos.
2. **Querer actuar**: Alude al factor motivacional de la persona para emprender una acción en concreto. Depende en gran medida de la autopercepción sobre el grado de efectividad de la acción y su reconocimiento, así como la autoconfianza para realizarla.
3. **Poder actuar**: A través de este componente, se puede identificar a personas que demuestran que sus acciones poseen las competencias requeridas, pues sus características las hacen diferentes del resto.

Dispositivos para prevenir errores (Poka-Yoke)

El término " Poka-Yoke " viene de las palabras japonesas "Poka" (error inadvertido) y "Yoke" (prevenir). Un dispositivo Poka-Yoke es cualquier mecanismo que ayuda a prevenir los errores antes de que sucedan, o los hace que sean muy obvios para que el trabajador se dé cuenta y lo corrija a tiempo. La finalidad del Poka-Yoke es eliminar los defectos en la atención médica.

Un sistema Poka-Yoke posee dos funciones: (1) hacer la inspección del 100% de las actividades realizadas, y (2) si ocurren anormalidades, puede dar retroalimentación y acción correctiva. Las características principales son: (1) simples y baratos, si son demasiado complicados o caros, su uso no será rentable, (2) son parte del proceso. Llevan a cabo "100%" de la inspección, (3) son puestos cerca o en el lugar donde puede ocurrir el error y, (4) proporcionan retroalimentación rápidamente para que los errores puedan corregirse.

Mapa de Valor (Value Stream Map)

Es una representación gráfica de las actividades e información en una organización que nos permite conocer y documentar el estado actual de un proceso y su posible estado futuro. Es la base para el análisis del valor que aporta el proceso al servicio de atención médica, así como también es la fuente del conocimiento de las restricciones reales que la organización tiene.

Esta herramienta se centra en la perspectiva general en lugar de procesos individuales, y se enfoca en mejorar los resultados de un sistema y no en procesos individuales.

La Figura 25 muestra un ejemplo de mapa de valor del flujo de un paciente a lo largo de los procesos generales de atención médica.

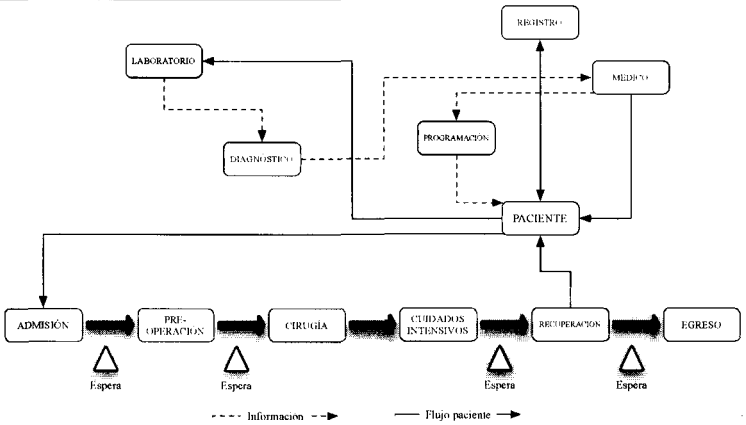


Figura 25. Mapa de Valor Ejemplo

En primer lugar es necesario identificar los procesos clave de negocio (de valor para el cliente) que se encuentran localizados en la parte inferior del diagrama – Admisión, Pre-operatorio, Cirugía, Cuidados intensivos, Recuperación y Egreso – para el caso de un paciente que requiera hospitalización derivada de una cirugía. En segundo lugar se identifican los procesos que apoyan, pero necesarios para garantizar la atención médica – laboratorios, registro, programación de cirugías, evaluación del paciente y médico –. En el proceso de identifican los flujos de información – línea punteada – y del paciente – línea continua –. Las flechas gruesas negras identifican el flujo de valor para el paciente, los triángulos identifican los tiempos de espera – necesarios o innecesarios –.

El mapa de valor no tiene sentido si no es utilizado para priorizar y dirigir los esfuerzos de mejora, por lo que el contar con el mapa de valor es solo el punto de partida. Una vez que se cuenta con éste, es necesario identificar los problemas que pueden ser resueltos dando una prioridad a cada uno de ellos.

Con estas ideas y planes de acción es posible realizar el mapa de valor de estado futuro, es decir el ideal del proceso analizado, y claramente deberían existir reducciones en los tiempos de espera, algunas actividades pueden ser eliminadas y por supuesto deberían mejorar el flujo del paciente a lo largo de la cadena de valor.

2.4.6 Herramientas para maximizar la eficiencia

Mantenimiento Productivo Total (TPM, por sus siglas en inglés)

El TPM surgió en Japón gracias a los esfuerzos del *Japan Institute of Plant Maintenance* (JIPM) como un sistema destinado a lograr la eliminación de las pérdidas de eficiencia de los equipos, para poder hacer factible la producción JIT.

Las pérdidas de productividad y eficiencia se hallan directa o indirectamente relacionadas con los equipos en tres aspectos fundamentales:

- Tiempos muertos o paro del sistema productivo.
- Funcionamiento a velocidad inferior a la capacidad de los equipos.
- Productos defectuosos o malfuncionamiento de las operaciones en un equipo.

El SS no es ajeno a esta problemática y al igual que la industria de manufactura, suele estar enfocada a la utilización máxima de los equipos e instalaciones en la obtención de economías de escala. El resultado final que se persigue con la implementación de TPM es lograr un conjunto de equipos e instalaciones de atención más eficaces, una reducción de las inversiones necesarias en ellos y un aumento de la flexibilidad del sistema de prestación de servicios médicos.

El objetivo del mantenimiento de máquinas y equipos lo podemos definir como el conseguir un determinado nivel de disponibilidad de equipos y dispositivos en condiciones de calidad óptimas, al mínimo costo y con el máximo de seguridad para el personal que las utiliza. Por disponibilidad se entiende la proporción de tiempo en que está disponible para la atención respecto al tiempo total y depende de dos factores críticos:

1. La frecuencia de las averías, recibe el nombre de fiabilidad, y es un índice de la calidad de las instalaciones y de su estado de conservación, y se mide por el tiempo medio entre averías.

2. El tiempo necesario para reparar las mismas, es representado por una parte de la bondad del diseño de las instalaciones y por otra parte de la eficacia del servicio de mantenimiento. Se calcula como el inverso del tiempo medio de reparación de una avería.

2.5 Seis Sigma

Es indudable que muchas compañías en la industria de la manufactura han obtenido grandes beneficios en la implementación de Seis Sigma: ahorros sustanciales en los costos de operación y disminución del tiempo de entrega, por mencionar algunos. Seis Sigma es una iniciativa para la mejora radical en los procesos de atención médica aun considerando lo complejo y diverso del sistema de salud en México. A nivel internacional se han llevado a cabo diferentes investigaciones y aplicaciones de Seis Sigma en hospitales, obteniendo resultados muy favorables después de su implementación.

Seis Sigma se basa en la metodología DMAIC (definir, medir, analizar, mejorar y controlar, por sus siglas en inglés) para identificar, medir, reducir y controlar las variaciones en los procesos. Su origen es atribuido al desarrollo de los programas de mejora en la calidad de Motorola en los años 80 y fundamentado en dos supuestos: (1) el personal de la empresa entiende y aprecia el hecho de que los números representan las características y atributos de un proceso, y (2) a través de la reducción de la variación en todos los procesos se mejora considerablemente el desempeño de la organización.

(Pande et al., 2000; Tang, Lam, & Goh, 2008) definen Seis Sigma como sigue:

"Sistema flexible y comprensible para lograr, sostener y maximizar el éxito de la empresa. Seis Sigma es ineludiblemente dirigido para entender las necesidades de los clientes, usar datos en forma disciplinada, analizar estadísticamente los datos y poner especial atención en la gestión, mejora y la renovación constante de los procesos de negocio."

Algunos de los beneficios de la implementación son:

a. Reducción de costos,
b. Mejora en la productividad,
c. Incremento en la participación del mercado,
d. Retención de clientes,
e. Reducción de defectos y errores, por mencionar algunos.
f. Reducción de tiempos de espera,
g. Eliminar los errores de medicación y
h. Eliminar errores en la atención.

2.5.1 Elementos de Seis Sigma

Genuino enfoque en el cliente

En los últimos años las empresas han publicado sus compromisos hacia el cliente a través de una política de calidad o de su misión como "cumplir y exceder las expectativas de nuestros clientes ...". Lamentablemente pocas organizaciones se han esforzado en cumplir con dichos compromisos, iniciando con el real entendimiento de las expectativas y de los requerimientos de los pacientes.

En Seis Sigma el enfoque al cliente debe ser una prioridad de la institución médica, por ejemplo, la medición del desempeño desde el punto de vista del cliente, es un factor indispensable y solo requiere mínimos cambios en la estructura actual de sus indicadores, por ejemplo: (1) el tiempo de atención medido en minutos vs. el índice en la satisfacción del paciente por minuto de retraso en la atención esperada y, (2) índice de errores en medicación vs. impacto en la satisfacción del paciente derivado de errores en medicación.

Gestión basada en hechos y datos

Aún con sistemas informáticos cada día más poderosos, es un hecho que las instituciones siguen tomando decisiones basadas en opiniones y supuestos. Seis Sigma inicia clarificando que medir es la clave del éxito en la mejora del desempeño de los procesos; y entonces aplicar el análisis de datos como clave para entender las variables y optimizar los resultados, las siguientes preguntas pueden contribuir favorablemente en dicho análisis.

- ¿Cuáles son los datos o información que realmente necesito?
- ¿Cómo podemos utilizar estos datos o información para maximizar el beneficio?

Enfoque a Procesos, Gestión y Mejora

Los procesos son el punto relevante en Seis Sigma, sin importar el tipo de servicio médico ofrecido, la medición del desempeño del proceso, su mejora en la eficacia y la satisfacción del paciente son puntos indispensables en la búsqueda de una ventaja competitiva.

Gestión proactiva

Seis Sigma promueve un enfoque hacia la prevención de errores y se cuestiona la manera tradicional de hacer las actividades, eliminando los hábitos de apagar fuegos, objetivos poco claros y prácticas tradicionales de "siempre lo hemos hecho así".

Colaboración sistémica

Las estructuras tradicionales en las instituciones médicas han provocado que las diferentes áreas o departamentos trabajen para sí mismos, y en pocas ocasiones se logran objetivos conjuntos. No es difícil encontrar ejemplos al respecto; pacientes a la espera de asignación de cama derivado de que no se ha procesado la alta correspondiente, pacientes a la espera de admisión porque no se ha dado el visto bueno de la aseguradora correspondiente, por poner algunos ejemplos.

Seis Sigma expande los límites de colaboración hacia todas las personas involucradas en un proceso completo y no de solo actividades individuales o departamentales. Requiere, por tanto, entendimiento real de las necesidades de los pacientes y clientes internos de cada proceso y del flujo de pacientes a lo largo de la prestación de la atención médica.

Dirigir los esfuerzos hacia la perfección y ser tolerantes a las fallas

Podría parecer contradictorio, pero en esencia son dos ideas complementarias; ninguna institución médica podrá llegar a implementar Seis Sigma sin el lanzamiento de nuevas ideas y métodos que intrínsecamente tienen riesgo de falla y, al mismo tiempo, las herramientas y métodos de Seis Sigma contribuyen a reducir el riesgo de falla.

2.5.2 Herramientas de Seis Sigma

Un buen programa de implementación de Seis Sigma debe ser diseñado con un énfasis en la identificación, medición, reducción y control de la variación de los procesos. Adicionalmente debería estar orientado a la tarea y bien estructurado a través de estrategias y herramientas estadísticas e ingenieriles para la mejora sustancial del desempeño del proceso. La Tabla 16 muestra las herramientas más utilizadas en Seis Sigma y una breve descripción de las mismas.

Tabla 16. Herramientas de Seis Sigma

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN
Control Estadístico de procesos	Herramienta estadística para reducir o mantener la variabilidad de un proceso, permite aumentar el conocimiento del mismo y su mejora. Basada en el uso de gráficos de control (X-R) y Capacidad de procesos Cp y Cpk
Mejora Continua	Proceso de cambio cultural que permite a las empresas la mejora sustancial en los productos, servicios y procesos, basada en: gestión por procesos, claridad en la responsabilidad y objetivos, poder para el trabajador (*empowerment*) y toma de decisiones basada en hechos.
Diseño / Re-diseño de procesos	Metodología sistémica que permite identificar los Procesos Clave de Negocio (PCN) y su interrelación con los Procesos de Soporte (PS), pretende gestionar la organización basada en los resultados esperados por el cliente.
Análisis de varianza	Colección de modelos estadísticos y sus procedimientos asociados para analizar los componentes variables en un proceso.
Balance Score Card	Método para medir las actividades de una empresa en términos de su visión y estrategia, proporciona a sus directivos una visión general del desempeño del negocio.
Voz del cliente	Herramienta que permite alinear todas las actividades de una organización hacia la satisfacción del cliente. Busca mejorar la coordinación interna, reducir procesos ineficientes y aumentar la rentabilidad.
Pensamiento creativo	Consiste en el desarrollo de nuevas ideas y conceptos y permiten a la organización formar nuevas combinaciones de ideas para cubrir una necesidad.
Diseño de experimentos	Son modelos estadísticos clásicos cuyo objetivo es averiguar si un determinado factor influye en una variable de interés y si existe influencia de algún factor, cuantificar dicha influencia.
Gestión por procesos	Metodología sistemática cuyo objetivo es mejorar el desempeño (eficacia y eficiencia) de la organización a través de la gestión de los procesos de negocio, que se deben diseñar, modelar, organizar, documentar y optimizar de forma continua.

2.5.3 Proceso de implementación

Tradicionalmente se ha implementado Seis Sigma de acuerdo a la metodología DMAIC, sin embargo Tang et al., (2008) proponen la siguiente para el SS.

Definir

Para la correcta y exitosa implementación de Seis Sigma es necesario que los proyectos de mejora sean definidos con claridad. No son pocos los casos en que una definición inadecuada lleva a proyectos fallidos en la implementación, derivado principalmente de insuficiente información, mínimo compromiso, definiciones vagas, inadecuadas expectativas, programación fuera de alcance, por mencionar algunos.

Para una correcta definición del proyecto existen tres entregables básicos a considerar:

1. Situación a mejorar en la empresa, determina los Porqué del proyecto o las razones de llevarlo a cabo de acuerdo a consideraciones financieras, de mercado o estratégicas, sin perder de vista el objetivo general de mejorar la satisfacción del paciente.
2. Programa de trabajo, determina los Como's del proyecto en forma detallada, así como los presupuestos acarreados y el personal involucrado.
3. Plan de trabajo, determina los entregables de cada etapa y el tiempo previsto para desarrollar el proyecto.

Una de las herramientas más utilizadas en esta primera etapa es la Voz del Cliente, que permite a la organización entender de forma más profunda las expectativas de sus pacientes y transformarlas en procesos de negocio que agregan valor.

Visualizar

Debido a la alta interacción de los pacientes en la prestación de la atención médica, visualizar los procesos como actualmente se desarrollan, es indispensable. El trabajo en equipo en esta fase permite identificar con claridad los resultados esperados de cada proceso y el cómo cada proceso impacta favorablemente en la atención médica. La visualización individual y de conjunto de los procesos permite entender cómo, su mejora, incrementa el valor a los pacientes creando consenso en los responsables de cada actividad con la visión de satisfacción al paciente.

Algunas de las herramientas más utilizadas en esta fase son; mapas mentales, mapeo de procesos, mapas de realidad futura y, por supuesto, el mapa de valor.

Analizar

En esta fase se recolecta información relevante del proceso y sus indicadores de desempeño para utilizar herramientas estadísticas para determinar las causas más relevantes de los problemas detectados o la variación de los procesos.

Los resultados de esta fase son los ingredientes para la siguiente fase de optimizar los recursos utilizados en la atención médica.

Optimizar

El uso de herramientas específicas en la industria de servicios es clave para lograr optimizar los recursos escasos; teoría de colas y programación lineal son un ejemplo típico de estas herramientas. Teoría de colas determina la eficacia y eficiencia con que los prestadores de servicio atienden las necesidades de los pacientes y la variabilidad de sus requerimientos. Un claro objetivo del uso de esta herramienta es la reducción de los tiempos de espera para atención médica utilizando el óptimo recurso humano y de instalaciones. La programación lineal permite asignar los recursos limitados a situaciones típicas en la atención médica; asignación de salas de urgencia y su personal, programación de cirugías, asignación de personal médico de acuerdo a históricos de demanda, por mencionar algunos.

En la operación diaria de un hospital es común encontrar objetivos mutuamente conflictivos, mínimo personal con el menor tiempo de atención, mayor utilización de instalaciones con el menor personal posible y el mayor nivel de satisfacción del paciente con el menor costo posible, son ejemplos donde la programación lineal puede contribuir en forma clara.

Verificar

Una vez desarrolladas las propuestas de mejora es indispensable que sean verificadas en la actividad diaria, ya que la atención médica requerida es totalmente variable para cada paciente y momento del día.

Es recomendable realizar pruebas piloto de las mejoras propuestas donde se valide y verifique la mejora, recabando la información necesaria y verificando la mejora en el desempeño del proceso.

Una vez validada la mejora es posible replicar en otros procesos o áreas del hospital, ya que los procesos de atención pueden ser muy similares en las diferentes áreas, por ejemplo; procesos de medicación, abastecimiento de materiales y medicamentos y la admisión de pacientes.

CAPÍTULO 3. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

3.1 Introducción

A partir de los antecedentes y fundamentos teóricos analizados en el capítulo 2, nos dimos a la tarea de identificar el estado del conocimiento, respecto a la Cadena de Suministro y la filosofía *Lean*, de los hospitales en Guadalajara. A continuación se presenta una descripción de la metodología utilizada y un análisis de los resultados obtenidos.

Para inicios del 2011, la Asociación de Hospitales Particulares del Estado de Jalisco A.C. contaba con 45 agremiados: 39 hospitales en la zona conurbada de Guadalajara y 6 localizados en las ciudades aledañas. Debido al tamaño de la población actual, la encuesta fue aplicada a los 39 hospitales localizados en Guadalajara y los datos recolectados se encuentran disponibles para su consulta.

3.2 Variables bajo estudio

Joosten et al., (2009) destacan los cinco principios del pensamiento *Lean*: (1) proporcionar a los clientes el valor que realmente desean, (2) identificar la cadena de valor y eliminar los desperdicios, (3) alinear los procesos para crear un flujo continuo, (4) la producción se planea basado en la demanda del cliente (sistema *pull*) y (5) empezar de nuevo en una búsqueda de la perfección.

Estos cinco principios se transformaron en una serie de expresiones que identifican la filosofía y que son comúnmente utilizadas en la práctica. Asimismo, éstas expresiones se adecuaron a tres variables específicas en el instrumento de medición: 1) el significado de *Lean* según los entrevistados, 2) la contribución de *Lean* en los hospitales y 3) los motivadores para implementar *Lean*. Las expresiones y su relación con las variables a medir son las siguientes:

Variable 1. Significado de *Lean*

EXPRESIONES	EXPRESIONES
1. Transformación organizacional enfocada	2. Hacer más con menos
3. Es un acercamiento sistemático a la mejora	4. Aumenta la capacidad
5. Elimina los desperdicios	6. Mejora el flujo de pacientes en los procesos
7. Camino al cambio enfocado	8. Forma estructurada de solución a los problemas
9. Identifica actividades que no agregan valor en los procesos	10. Es un ejercicio de reducción de costos
11. Es una moda	12. No se adapta a la variación de la demanda
13. Equivalente a despidos de personal	14. Es un proceso complicado
15. Es hacer mapas de valor (Value Stream Map)	16. Es una herramienta de manufactura
17. Mejora los procesos aislados	18. Son eventos Kaizen de mejora enfocada
19. Reduce la calidad de atención	

Variable 2. Contribución de *Lean* en los hospitales.

EXPRESIONES	EXPRESIONES
1. Incrementa el compromiso del personal a su tarea	2. Elimina la resistencia al cambio
3. Contribuye en la capacitación y entrenamiento	4. Mejora la atención a los pacientes
5. Claridad en el éxito de la organización	6. Incrementa mis tareas diarias
7. Mejora el liderazgo	8. Asignación de recursos
9. Mejora los resultados de la organización	10. Aumenta comunicación

Variable 3. Motivadores para implementar *Lean* en la organización.

EXPRESIONES	EXPRESIONES
1. Reducción de tiempos de espera en atención	2. Capacidad sub-utilizada / sobre-utilizada
3. Reducción de costos de operación	4. Presión de mercado
5. Incrementar la seguridad en el paciente	6. Mejora en el desempeño operativo
7. Reducción de tiempos de espera para realizar cita de atención	8. Elevar nivel de satisfacción de pacientes
9. Reducción de costos de calidad	10. Elevar nivel de satisfacción del personal

Adicionalmente se solicita al encuestado datos generales del tipo de empresa que representa, el cargo que ocupa en dicha organización, su punto de vista de quien debería dirigir los esfuerzos de implementación, cuál ha sido la forma de conocer la filosofía *Lean* y, si están aplicando dichos conceptos, en qué estado se encuentran dichas implementaciones.

Las variables a medir se evalúan de acuerdo a la escala Likert de cinco puntos; totalmente en desacuerdo (1 puntos), en desacuerdo (2 puntos), de acuerdo (3 puntos), en su mayoría de acuerdo (4 puntos) y completamente de acuerdo (5 puntos). De acuerdo a la escala mencionada, se establece como 3, para efectos de ésta encuesta, la calificación mínima que garantiza el conocimiento a la pregunta realizada. Cualquier valor por debajo de 3 es considerado como desconocimiento. Esto se resume en la Tabla 17.

Tabla 17. Representación de la escala de Líkert

Escala	Puntos	Evaluación
No conozco	0	Desconocimiento
Totalmente en desacuerdo	1	
En desacuerdo	2	
De acuerdo	3	Conocimiento
En su mayoría de acuerdo	4	
Totalmente de acuerdo	5	

Se recibió respuesta de 19 hospitales privados y 2 públicos. De estas 21 respuestas, 12 contestaron la totalidad de la encuesta y 9 solo se limitaron a contestar los datos generales y demográficos de la misma, ver Figura 26.

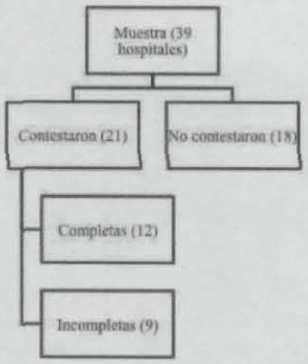


Figura 26. Muestra del Estudio

3.3 Resultados

3.3.1 Información general y demográfica

De la muestra de hospitales que completaron el instrumento, el 52% de los cuentan con una posición directiva, el 29% son responsable de un área o departamento, el 14% son asesores independientes y el 5% son médicos.

9 de los que completaron el instrumento manifestaron conocer los conceptos *Lean*. De estos, el 33% obtuvo sus conocimientos a través de cursos especiales, 22% manifiesta haber tenido estudios formales (universitarios) sobre la filosofía *Lean*, el 34% obtuvo sus conocimientos de manera informal – conversaciones, revistas, libros y presentaciones – y 11% conoce sobre el tema a través de firmas de consultoría.

El nivel de conocimiento general sobre los conceptos *Lean* es un 4% con conocimiento avanzado o experto y 63% con conocimiento intermedio o básico.

En cuanto a la intención de implementar formalmente *Lean* en su organización, 55% de los encuestados manifestaron estar evaluando la posibilidad, el 45% no tiene como prioridad o no les interesa en el corto plazo (menos de un año).

3.3.2 Variable 1: El significado de *Lean*.

El conocimiento acerca del significado de Lean se transformó en expresiones que el encuestado calificaba de acuerdo a su percepción. Dichas expresiones tenían un doble sentido; asegurar que la expresión era fielmente interpretada y no condicionar las respuestas hacía un sentido positivo en todas ellas.

Las expresiones 1 a 9 pretendían identificar la realidad de la filosofía Lean por lo que la *expectativa de conocimiento debería ser superior a 3 puntos.*

La Figura 27 muestra los resultados obtenidos de las primeras 9 expresiones y permiten apreciar que el conocimiento acerca de la filosofía *Lean* es en general bien identificado.

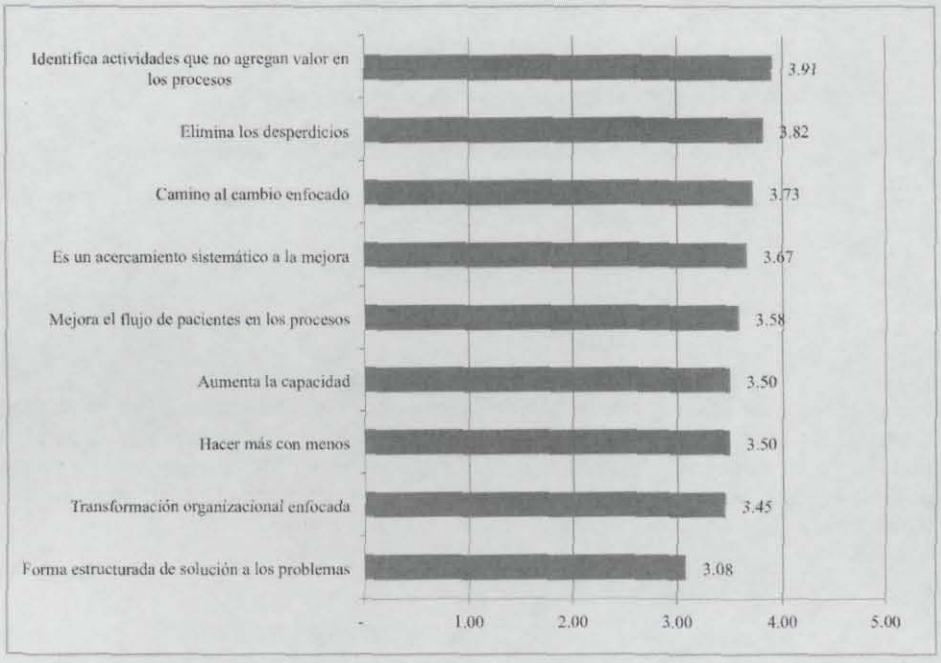


Figura 27. Significado de *Lean*

Las dos expresiones que definen mejor la filosofía *Lean* fueron bien identificadas por los encuestados y obtuvieron calificaciones superiores a 3.8.

Las expresiones 10 a 19 tenían un sentido negativo de la realidad de *Lean* y la expectativa de su conocimiento debería ser inferior a 3. En la Figura 28, se muestran los resultados obtenidos de dichas expresiones y se observa que en lo general los resultados son los esperados obteniendo calificaciones menores que 3. Sin embargo se considera como significado dos expresiones que comúnmente son contradictorios a la filosofía; Mejora de procesos aislados y Es un ejercicio de reducción de costos.

Por supuesto, una reducción de costos se obtiene como resultado de la implementación de *Lean*, sin embargo no es conveniente considerarla como un principio. Por otro lado, la mejora de procesos aislados no es el resultado de la implementación de *Lean*, por el contrario, los beneficios esperados son la mejora de los resultados operativos como procesos integrados.

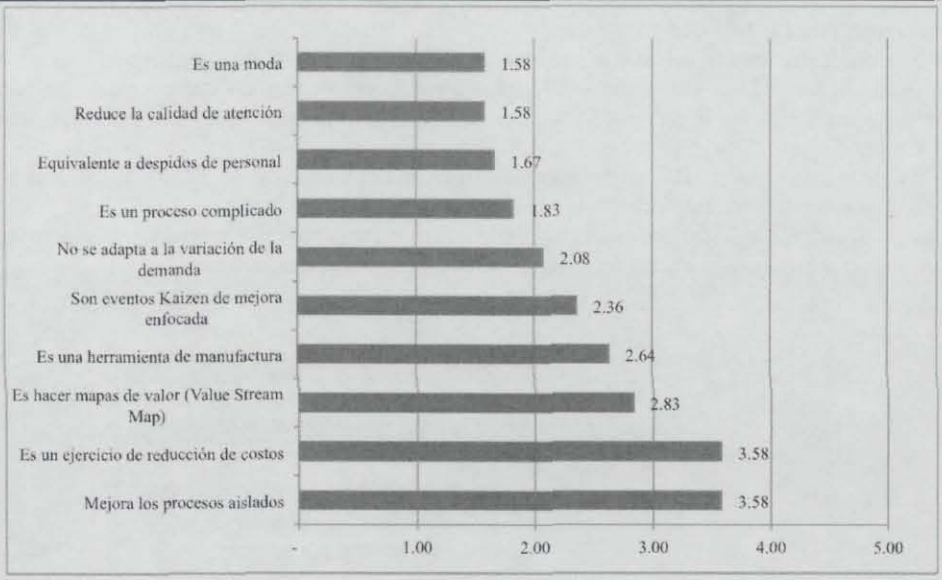


Figura 28. Significado de Lean

3.3.3 Variable 2: Contribución de Lean en los hospitales.

La filosofía *Lean* reconoce como una de las mayores aportaciones la contribución en los resultados operativos de una empresa. En la encuesta realizada, podemos observar que esto coincide con la percepción de los encuestados. Es decir, en general se percibe que *Lean* contribuye en forma importante en la mejora de los resultados de la organización a través de las actividades diarias del personal que trabaja en los hospitales. Esto se muestra claramente en la Figura 29.

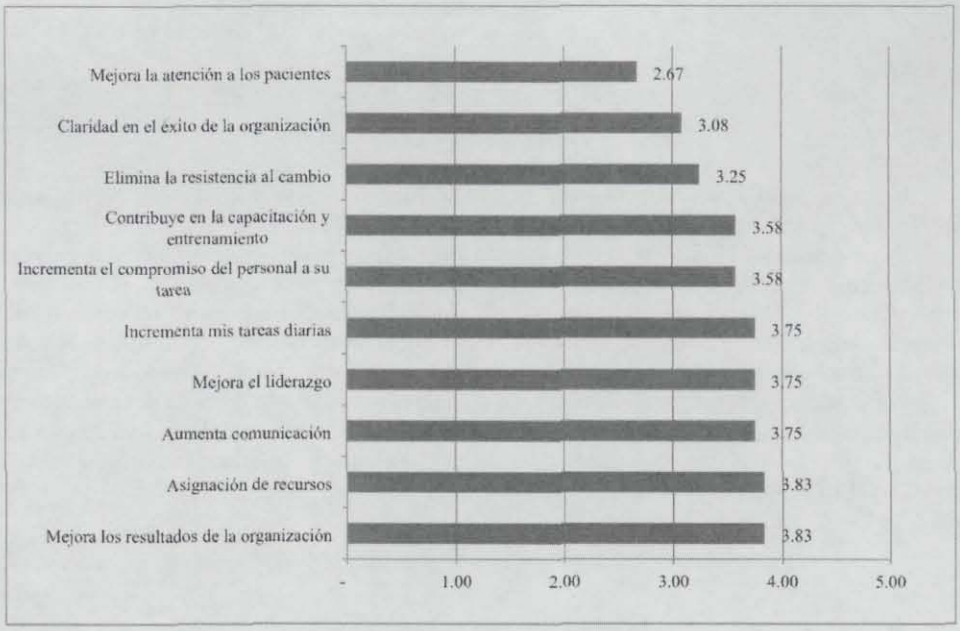


Figura 29. Contribución de *Lean* en los Hospitales

De los resultados obtenidos se hace evidente que la mejora en la atención a los pacientes no fue considerada como una contribución de *Lean* en los hospitales. Sin embargo es necesario recalcar que ésta filosofía tiene como principio la satisfacción del paciente y el no ser considerada como importante en la contribución, se puede considerar que no el conocimiento de esta filosofía no es el correcto.

Si bien es cierto que la percepción de los resultados esperados al momento de implementar *Lean* son los mencionados en la Figura 27, es necesario que exista un proceso formal de entrenamiento y capacitación previo a la implementación. La implementación en una organización significa la ruptura de viejas pautas de actuación y la instauración de otras nuevas y sólo es posible cuando se establece y mantiene un sistema que cuente con un marco de referencia y herramientas de mejora adecuadas para aplicarlas.

3.3.4 Variable 3: Motivadores para implementar Lean en la organización.

La percepción generalizada de los motivadores concuerda con los beneficios propuestos por la filosofía *Lean* obteniendo calificaciones por encima de 3 en prácticamente todos los conceptos mencionados, aunque existe un común acuerdo de conocimiento, es necesario mencionar que el nivel de percepción es apenas por encima del mínimo. Lo anterior nos permite identificar como área de oportunidad la necesidad de conocimientos que tiene el SS al respecto de dicha filosofía y especialmente, en lo que se refiere a *Lean Healthcare*.

De acuerdo con los resultados obtenidos de quienes contestaron la totalidad de las preguntas, existe un conocimiento general del cómo *Lean* contribuye favorablemente a la organización, lo que se puede observar en la Figura 30.

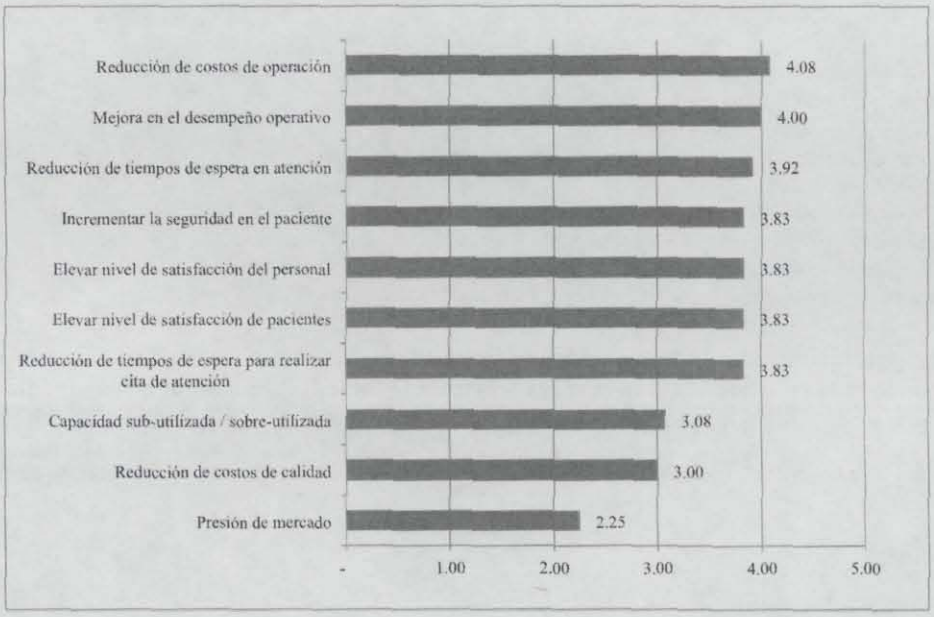


Figura 30. Motivadores Para Implementar Lean

Llama la atención que tres de los motivadores mencionados en la encuesta no sean calificados como importantes: 1) capacidad sobre/sub utilizada, 2) reducción de costos de calidad y 3) presión del mercado.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se puede asumir que una de las razones por las cuales no se considera importante la reducción de costos es que éstos se relacionan comúnmente con los esfuerzos que actualmente llevan a cabo los hospitales en la implementación de sistemas de mejora continua o que se encuentran en vías de certificación. La implementación de dichos esfuerzos de mejora permite garantizar la estandarización de procesos de atención, aunque no necesariamente garantizan que los procesos actuales no generen desperdicios (e.g., materiales y tiempo).

De las mismas entrevistas se concluye que hasta el momento los hospitales han sido capaces de obtener los beneficios económicos esperados, sin embargo en los últimos años se ha incrementado la competencia y cada día es más relevante el implementar herramientas que permitan la sustentabilidad de los resultados operativos esperados en el largo plazo.

3.3. Conocimiento de las funciones de la Cadena de Suministro.

Otro de los aspectos relevantes a considerar en la encuesta realizada se refiere al conocimiento de las funciones y métricos de la Cadena de Suministro (CS) tradicionales. Así, se solicitó a los encuestados dieran respuesta a 4 preguntas básicas las cuales se describen a continuación y se muestran los resultados obtenidos.

1. De las siguientes funciones de la Cadena de Suministro, cuales conoce, aplica su organización, no conoce o no aplica su organización. Para cada renglón marcar las columnas que apliquen en su Organización.

Opciones de respuesta	Conoce	Aplica su Organización	No conoce	No aplica su Organización
Administración de niveles de inventario	6	9	1	1
Análisis y distribución física de los espacios	4	5	4	2
Análisis y mejora de procesos	6	9	0	3
Aplicación de técnicas de pronóstico	2	3	6	1
Benchmarking	6	3	3	1
Definición de políticas de inventarios	6	9	1	1
Definir e implementar estrategias de suministro y operación	7	6	3	1
Diseño y planeación de estrategias de abastecimiento	4	6	4	3
Diseño y planeación de la cadena de suministro	3	4	5	4
Diseño y planeación de la capacidad	5	2	5	2
Gestión de la productividad del personal (enfermer@s, médicos, auxiliares, etc.)	3	5	5	3
Herramientas para programación de recursos (humanos, materiales e instalaciones)	4	4	4	4
Medición de la satisfacción del cliente	4	9	1	0
Planeación de la calidad	6	9	1	3

2. De las siguientes funciones de la Cadena de Suministro que aplica su organización qué departamento o área es responsable de esa función. Para cada renglón marcar la columna que aplique en su organización.

Opciones de respuesta	No conozco	Finanzas	Admin.	Operaciones	Calidad	Médica	Comercial	Otro
Administración de niveles de inventario	0	1	5	2	0	0	1	1
Análisis y distribución física de los espacios	0	1	4	4	0	1	0	1
Análisis y mejora de procesos	0	0	2	2	6	1	0	0
Aplicación de técnicas de pronóstico	2	0	2	2	2	1	0	1
Benchmarking	4	0	3	0	3	0	0	0
Definición de políticas de inventarios	0	1	6	2	0	0	0	2
Definir e implementar estrategias de suministro y operación	1	1	6	2	0	0	0	1
Diseño y planeación de estrategias de abastecimiento	1	2	4	2	1	0	0	1
Diseño y planeación de la cadena de suministro	1	2	5	1	0	0	0	2
Diseño y planeación de la capacidad	1	2	4	3	0	0	0	1
Gestión de la productividad del personal (enfermer@s, médicos, auxiliares, etc.)	1	0	4	0	3	2	0	0
Herramientas para programación de recursos (humanos, materiales e instalaciones)	1	0	7	0	1	0	0	1
Medición de la satisfacción del cliente	0	0	0	0	6	3	0	2
Planeación de la calidad	0	0	0	1	8	1	0	1

3. De los siguientes métricos de desempeño operativo, cuales conoce, aplica su organización, no conoce *o no aplica su organización. Para cada renglón marcar las columnas que apliquen en su Organización.*

Opciones de respuesta	Conoce	Aplica su Organización	No conoce	No aplica su Organización
Cobertura de inventarios (días, semanas, etc.)	5	8	2	1
Costo de inventarios	8	7	1	1
Costo unitario de operación	4	4	5	2
Días capital de trabajo	2	3	7	3
Días cartera	3	3	7	3
Días inventario	4	8	3	1
Índice de errores	4	4	4	4
Margen bruto/neto de operación	5	6	3	2
Nivel de satisfacción del cliente externo	7	7	2	1
Nivel de satisfacción del cliente interno	4	7	3	2
Número de horas hombre por paciente	3	4	5	4
Número de Médicos/enfermer@s por cama	6	7	1	3
Número de quejas	5	9	1	2
Productividad (personal)	4	8	2	2
Productividad (total de la organización/instalaciones)	4	5	5	2
Punto de equilibrio	6	4	4	3
Razón de gastos de suministro	2	4	5	3
Retorno a la inversión (ROI)	4	3	5	4
Tasa de desempeño de proveedores	4	5	6	2
Tiempo de ciclo	3	4	6	2
Tiempo de espera	6	7	1	3

4. De los siguientes métricos operativos que aplica su organización qué departamento o área es responsable de su seguimiento. Para cada renglón marcar la columna que aplique en su Organización.

Opciones de respuesta	Finanzas	Admin.	Operaciones	Calidad	Médica	Comercial	No conozco	Otro
Cobertura de inventarios (días, semanas, etc.)	2	2	1	0	0	1	2	3
Costo de inventarios	5	1	1	0	0	1	1	2
Costo unitario de operación	4	1	2	0	0	0	3	1
Días capital de trabajo	2	2	1	1	0	0	1	3
Días cartera	2	2	0	0	0	0	2	3
Días inventario	2	2	2	0	0	1	1	2
Índice de errores	0	1	0	5	1	0	1	1
Margen bruto/neto de operación	6	3	0	0	0	0	1	1
Nivel de satisfacción del cliente externo	0	1	0	4	1	0	3	1
Nivel de satisfacción del cliente interno	0	0	0	5	1	0	2	2
Número de horas hombre por paciente	0	0	2	0	5	0	2	1
Número de Médicos/enfermer@s por cama	0	0	2	2	5	0	1	1
Número de quejas	0	1	0	7	1	0	0	1
Productividad (personal)	0	1	1	2	2	0	2	2
Productividad (total de la organización/instalaciones)	3	1	1	2	0	0	3	1
Punto de equilibrio	2	0	1	0	0	1	4	2
Razón de gastos de suministro	5	1	0	0	0	0	3	2
Retorno a la inversión (ROI)	5	3	0	0	0	0	1	0
Tasa de desempeño de proveedores	3	0	0	1	0	1	3	2
Tiempo de ciclo	0	1	2	1	0	0	3	1
Tiempo de espera	0	0	2	5	1	1	1	1

De acuerdo a las respuestas obtenidas al respecto de la Cadena de Suministro es notorio que no existe conocimiento pleno de las funciones y métricos para el buen desempeño de la misma. Sin embargo nuestra lectura es que algunos de los conceptos son utilizados por tradición más que por un conocimiento del impacto que los resultados de la actividad diaria tienen en el desempeño como cadena de valor. Por otro lado, la administración tradicional de los hospitales los ha llevado a considerar como únicos y valiosos aquellos que para cualquier tipo de empresa son necesarios.

Funciones y métricos de administración de inventarios y los de calidad en la atención son bien conocidos y utilizados en forma general. Sin embargo, aquellos clásicos y necesarios, ahora, para analizar la cadena de valor son poco conocidos y utilizados, por ejemplo: pronósticos, diseño y planeación de estrategias de abastecimiento, diseño y planeación de la cadena de suministro, diseño y planeación de la capacidad, gestión de la productividad del personal (enfermer@s, médicos, auxiliares, etc.) y herramientas para programación de recursos (humanos, materiales e instalaciones).

3.4 Resumen de la encuesta

Este primer acercamiento de reconocimiento del estado actual en los hospitales permite identificar las implicaciones de la filosofía *Lean* y en general la DO como una gran área de investigación en México. Si bien es cierto que existe un conocimiento básico de la filosofía *Lean* y de la CS en los hospitales, no podemos concluir que en la generalidad de ellos así lo es y que los beneficios obtenidos de la implementación de estas herramientas no son del todo reconocidos.

Por otro lado es importante mencionar que dicho conocimiento no ha sido adquirido formalmente a través de cursos especializados o a través de empresas de consultoría. Un proceso formal de conocimiento y metodología en la implementación podrá aclarar dudas en la mejora de la organización y los beneficios obtenidos en la operación rutinaria de los hospitales.

Los resultados obtenidos en general nos lleva a tres realidades: (1) un alto interés para implementar los conceptos de DO, CS y *Lean* en los hospitales, (2) la necesidad de adaptar dichos conceptos a su realidad muy especial y, (3) que la implementación de estos conceptos no sea una tarea aislada y por moda, sino más bien, una forma estructurada para la mejora continua.

Esta investigación propone un modelo que apoye como marco de referencia el conocimiento y la implementación sistemática de herramientas y filosofías para la excelencia operativa. Por tanto, el capítulo 4 presenta el modelo propuesto en esta investigación.

CAPÍTULO 4. MODELO PROPUESTO DE EXCELENCIA OPERATIVA EN HOSPITALES

4.1 Introducción

El modelo que a continuación se describe permite identificar las acciones sistemáticas que los hospitales pueden implementar en la búsqueda de la excelencia operativa. Por tanto, su aplicación implica establecer los fundamentos operativos necesarios que aseguren el éxito en la operación rutinaria de los hospitales en la búsqueda de la mejora continua y la sustentabilidad de largo plazo.

Como se ha comentado en los capítulos 2 y 3, los continuos esfuerzos de mejora realizados en el SS en las últimas tres décadas no han fructificado debido a una deficiente implementación; se ha realizado sin secuencia estructurada y como programas específicos resultado de modas o sugerencias.

Jackson & Dyer (1998) establecen que para la correcta implementación de la filosofía *Lean* es necesario un proceso de renovación de la organización que en primer lugar inicia con la evaluación de la competitividad y planeación de futuro de la empresa. En segundo lugar, se debe establecer un plan estratégico que contemple una visión enfocada al cliente y un plan de largo plazo para desarrollar tanto el talento de las personas así como los aspectos técnicos de la empresa.

El diagnóstico corporativo convierte la planeación estratégica y su puesta en marcha en un ciclo de mejora continua, ver Figura 31. De esta manera la implementación de *Lean Healthcare* debe incluir una estructura que cuente con herramientas específicas aplicables como un sistema alineado en la búsqueda de un cambio de gran magnitud.

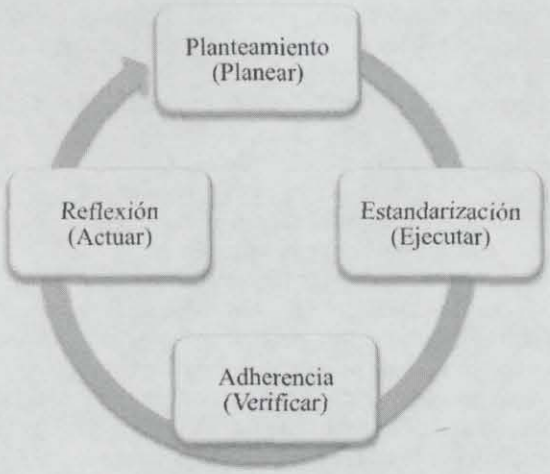


Figura 31. Ciclo de Mejora Estratégica (adaptado de Jackson, T. 1998)

La organización con una adecuada planeación estratégica debe contar con tres pilares que garantizan la sustentabilidad de largo plazo:

1) **Estrategia:** ¿Qué tipo de negocio intenta ser la empresa? y ¿Cuál es el Plan de acción para lograrlo?. Una adecuada estrategia ajustará las potencialidades únicas con sus clientes y estará preparada para el futuro. En *Lean Healthcare*, el enfoque al cliente y el liderazgo son características clave en la estrategia de la empresa.
2) **Estructura:** se refiere a las relaciones internas y externas que la organización tiene y el cómo el flujo de información (interno y externo) contribuye al logro de los objetivos. Por tanto, una estructura robusta y flexible asegura que los individuos se comuniquen y cooperen en forma efectiva y eficiente.
3) ***Potencialidades:*** *se refiere a las capacidades de la organización* (e.g., personal, infraestructura y proceso) para ejecutar las tareas diarias que garantizan la satisfacción del cliente y dan respuesta a los cambios constantes en el entorno competitivo. La cultura de mejora y trabajo en equipo son algunos ejemplos de los elementos indispensables en las potencialidades.

Estos pilares, cuando se desarrollan en conjunto, provocan que la organización genere alternativas de soluciones sistémicas y enfocadas en la satisfacción de los clientes. En caso contrario, cuando la organización se enfoca en alcanzar sólo un objetivo sin considerar el impacto sistémico (e.g., certificación o implementar *Lean Healthcare*), las acciones requeridas para lograrlo se duplican y se pierden recursos muy valiosos.

En las entrevistas aplicadas en la presente investigación es común identificar las acciones de mejora como etapas aisladas para lograr el objetivo específico, por ejemplo: se ha mencionado que existe gran presión para obtener la certificación de hospitales, lo cual ha provocado que se dirijan los recursos limitados en su obtención y, una vez lograda se enfocan los esfuerzos en la implementación de más herramientas de mejora tales como *Lean Healthcare* y, posteriormente, Seis Sigma.

Los procesos de certificación buscan mantener las mejoras documentadas a través de la estandarización de procesos. *Lean Healthcare* busca la eliminación de fuentes de desperdicio en los procesos y Seis Sigma tiene como objetivo el eliminar las fuentes críticas de variación de los procesos, ver Figura 13.

El punto de coincidencia de las herramientas mencionadas es la mejora en los procesos, por lo que la gestión de procesos de negocio se convierte en punto medular de los procesos de mejora, siendo la herramienta que provoca el accionar sistémico de la organización.

El modelo que a continuación se describe sirve para identificar las acciones comunes que los hospitales pueden implementar en la búsqueda de la excelencia operativa de una manera sistémica e integral. Por tanto, la aplicación del modelo implica establecer los fundamentos operativos necesarios que aseguren una implementación exitosa de la mejora continua.

4.2 Modelo de Excelencia Operativa en Hospitales (MEOH)

En concordancia con nuestro marco teórico presentado en capítulos anteriores hemos desarrollado un modelo que permite a los hospitales la integración de los conceptos de DO y las herramientas más adecuadas de *Lean Healthcare*.

Se proponen 4 etapas en su desarrollo e implementación, mismas que se introducen brevemente a continuación:

Etapa 1: diagnóstico de procesos específicos de cada hospital y al mismo tiempo se proponen las 5 procesos clave genéricos y aplicables en todo hospital. Éstos PCN son genéricos en su conceptualización, pero requieren ser revisados a profundidad para cada caso y hacer los ajustes, mínimos, necesarios en la realidad del hospital analizado.

Etapa 2: se introducen las herramientas más adecuadas para el funcionamiento de los hospitales. Estas herramientas ayudan a identificar las más adecuadas para su realidad. De acuerdo a su problemática específica, un hospital puede determinar cómo prioritario el control y optimización de inventarios, pero en otro caso el tema prioritario podría ser la programación y optimización de uso de salas quirúrgicas. Por tanto las herramientas a aplicar en forma de proyecto piloto serán diferentes.

Etapa 3: el despliegue de la filosofía *Lean healthcare* y Seis Sigma. Esto puede requerir tiempos diferentes para cada hospital, por lo que el tiempo necesario para lograr los resultados previstos depende del involucramiento y compromiso de todo el personal.

Etapa 4: es el resultado ideal de operación de excelencia que exige al hospital la mejora continua como proceso de negocio, un camino sin fin en la búsqueda de cada día ser mejores en la tarea diaria.

4.2.1 Etapa 1: Diagnóstico de Procesos

Varios autores establecen que la Gestión por Procesos (GP) es la piedra angular tanto de las normas ISO 9000 como del modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM por sus siglas en ingles) y su implementación puede ayudar a una mejora significativa en todos los ámbitos de gestión de las organizaciones. En este modelo, la GP es empleada para realizar el diagnóstico y los resultados previstos después de la implementación de la primera etapa son los siguientes:

a. Gestión orientada al resultado previsto.
b. Orientación al cliente.
c. Definir de manera sistemática las actividades que componen el proceso.
d. Identificar la interrelación de los procesos.
e. Definir las responsabilidades respecto al proceso.
f. Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia del proceso.
g. Centrarse en los recursos y métodos que permiten la mejora del proceso.
h. Establecer las bases para el cambio en la cultura de mejora.

Al gestionar los procesos individuales y sus vínculos dentro del sistema general se pueden conocer los resultados que obtienen cada uno y cómo los mismos contribuyen al logro de los objetivos generales de la organización. El análisis de los resultados de los procesos y sus tendencias, nos permite centrar la atención y priorizar las oportunidades de mejora.

Ya se ha mencionado que una de las presiones más importantes de los hospitales es la obtención de la certificación acorde a los requerimientos de la *JCI*, por lo que, a manera de ejemplo se muestra el diagnóstico de un proceso típico de hospitales.

De acuerdo a lo indicado en el capítulo 2.2.2, éste modelo propone cuatro PCN: Admisión, Ambulatorio, Hospitalario y Egreso, ver Figura 15. A manera de ejemplo la Figura 32 muestra el análisis del proceso de Admisión en un hospital.

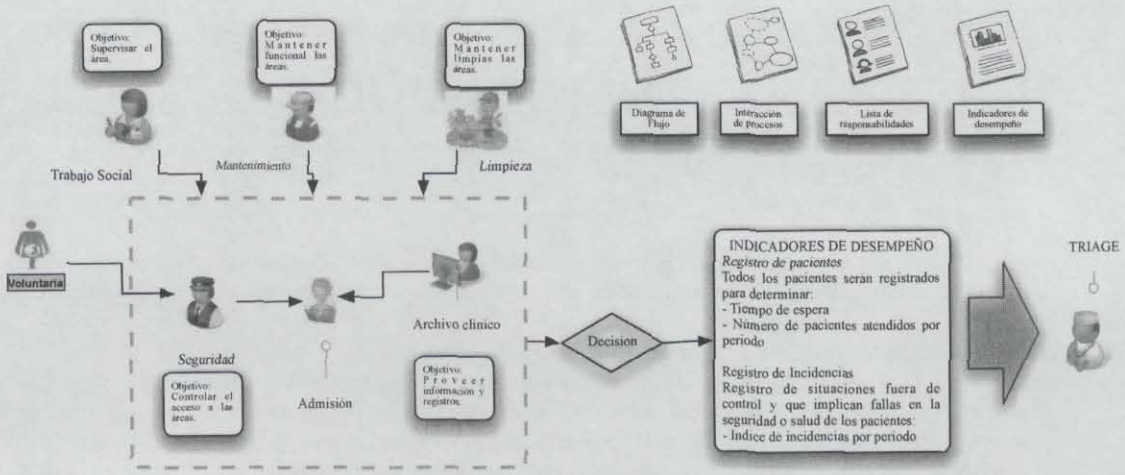


Figura 32. Diagnóstico del Proceso de Admisión

Y los estándares aplicables son los mostrados en las Tablas 18 y 19.

Tabla 18. Estándares Indispensables Aplicables al Proceso de Admisión (Parcial)

ESTANDAR	CARACTERÍSTICA	PROCEDIMIENTO / POLÍTICA	ADMISIÓN	DIRECCION	CALIDAD	ABASTECIMIENTOS	TRABAJO SOCIAL	SEGURIDAD
MISP.1	Indispensable	X	R		R			I
ACC.1.1.1	Indispensable	X	R					
ACC.1.4	Indispensable	X	R		I			
AOP.1.4	Indispensable	X	R		I			
AOP.1.5	Indispensable		R		I			
COP.3.2	Indispensable	X	R	I	I		I	
COP.8.4	Indispensable	X	R	I	I			
MMU.4.5	Indispensable	X	R		I	I		
MCI.6	*Indispensable*		R	*I*	*I*	*I*	*I*	*I*

Tabla 19. Estándares No Indispensables Aplicables al Proceso de Admisión (Parcial)

ESTANDAR	CARACTERÍSTICA	PROCEDIMIENTO / POLITICA	ADMISIÓN	DIRECCIÓN	CALIDAD	ABASTECIMIENTOS	TRABAJO SOCIAL	SEGURIDAD
ACC.1	No Indispensable		R	I	I		I	
PFR.1	No Indispensable	X	I	R	R		I	I
AOP.1	No Indispensable	X	I		I			
SAD.2.9	No Indispensable		I		I		I	
COP.1	No Indispensable	X	I	R	R		I	
MMU.8	No Indispensable	X	I	R	I	R	R	
PFE.1	No Indispensable	X	R	R	R	I	I	I
QPS.1	No Indispensable	X	I	R	R	I	I	I
PCI.1	No Indispensable		I	R	R	I	I	I
GLD.1	No Indispensable	X	I	R	R	I	I	I
FMS.2	No Indispensable	X	I	R	R	I	I	R
SQE.1	No Indispensable		R	R	R	R	R	R
MCI.1	No Indispensable	X	I	R	R	I	I	I

Esta primer etapa permite a los hospitales establecer las bases que garantizan la interacción de los tres pilares para lograr la sustentabilidad de una organización – estrategia, estructura y potencialidades –.

4.2.2 Etapa 2: Introducción a *Lean Healthcare* y Seis Sigma

La etapa 1 permite a la organización prepararse para una potencial certificación. El siguiente paso permite que los esfuerzos y decisiones se enfoquen en el logro de los resultados previstos. Es decir, a través de esta etapa se busca que la organización no solo gestione sus procesos de acuerdo a los resultados particulares de cada uno, sino que integre en su análisis y toma de decisiones los resultados de la interacción completa de todos los procesos.

Los resultados previstos en esta segunda etapa, posterior a su implementación, se enlistan a continuación:

a. Análisis y toma de decisiones basada en la interrelación de procesos.
b. Toma de decisiones individuales (por proceso) basada en el impacto en los resultados globales.
c. Reducción de costos de operación sin demeritar la satisfacción del cliente.
d. Documentación de mejoras y despliegue de las mismas.
e. Estandarización de la mejora.
f. Hospital listo para la Certificación.

En esta etapa se inicia con el conocimiento y sensibilización de la *Lean Healthcare* y la implementación de sus herramientas en procesos piloto. La sensibilización del personal se enfoca en la satisfacción de los clientes y en la mejora de la atención médica.

El proceso de implementación de las herramientas, a través de procesos piloto, permite identificar las rupturas en la operación y la información, de tal manera que se establezcan los mecanismos que aseguren su eliminación.

Al ser una etapa de preparación para la implementación de *Lean Healthcare* y Seis Sigma, es necesario que el personal directivo del hospital esté consciente de los componentes para el crecimiento y sustentabilidad de largo plazo. Es por esto que en esta etapa se propone la consideración de los siguientes aspectos clave, la Figura 33 muestra la relación de estos aspectos con los tres pilares estratégicos propuestos por Jackson & Dyer (1998):

1. **Enfoque al paciente**. El enfoque de las tareas y objetivos de los procesos deben estar enfocados en lograr índices de satisfacción de 100%, ya que esto asegura su fidelidad.
2. **Liderazgo**. Aspecto clave en la estrategia al establecer la dirección y apoyo en la fijación de metas y objetivos en todos los procesos, cómo punto focal en la satisfacción del paciente.
3. **Gestión por Procesos**. Como ya se ha indicado anteriormente, la base de la excelencia operativa es la gestión sistémica de los procesos.
4. **Ambiente de trabajo**. La GP contribuye a que cada persona en la organización es consciente del impacto de su labor en el éxito de la atención médica.

5. **Tecnologías de Información**. Indispensable el asegurar la correcta integración de la tecnología en los procesos de atención médica.
6. **Cultura de Mejora**. Todas las personas y procesos con un enfoque en la eliminación del desperdicio en todas sus formas.
7. **Atención al Flujo de Pacientes**. Factor por demás importante en el desempeño de los procesos y el enfoque en la satisfacción del paciente.
8. **Seguridad y Mantenimiento de las Instalaciones**. Aspecto clave en la certificación de hospitales que permite identificar áreas de mejora en la seguridad del paciente.
9. **Gestión de la Cadena de Suministro**. Con la cual se garantiza el suministro de materiales, medicamentos y personal de atención médica.

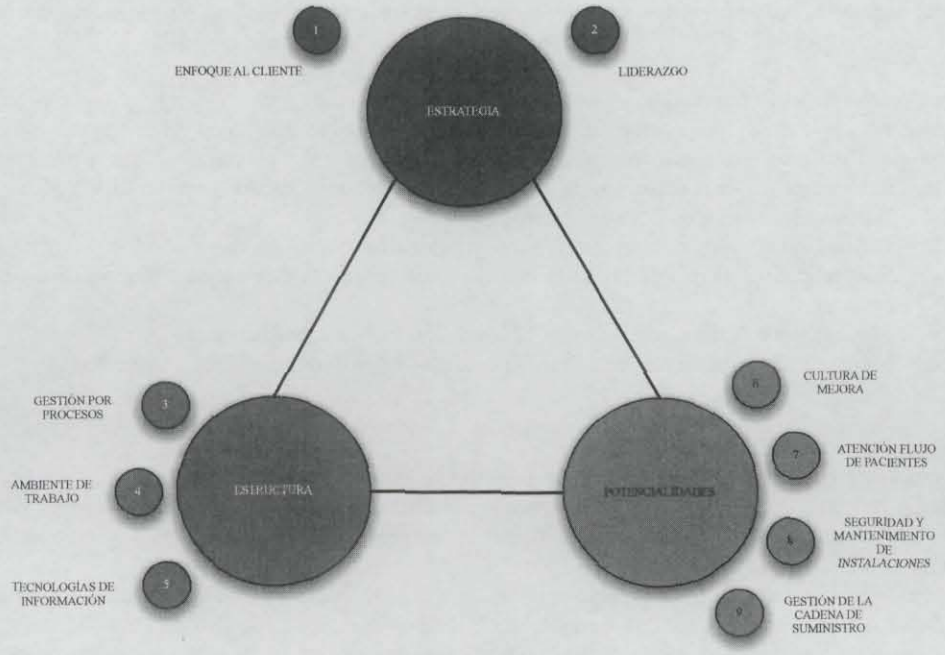


Figura 33. Modelo Integrando Pilares y Aspectos Clave (adaptado de Jackson, 1998)

La aplicación de estos aspectos clave en la operación rutinaria exige un seguimiento estricto de su progreso, que permite comprobar la integración de todos los procesos en forma sistémica y que incremente el valor al paciente. Las herramientas básicas de *Lean Healthcare* que deberán introducirse en esta etapa son: Flujo continuo de pacientes, el Mapa de valor y Seis Sigma. A continuación se da un ejemplo de su aplicación en hospitales.

Mejora en el Flujo Continuo de pacientes

A continuación se presenta el resumen del proyecto de mejora realizado en el Cincinnati Children's hospital Medical Center acerca del rediseño del flujo de pacientes usando las herramientas de DO para mejorar la accesibilidad y la seguridad (Rickman F. et al, 2009). El Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC) es el único hospital pediátrico en el área de Cincinnati y da servicio a las regiones Suroeste de Ohio, Norte de Kentucky y Sureste de Indiana. En el 2006 tuvo 27,392 admisiones y atendió 93,456 emergencias, llevó a cabo 6,323 procedimientos quirúrgicos hospitalarios y 43,325 procedimientos quirúrgicos ambulatorios. El CCHMC cuenta con 20 salas de cirugía, 25 camas de cuidados intensivos y su índice promedio diario de atención fue de 21 pacientes.

Identificación del problema

Un síntoma común en los hospitales es el retraso en la atención causado por la ineficiencia en el flujo de pacientes, lo que provoca el incremento en la derivación de los mismos hacia otros hospitales. Las necesidades de atención de emergencia y quirúrgica son impredecibles y provocan retrasos en la atención y seguimiento, así como en la programación de procedimientos quirúrgicos al final del día.

Adicionalmente es necesario utilizar instalaciones no adecuadas: pacientes de cuidados intensivos utilizando camas de la sala de emergencia y pacientes en recuperación de cirugía utilizando camas de otras áreas. Por otro lado, el personal de atención requiere de largas jornadas de trabajo provocando fatiga y un fuerte impacto en la motivación.

El hospital llevó a cabo intentos para mejorar el flujo de pacientes asignando personal adicional en la sala de emergencia para cubrir los incrementos en la demanda de servicios, sin embargo, los estudios estadísticos demostraron que la variabilidad en el flujo de pacientes está determinada por dos tipos de variación: la variabilidad aleatoria – considerada normal – de los padecimientos, de la severidad y la frecuencia de los mismos pacientes y la variabilidad no aleatoria relacionada con el diseño y gestión de la atención médica proporcionada por el personal. Es ésta última la que puede ser controlada y potencialmente eliminada. La investigación realizada demostró que la frecuencia de pacientes para cirugía seguían un comportamiento aleatorio, pero la asignación de salas de operación seguía un patrón artifical y controlable.

Medición del flujo de pacientes

El primer paso fue la recolección de datos entre las salas de operación y la unidad de cuidados intensivos. Este paso consumió una gran cantidad de tiempo del personal ya que no contaban con sistemas automatizados de recolección de información. Los datos recabados fueron los siguientes:

a. Número de casos atendidos (volumen)
b. Utilización de salas de operación (porcentaje de disponibilidad y uso)
c. Puntualidad en el uso de las salas de operación (porcentaje de casos a tiempo de acuerdo a su programa)
d. Porcentaje de días en que las salas de operación fueron sobre ocupadas
e. Media diaria de pacientes en camas de cuidados intensivos (regulares y diversos)

Estrategias y su implementación

El equipo formado por personal de cirugía, anestesia, gestión pre-operativa y servicio a pacientes, en conjunto con un consultor y el CEO definieron las prioridades del proyecto, establecieron las estrategias para eliminar las barreras al cambio, identificaron los requerimientos de recursos y compartieron los resultados del mismo.

Una de las mayores preocupaciones de los médicos fue la potencial perdida de pacientes y utilidades derivado de la necesidad de establecer tiempos específicos de uso de las salas de operación. La práctica regular de los médicos implica no tener limitaciones en los tiempos asignados en estas salas, lo cual fue resuelto articulando el acceso y atención a través del control de las variaciones en la programación de casos urgentes y no urgentes.

Los elementos críticos del proyecto se resumieron en el diagrama presentado en la Figura 34, a continuación.

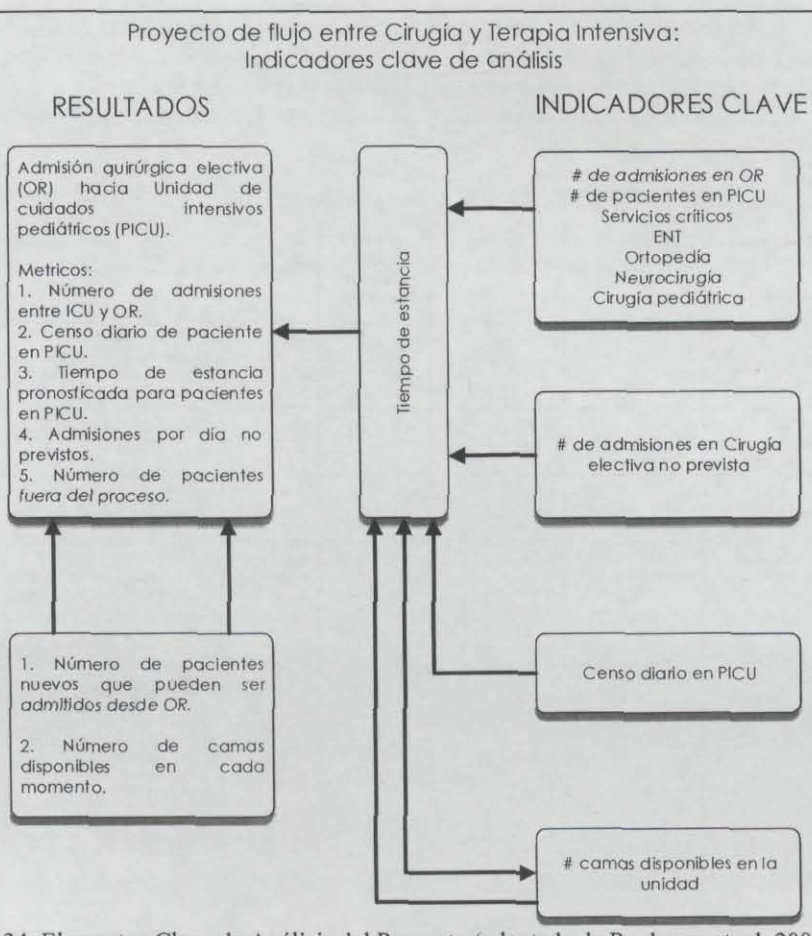


Figura 34. Elementos Clave de Análisis del Proyecto (adaptada de Ryckman et. al, 2009)

Las intervenciones quirúrgicas fueron estratificadas de acuerdo la condición médica, riesgo y progreso de la enfermedad. Posteriormente, se estableció el volumen real de cada tipo de caso para predecir, a través de simulación, la necesidad de salas de operación en base diaria. El sistema implementado permitió medir los resultados en base al tiempo de atención y la seguridad del paciente.

Durante el desarrollo del proyecto el equipo decidió separar el flujo diario de pacientes de emergencia y los de cirugía programada para eficientar el uso de las salas de operación. Previo a esto se estableció el criterio para definir la gravedad de cada caso, urgente y emergente, asimismo se establecieron objetivos de tiempo para cada tipo de paciente (5 tipos), de acuerdo a la Tabla 20 siguiente:

Tabla 20. Tipos de Casos y Tiempo Objetivo en Sala de Operación (Ryckman et. al, 2009)

TIPO	CARACTERÍSTICAS	OBJETIVO EN TIEMPO DENTRO DE LA SALA DE OPERACIÓN
A	Casos de emergencia con riesgo de perder la vida	Menor de 30 minutos
B	Casos de emergencia pero que no existe riesgo de perder la vida	Menor de 2 horas
C	Caso urgente	Menor de 4 horas
D	Caso semi-urgente	Menor de 8 horas
E	Caso no urgente o programado	Menor a 24 horas

Con el criterio mencionado y la tabla de tiempo se estableció la guía de referencia para la toma de decisiones en las salas de operación, dicha guía fue actualizada constantemente al inicio del proyecto y en la actualidad solo se actualiza esporádicamente.

Para determinar el número de salas de operación necesario se utilizaron herramientas estadísticas y de simulación que consideraban los horarios disponibles de trabajo incluyendo fines de semana, turnos de trabajo, los tipos de casos, los tiempos de espera, la probabilidad estadística y la tasa de utilización real. Como resultado del análisis estadístico y de simulación se seleccionaron 5 posibles escenarios, los cuales se detallan a continuación en la Figura 35.

#	Cases Included	# Rooms	Average Waiting Times (minutes)	Probability 1 Or More Rooms Will Be Available	Utilization Rate	Recommendations/Considerations
1	A, B, C, D, "missing" treated as B	1	A: 45 B + missing: 53 C: 72 D: 101	60%	40%	NOT RECOMMENDED 1. Mean wait for A cases would exceed stated limit
2	A, B, C, "missing" treated as B	1	A: 21 B + missing: 24 C: 30	76%	24%	NOT RECOMMENDED 1) Low utilization rate
3	A, B, C (No "missing")	1	A: 17 B: 19 C: 22	81%	19%	NOT RECOMMENDED 1) Low utilization rate 2) Ignores "missing" cases
4	A – E, divided; "missing" treated as D	2 rooms: 1 room for A - C, 1 room for D,E, & missing	A: 18 B: 19 C: 24 D + missing: 70 E: 162	A – C room: 80% D – E room: 43%	A – C room: 20% D – E room: 57%	NOT RECOMMENDED 1) Low utilization rate in A – C room 2) Some cases with missing urgency codes may be more urgent than D
5	A – E together; "missing" treated as B	2 rooms that would take any A – E case	A: 7 B + missing: 8 C + D: 8 E: 17	83%	42%, each room	**RECOMMENDED** 1) Very good waiting times (Wait for A cases would exceed stated limit about 1X/112 weekdays (21.4 weeks)) 2) Treats missing cases conservatively 3) Highest utilization rate 4) Not very sensitive to small increases in case duration or case volume

Figura 35. Escenarios Posibles para el Proyecto (adaptada de Ryckman et. al, 2009)

Para garantizar la seguridad del paciente y de la atención médica correcta se llevó a cabo la clasificación de especialidades para los médicos tratantes: cirugía pediátrica general, ortopédica, otorrinolaringológica. De la misma manera se asignó un cirujano de cada especialidad para cada día de la semana. Dicho cirujano tenía disponibilidad de atender casos de emergencia lo que permitió tener mejor cobertura en todas las áreas.

La coordinación entre la unidad de cuidados intensivos y las salas de operación fue clave para el éxito del proyecto, así la asignación de camas para los pacientes se hacía en forma simultanea entre las dos áreas.

Resultados obtenidos

Un primer resultado obtenido se refiere a los tiempos de espera entre semana, los cuales se redujeron en un 28% y considerando un incremento del 24% en el número de casos atendidos. Para los fines de semana la reducción fue del 34%, con un 37% de incremento en el número de casos atendidos. Para los siguientes dos años de la continuidad del proyecto se incrementó el número de casos atendidos en un 7% anual.

El pago por tiempo extraordinario se redujo en un 57% entre Septiembre 2006 y Enero 2007, lo cual representó reducción en los costos de aproximadamente $559,000 USD, considerando un costo por hora de la sala de operación de $ 250.00 USD. Sin embargo el resultado más importante fue el eliminar la necesidad de tiempo extra nocturno para la atención quirúrgica. Para los siguientes años, la reducción de tiempo extra fue de un 19% en el 2008 y de un adicional del 15% para el 2009.

Mapa de valor

La identificación de actividades que agregan valor al paciente es clave para incrementar su nivel de satisfacción y al mismo tiempo la búsqueda de áreas de mejora y reducción de costos operativos, a *continuación se presenta un ejemplo de aplicación de ésta herramienta.*

El ejemplo se refiere al proceso de reclamación de la póliza de seguro por gastos médicos en un hospital, uno de los procesos que en forma histórica requieren una cantidad de tiempo considerable, desde el punto de vista del paciente, para ser finiquitado.

El propósito del Mapa de Valor es el de identificar en forma clara y sencilla el flujo de trabajo y de información requerido para un proceso específico, asimismo pone de manifiesto el desperdicio en cada etapa del proceso, crea una visión sistémica para todos los involucrados y provee un mapa de proceso para establecer recursos en cada etapa.

La elaboración y puesta en marcha del Mapa de Valor deberá de ser una tarea multi-disciplinaria que involucre a todos los participantes del proceso. No existe una regla definida para el tiempo sugerido para llevarlo a cabo, sin embargo, la práctica en diferentes hospitales indica que se requiere de 1 a 3 días en la creación de: (1) Mapa de Valor del estado actual y (2) Mapa de valor del estado futuro.

Los pasos para realizar el Mapa de Valor son:

Paso 1. *Definición del equipo de trabajo*
Paso 2. Establecer el plan de acción y los objetivos del proyecto
Paso 3. Realizar el recorrido a través del proceso a analizar desde el punto de vista del paciente
Paso 4. Durante el recorrido, identificar las actividades que agregan valor y las que son desperdicio, asimismo tomar datos de tiempo de cada etapa del proceso
Paso 5. Crear el Mapa de Valor actual
Paso 6. Identificar en el Mapa creado las oportunidades de mejora en cada etapa del proceso
Paso 7. A través de la discusión y lluvia de ideas, proponer las mejoras potenciales en cada etapa del proceso y crear el Mapa de Valor futuro
Paso 8. Identificar los objetivos a lograr a través de la implementación de las mejoras y dar seguimiento con datos y reportando los avances.

El ejemplo a continuación asume que los pasos 1 al 4 se llevaron a cabo, por lo que se presenta en la Figura 36 el Mapa de Valor del estado actual para la reclamación de la póliza de seguro de gastos médicos.

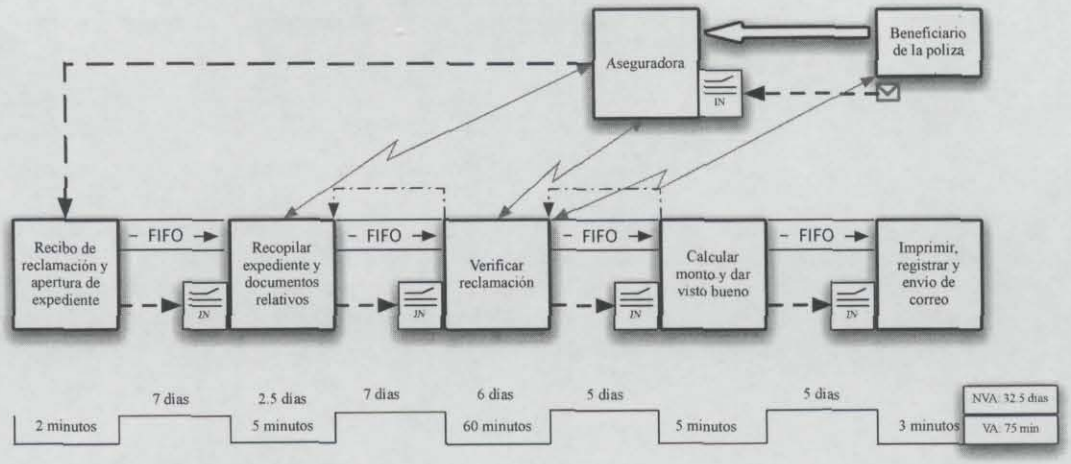


Figura 36. Mapa de Valor del Estado Actual (ejemplo)

Continuando con el ejemplo, el equipo de trabajo en el proyecto detectó las áreas de mejora para el proceso y qué se identifican en la Figura 37.

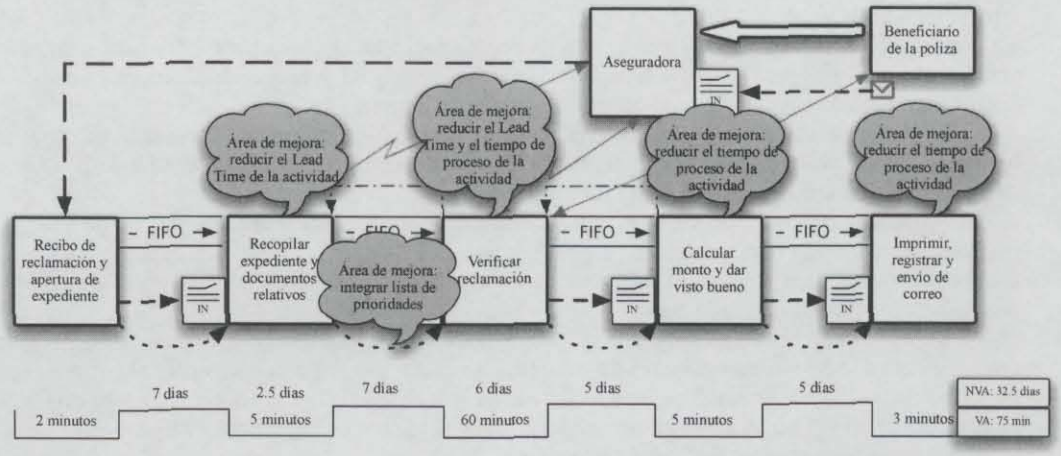


Figura 37. Identificación de Áreas de Mejora (ejemplo)

El equipo de mejora se dio a la tarea de implementar mejoras en los procesos identificados, de está manera se llevaron a cabo eventos Kaizen para lograr el objetivo de reducción de tiempos de proceso. En la Figura 38 se muestra el resultado de esta mejora.

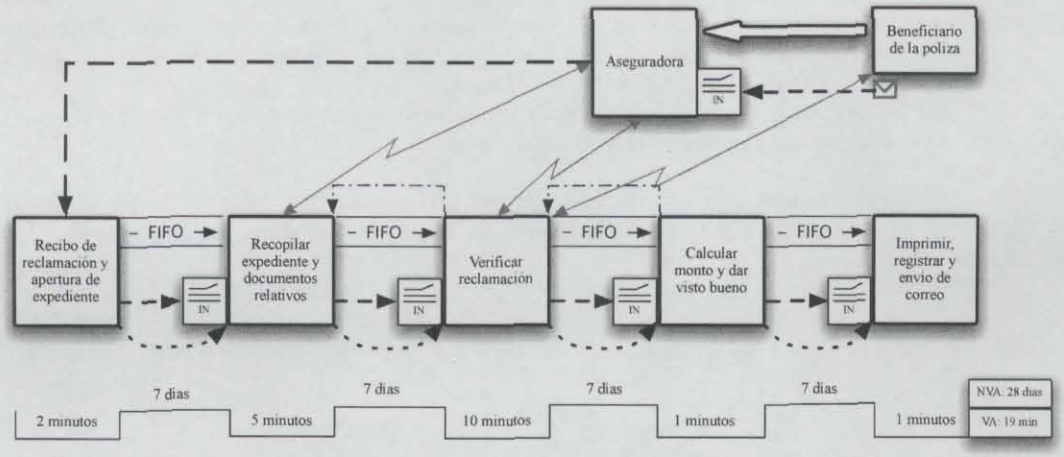


Figura 38. Mapa de Valor del Estado Futuro (ejemplo)

Se hace evidente, que el tiempo total del proceso (Lead Time) se reduce en un 14% sin realizar inversiones en equipo o tecnología, solo modificando los procesos y el flujo de los mismos. Por otro lado, es necesario aclarar que el proceso de mejora continua debe perdurar en el equipo de trabajo en la búsqueda de reducciones de costos y al mismo tiempo incrementando el nivel de satisfacción de los pacientes, lo cual puede generar nuevos proyectos de mejora.

Seis Sigma

Es indudable que una de las actividades con mayor riesgo en los hospitales es la medicación, por lo que Seis Sigma contribuye en forma importante en la reducción del riesgo y por tanto en la mejora de la atención médica. A continuación se muestra un ejemplo de aplicación, que como en los anteriores, se refiere a un caso desarrollado en los Estados Unidos de América (Chaplin, 2003).

Identificación del problema

Durante el tiempo de análisis del problema se detectó que algunas funciones para la administración de medicamentos no cumplían con las especificaciones.

En primer lugar se identificaron problemas con las órdenes verbales, las cuales no fueron firmadas por el médico a cargo dentro de las primeras 48 horas que se requiere por el estándar. En segundo lugar el número de eventos por reacciones adversas a medicamentos era varias veces por debajo de lo que la bibliografía sugiere en un sistema hospitalario y su identificación era ineficaz. Adicionalmente se identificó documentación incompleta a nivel pre y post evaluación del dolor en el paciente una vez aplicados los medicamentos. Por otro lado, el registro de los signos vitales del paciente no fueron documentados como sugiere la rutina correspondiente, antes de la administración del medicamento. Por último, el Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) sugiere que los errores en medicación pueden ocasionar 98,000 muertes por año y el 25% de ellos son originadas por el proceso de administrar medicamentos y son totalmente prevenibles.

Alcance y objetivos del proyecto

El proyecto se definió cómo el sistema de administración de medicamentos desde el momento en que la orden del médico fue escrita hasta la respuesta al medicamento por parte del paciente. Se incluyeron los sub-procesos de solicitud del medicamento, llenado de receta, entrega, dispensación del medicamento, administración del medicamento y la evaluación de la respuesta del paciente, así como el monitoreo de la efectividad del proceso completo.

Los objetivos del proyecto se determinaron basados en los indicadores sugerido por el Instituto de Medicina, los cuales son; tiempo de administración, efectividad, eficiencia, seguridad, nivel de satisfacción del paciente y el impacto en la reducción de costos y la mejora en confiabilidad del sistema.

Equipo del proyecto

El equipo estuvo conformado por el CEO del hospital, el Director Médico, un representante del área de Farmacia, el Director de Calidad, dos enfermeras, el Gerente de Admisiones, el Gerente Financiero, el Director de Servicios Clínicos y el responsable del área de nutrición. El equipo completo fue capacitado por seis meses en el uso básico de las herramientas, en los principios de *Lean Healthcare* y Seis Sigma y en la metodología DMAIC (Defining, Meseauring, Analyzing, Improving and Controlling). A continuación un resumen de cada una de las etapas del proyecto conforme a la metodología DMAIC.

Definición del problema (*Defining*)

En esta etapa el equipo desarrollo el mapeo de procesos con la intención de tener claro el proceso de administración de medicamentos desde la receta del médico hasta la evaluación de la mejora en el paciente. Como resultado del mapa de procesos se identificaron 67 pasos diferentes con un mínimo de 35 indispensables. Al mismo tiempo se identificaron los problemas y desperdicios del mismo proceso; alto costo de inventarios, alto costo de personal, diferencias en los registros del sistema de gestión, administración de medicamentos incompleta y de respuesta lenta, documentación inadecuada en registros del paciente y fallas en indicaciones telefónicas.

Para determinar el punto de vista de los pacientes se realizaron entrevistas a los mismos y los puntos relevantes se agruparon en características indispensables de calidad en el servicio, ver Figura 39.

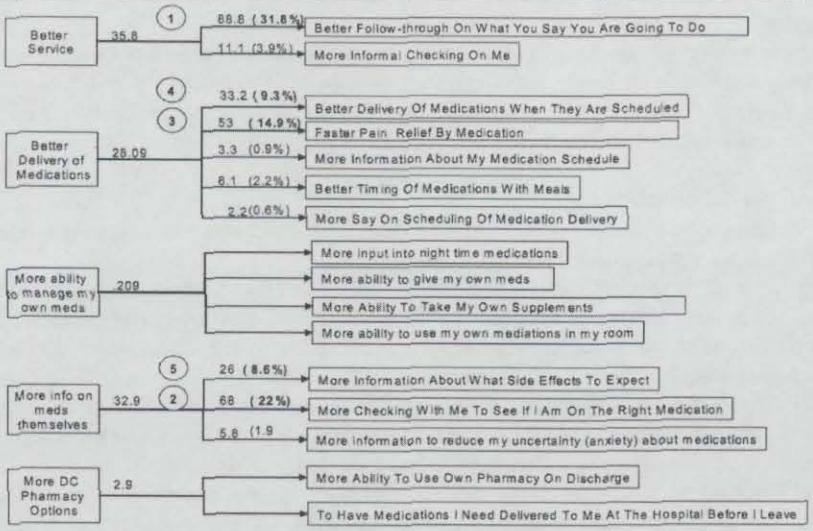


Figura 39. Características Indispensables de Calidad (Chaplin, 2003)

Medición (*Measuring*)

En esta etapa el equipo desarrollo el mapeo de procesos con la intención de tener claro el proceso de administración de medicamentos desde la receta del médico hasta la evaluación de la mejora en el paciente.

Las cinco características más importantes fueron seleccionadas y se aprecian en la Figura 40, posteriormente se establecieron los métricos de desempeño:

1. Tiempo de ciclo, desde la solicitud hasta la administración del medicamento.
2. Número de rutinas de medicación perdidas en Admisión.
3. Porcentaje de medicamentos entregados a tiempo.
4. Porcentaje de soluciones de administración (dolor).

Adicionalmente a estos métricos se establecieron otros para evaluar el desempeño del proceso de administración de medicamentos; (1) número de entradas a farmacia por noche/fin de semana, (2) número de eventos adversos, (3) número de errores en medicación, (4) frecuencia de errores en documentación, (5) frecuencia de retrasos en firmas, registro y medicación por órdenes verbales y, (6) nivel de dolor antes y después de la medicación.

Análisis (*Analyzing*)

La mayoría de los errores médicos existen derivados de la brecha que existe en nuestros mapas mentales y no pueden ser resueltos con simples medidas regulatorias y estándares de calidad. Éstos requieren una radical forma de pensar acerca de las fuentes de los errores y respuestas creativas de los directivos en los hospitales. Los integrantes del proyecto llevaron a cabo un análisis de las causas raíz de los problemas de medicación y utilizando herramientas de análisis, identificaron las siguientes causas:

1. Factores humanos, cómo; fallas en la memoria, atención selectiva y vigilancia limitada causan fallas en el registro y documentación.
2. Los esfuerzos anteriores para mejorar los resultados se basaban en educación al personal en conceptos y reglamentaciones.
3. Los esfuerzos de mejora anteriores se centraban en las consecuencias de las tareas más que en la respuesta organizacional hacia la mejora como cultura en la organización.

Una herramienta adicional desarrollada en esta etapa fue el Análisis y Modo de Efecto de Falla (FMEA por sus siglas en ingles) para identificar las posibles fallas en el sistema y el modo en que afectan al proceso. Una vez identificadas se definen las acciones de prevención de falla y son documentadas.

Mejora (*Improving*)

Utilizando las herramientas de *Lean Healthcare* el equipo estableció como estrategia mejorar el proceso a través de; reducción del tiempo de ciclo, indicadores visuales de desempeño, estandarización de actividades y funciones y el diseño e implementación de instrucciones de trabajo estándar.

Algunos de los resultados obtenidos en este proyecto se muestran a continuación, para mayor detalle referirse al documento de Chaplin, (2003).

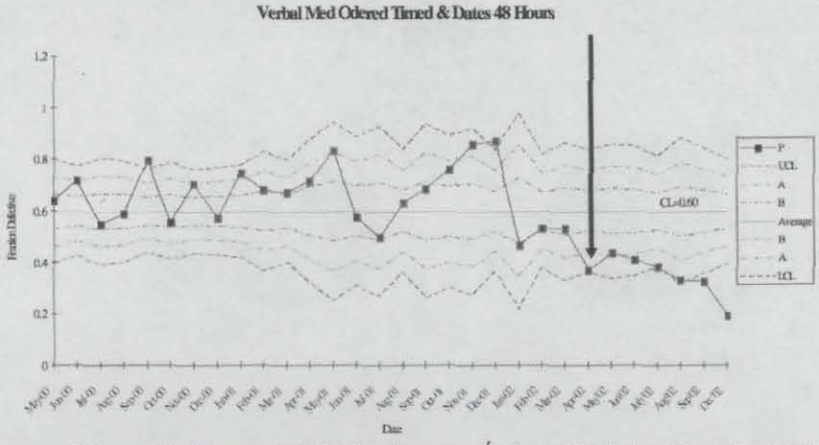


Figura 40. Tiempo de Medicación para Órdenes Verbales (Chaplin, 2003)

Control (Controlling)

El equipo del proyecto desarrollo la propuesta para establecer el sistema de calidad basado en el estándar ISO/IWA 1, logrando cumplir con el mismo en; la identificación de los requerimientos del paciente en cuanto a la mediación, involucramiento de todo el personal en la mejora de procesos, búsqueda del logro de los objetivos de mejora en los procesos, medición y mejora de los procesos.

El inicio en la sensibilización y conocimiento de *Lean Healthcare* y Seis Sigma contribuyen en forma importante en la cultura de mejora, por lo que una vez obtenidos resultados favorables en procesos piloto es factible y necesario desplegar dicho esfuerzo a lo largo de toda la organización.

4.2.3 Etapa 3: Despliegue de *Lean Healthcare* y Seis Sigma en la organización

La etapa 1 la organización estableció los PCN y sus PS, los cuales se documentaron y una vez definido el sistema integral de gestión de calidad permite cumplir con los requerimientos de certificación. De esta manera la organización se encuentra preparada para iniciar el proceso de implementación de *Lean Healthcare* y Seis Sigma, de acuerdo a la etapa 2, en la cual se asegura que todo el personal este sensibilizado de los conceptos y del impacto favorable en el resultado previsto: incrementar la satisfacción del paciente y al mismo tiempo tener la oportunidad de reducir los costos operativos.

La etapa 3 del MEOH tiene como objetivo el despliegue de *Lean Healthcare* y Seis Sigma a lo largo de toda la organización. Una vez cumplida esta etapa se prevén los siguientes resultados:

a. Análisis y toma de decisiones en forma sistémica, es decir se consideran las implicaciones en el sistema completo.
b. Estandarización de las mejoras y su despliegue en toda la organización.
c. Satisfacción del cliente como eje conductor en el análisis y mejora de los procesos.
d. Mejora considerable en los resultados operativos: reducción de costos, mejora en el nivel de servicio y reducción de la variabilidad de los procesos.

La GP, *Lean Healthcare* y Seis Sigma se integran cómo un sistema basado en los tres pilares mencionados anteriormente apoyando a los aspectos clave de operación en los hospitales, ver Figura 41.

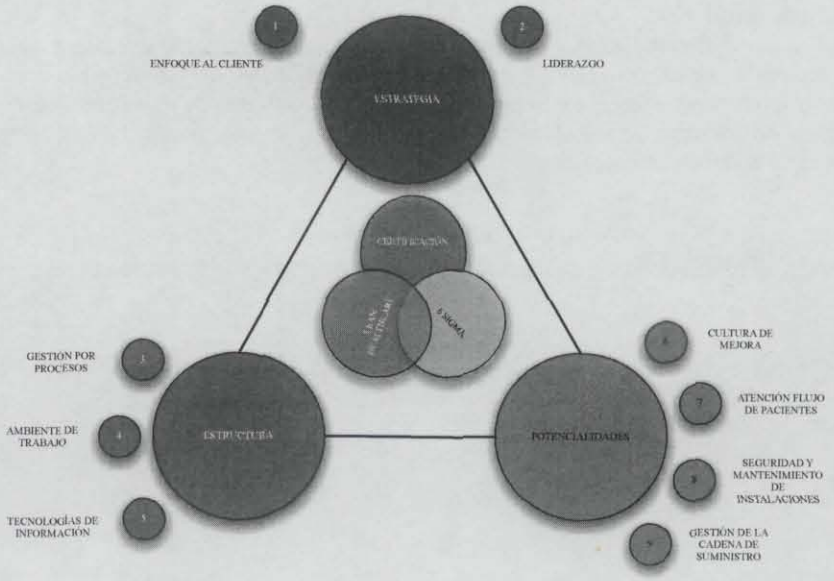


Figura 41. Etapa 3, Despliegue en la Organización

4.2.4 Etapa 4: Cultura de Mejora Continua como proceso de toma de decisiones

La última etapa del modelo MEOH, Figura 42, pretende inculcar en las organizaciones la mejora continua como un proceso interminable que lleva a la organización a la búsqueda de la excelencia operativa y del servicio. Podría considerarse que en ese momento la organización se convierte en punto de referencia para otras organizaciones similares.

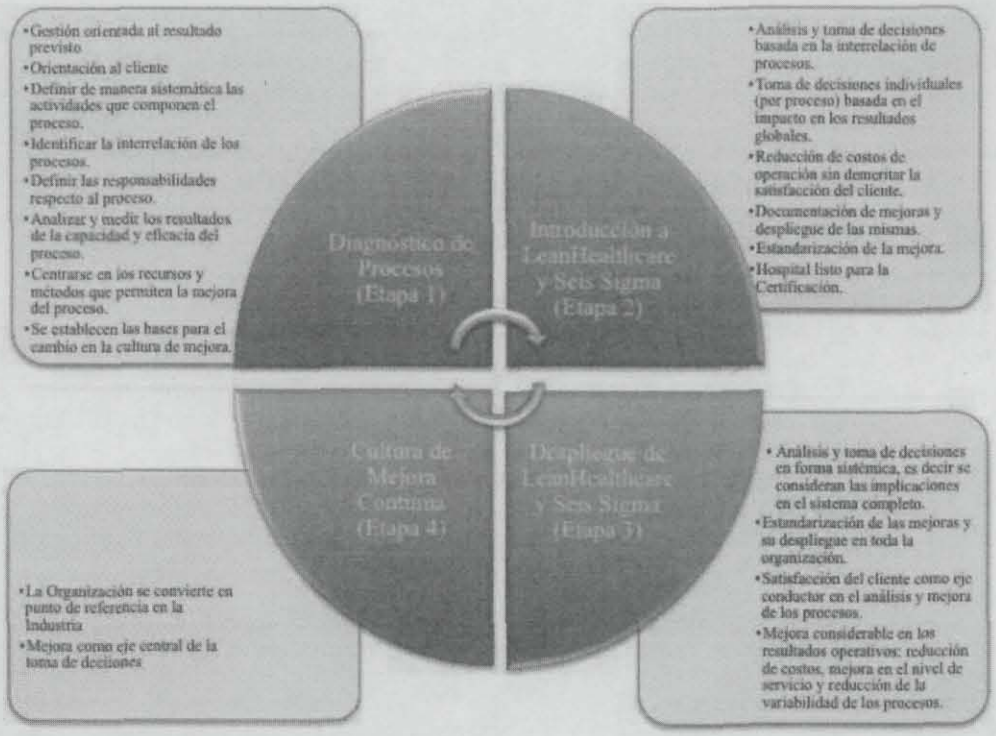


Figura 42. Modelo MEOH (Moreno y Mendoza, 2012)

En resumen, la contribución de la implementación de las herramientas mencionadas en las etapas anteriores – Gestión por Procesos (GP), *Lean Healthcare* y Seis Sigma – y que apoyan la certificación de hospitales se observa en la Tabla 21.

Tabla 21. Contribución de GP, *Lean Healthcare* y Seis Sigma en la Certificación de Hospitales (Moreno y Mendoza, 2012)

Metas internacionales de seguridad del paciente			
Requerimiento de certificación	Contribución de la GP	Contribución de Lean	Contribución de Seis Sigma
Identificar correctamente a los pacientes	Alta	Media	Alta
Mejorar la comunicación efectiva	Alta	Alta	Mínima
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	Media	Media	Alta
Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto	Media / Alta	Media	Alta
Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica	Media	Mínima	Alta
Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas	Media	Media	Mínima
Estándares centrados en el paciente			
Requerimiento de certificación	Contribución de la GP	Contribución de Lean	Contribución de Seis Sigma
Acceso a la atención y continuidad de las misma (ACC)	Alta	Alta	Mínima
Derechos del paciente y de su familia (PRF)	Alta	Mínima	Mínima
Evaluación de pacientes (AOP)	Alta	Alta	Alta
Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)	Alta	Alta	Media
Atención de pacientes (COP)	Alta	Alta	Mínima
Anestesia y atención quirúrgica (ASC)	Media	Alta	Media
Manejo y uso de medicamentos (MMU)	Alta	Alta	Media
Educación del paciente y de su familia (PFE)	Alta	Media	Mínima
Estándares centrados en la Gestión			
Requerimiento de certificación	Contribución de la GP	Contribución Lean	Contribución de Seis Sigma
Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)	Alta	Alta	Media
Prevención y control de infecciones (PCI)	Media	Media	Alta
Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)	Media	Alta	Mínima
Gestión y seguridad de las instalaciones (FMS)	Alta	Alta	Mínima
Calificaciones y educación del personal (SQE)	Alta	Alta	Mínima
Manejo de la comunicación y la información (MCI)	Alta	Alta	Mínima
Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)	Alta	Alta	Media

4.3 Requerimientos de implementación

Durante el desarrollo de la presente investigación ha sido notorio que existen barreras tradicionales en el desarrollo e implementación de proyectos de mejora. Dichas barreras se refieren, principalmente, a resistencia al cambio, definición estratégica del rumbo de la organización, definición clara de objetivos e indicadores de desempeño, establecer prioridades de los proyectos de mejora y el desconocimiento de los conceptos de DO aplicados en los hospitales.

De esta manera, proponemos los siguientes factores como elementos que permitirán una mayor probabilidad de éxito en la implementación del modelo propuesto:

1) **Definición estratégica del hospital:** requisito necesario para determinar el rumbo de mediano y largo plazo, determinando la estructura y potencialidades (infraestructura, personal, procesos y servicios) adecuadas para esa visión estratégica. Identificando la brecha que existe entre lo que se busca y la situación actual.
2) **Honesto y sincero enfoque al cliente:** es necesario que las actividades de planeación y ejecución de la misma sean con un enfoque real a la satisfacción del cliente. El trato amable y cálido a los pacientes no es suficiente para garantizar un enfoque al cliente, se requiere que la visión y la cultura de la organización se enfoquen en la solución de las necesidades de los pacientes. Es

decir, los proyectos de mejora deben ser enfocados a la mejora desde el punto de vista del paciente y, cómo resultado de la mejora, la organización logra la reducción de costos.

3) **Sensibilización y entrenamiento:** una forma de eliminar la resistencia al cambio es a través de sensibilización del personal sobre los beneficios de las herramientas de DO antes de iniciar el entrenamiento. De ésta manera el personal será consciente de los esfuerzos que serán necesarios para el desarrollo e implementación de estas herramientas. El entrenamiento deberá de ser basado en las herramientas aplicables a cada hospital y adecuadas a su realidad.
4) **Definición de proyectos y prioridades**: los proyectos de mejora deben ser definidos basados en la prioridad para incrementar la satisfacción del paciente, por ejemplo: reducir el tiempo de atención médica, incrementar el valor al cliente, mejorar el flujo de pacientes. De esa manera el hospital identifica las tareas que más valor proporcionan a los pacientes y que permiten eliminar los desperdicios más comunes.
5) **Definir equipos de trabajo multi-disciplinarios**: esto permitirá realizar los proyectos de mejora de forma sistémica, promoviendo el beneficio integral: incremento en la satisfacción de los pacientes y al mismo tiempo reducción de costos y eliminación de desperdicios en todo el proceso a mejorar.
6) **Definir áreas piloto**: aquellas que aseguren el impacto en la mejora de los resultados y que impliquen integrar diferentes áreas del hospital. El definir proyectos de mejora focalizados en un departamento específico no permiten identificar el resultado integral en la organización. Por ejemplo, un proyecto de mejora que sólo reduzca el inventario de materiales en el laboratorio tiene un impacto favorable sólo para el laboratorio y no garantiza el incremento del nivel de satisfacción del paciente y una reducción en el tiempo de atención.
7) **Seguimiento a los proyectos piloto**: el seguimiento se debe dar hasta que los resultados de la mejora se sostengan en forma rutinaria y que las actividades no requieran constantes ajustes relevantes para lograr el objetivo. El objetivo del seguimiento es evitar que el personal regrese a desarrollar sus actividades como lo venía haciendo hasta antes de iniciar el proyecto de mejora, derivado principalmente de viejas prácticas.
8) **Visión de mejora continua**: un potencial error en éste punto puede generar que los proyectos no culminen y perduren en forma interminable. No se debe considerar la mejora continua cómo interminables ajustes a los proyectos de mejora, más bien se debe considerar como un proceso de revisión periódica que identifica las áreas potenciales a ser mejoradas, pero que impactan en forma positiva al valor agregado para el paciente.
9) **Compartir experiencias**: el personal involucrado en los proyectos deberá transformar su experiencia en un aprendizaje para la organización a través de sesiones rutinarias para transmitirlas. Cuando el conocimiento sólo se queda en los participantes de un proyecto no se logra el aprendizaje en la organización, lo que provoca que sea necesario re-iniciar los procesos de sensibilización y entrenamiento con cada nuevo integrante. Cuando el aprendizaje se queda en la organización, la integración de las nuevas personas es mucho más ágil y transparente.
10) **Búsqueda de la excelencia**: en el entorno de atención médica y la constante revisión de los procesos y el aprendizaje de las mejoras implementadas. Todas las personas en su día a día deberán buscar dicha perfección desde el punto de vista del paciente. La satisfacción total de las expectativas de los pacientes debe ser punto focal en todas las actividades del hospital.

CAPÍTULO 5. CASOS DE APLICACIÓN

5.1 Análisis de casos de aplicación del MEOH

Durante el desarrollo de ésta investigación se realizaron diferentes actividades de análisis de la situación actual de 4 hospitales, en donde se propuso la implementación del MEOH. A continuación se describe el análisis realizado en dichos hospitales de acuerdo al orden en que nos permitieron el ingreso, se omite el nombre del hospital por razones de confidencialidad.

Hospital "A"

Hospital privado, no lucrativo, con más de 60 años de operación. Clasificado como Nivel 3, cuenta con 71 camas para hospitalización, cubre 65 especialidades de atención médica, otorga servicio a pacientes particulares, de aseguradoras, de bancos, de instituciones y de empresas privadas. Al momento de la investigación contaba con las siguientes certificaciones y reconocimientos: Hospital certificado por el Consejo de Salubridad General en 2005, Certificación ISO 9001:2008 en 2007, Distintivo "H" en 2009, *Joint Commission International* en 2010, Premio Jalisco a la Calidad en 2011, Empresa Socialmente Responsable en 2011 y Certificación ISO 14001:2004 en 2011.

Desde el año 2004 inicio un programa de mejora continua basado en la Calidad en el Servicio y cuenta con un sistema de gestión integral basado en el proceso Planear – Hacer – Verificar – Actuar para lograrlo. Dicho sistema ha ido evolucionando a través de los años para el cumplimiento de los diferentes reconocimientos y certificaciones mencionados anteriormente.

En el año 2011 inician el proceso para implementar *Lean Healthcare* y posteriormente Seis Sigma, su sistema cuenta con manuales, procedimientos e instructivos de operación bien implementados pero a *nuestro juicio, se encuentra sobre documentado.*

Cuenta con una estructura organizacional bien definida que incluye el área de Calidad dependiendo directamente de la Dirección Administrativa, de esta manera el área de Calidad tiene la responsabilidad de dar seguimiento al Sistema Integral de Gestión para cumplir con los requerimientos y mantener las certificaciones correspondientes.

El hospital ha definido tres macro procesos: (1) Proceso Gerencial, (2) Proceso de Salud Integral, y (3) Proceso de Soporte. Cada uno de ellos cuenta con procesos internos para cumplir con todos los requisitos establecidos. Para efectos de ejemplificar la estructura del sistema a continuación se describe el macro proceso de Salud Integral, ver Figura 43.

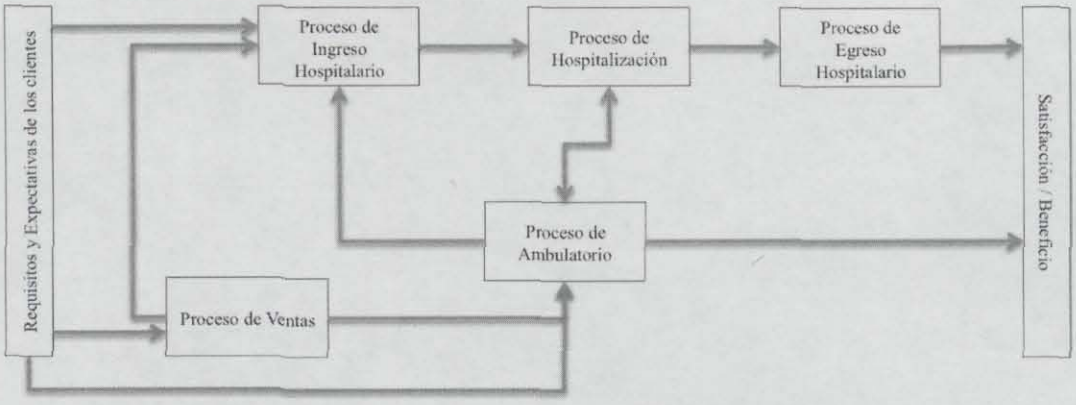


Figura 43. Macro Proceso de Salud Integral (Hospital "A")

Para cada macro proceso y procesos se definen los recursos necesarios, los departamentos involucrados, los métodos de trabajo y los indicadores de desempeño a cumplir, así como los requerimientos específicos para la certificación obtenida (e.g., ISO 14001:2004), todo esto de acuerdo al ciclo Planear – Hacer – Verificar – Actuar.

Derivado de la implementación de su sistema el Hospital "A" es considerado por muchos como modelo de trabajo en los procesos de certificación nacional e internacional. En el 2011 inician la implementación de *Lean Healthcare* a través de la capacitación de su personal en la filosofía. Siendo

pioneros en la implementación de diferentes herramientas de mejora han encontrado cierta dificultad para conseguir asesoría adecuada a sus condiciones y requerimientos. Lo anterior los ha llevado a tomar medidas hechas en casa sin la ayuda de expertos profesionales y lamentablemente a prueba y error, que puede ocasionar un proceso lento y, seguramente, que requiera más tiempo del que se tiene planeado.

Una característica de su proceso evolutivo es que las iniciativas han sido en orden de importancia para el hospital y como la mencionamos anteriormente, provocan que los esfuerzos se dirijan a la implementación de una herramienta y una vez logrado inicien el proceso de implementación de una siguiente, como lo hacen patente en su propuesta de mejora continua. De acuerdo al análisis realizado, observamos dos cuestiones:

- El tiempo invertido para llegar a obtener dichos reconocimientos y certificaciones ha sido muy largo (alrededor de 8 años).
- Las iniciativas de mejora han sido secuenciales y complementarias.

Aportación a la investigación

Si bien es cierto que nuestro objetivo pretendía validar el MEOH, las características y avances de éste hospital no fueron las adecuadas para implementar el modelo, fue enriquecedor validar que la Gestión por Procesos es pieza fundamental en el desarrollo e implementación de herramientas de mejora continua, especialmente en los hospitales. Éstas mismas características nos confirman el hecho de que la implementación de herramientas de mejora en pasos requiere de un alto compromiso de la Dirección del hospital y mayor inversión de tiempo para lograr los objetivos.

Por otro lado confirman la necesidad de los hospitales por implementar herramientas más ingenieriles en la búsqueda de mejorar los costos operativos y que no sean vistos como proyectos aislados. Pero a su vez es necesario que se cuente con especialistas en el ramo médico en la implementación de *Lean Healthcare* y Seis Sigma.

Las características de este hospital y su avance, por más de ocho años, en los procesos de mejora, hace evidente dos realidades: (1) los hospitales no pueden esperar tanto tiempo para lograr una cultura de mejora continua y, (2) la mejora en la operación diaria no se debe considerar como un proyecto aislado. De esta manera, podemos asegurar que el MEOH contribuye en forma positiva a dar respuesta a estas dos realidades; mejora sustancialmente el tiempo de implementación y a su vez contribuye favorablemente a la reducción de costos e incrementa el nivel de satisfacción de los pacientes.

Hospital "B"

Hospital privado Nivel 3 con más de 115 años de operación, cuenta con 50 camas de hospitalización y atención a más de 30 especialidades. En su estructura organizacional cuenta con un departamento de calidad que tiene las funciones de establecer el sistema de calidad para la obtención de la certificación por el Consejo de Salubridad General.

Recibió la auditoría de certificación en agosto del 2011 no logrando el resultado favorable, se les solicitó implementar varias correcciones al sistema y contó con una segunda auditoría de certificación en diciembre 2011, siendo sus principales fallas en la gestión de medicamentos. Para la segunda auditoria de certificación éste hospital logro cubrir las deficiencias y obtuvo la acreditación.

Su sistema de calidad cuenta con un Manual de Organización donde se establece la visión, misión y valores del hospital hacia los pacientes, describe en forma general las políticas y estructura organizacional, así como las funciones y responsabilidades de los que laboran en dicho hospital. Documento de más de 90 páginas y que se complementa con 14 manuales de procedimientos, uno para cada apartado del estándar de certificación, por demás está decir que es un sistema de documentos.

En el Manual de Organización se establecen los Comités Médicos y demás necesarios para dar cumplimiento a los estándares de certificación: mortalidad hospitalaria, materno-perinatal, evaluación y control de infecciones, el de ética, calidad de la atención médica, auditoria médica, evaluación del expediente clínico y tejidos, el de Seguridad y atención médica en casos de desastre y el de farmaco-vigilancia.

La tarea titánica del Gerente de Calidad se centra en la documentación y seguimiento a los documentos del Sistema de Calidad a través de los responsables de departamento y áreas respectivas.

Aportación a la investigación

Durante más de tres meses se insistió en la implementación del MEOH con una respuesta casi nula, ya que el proceso de certificación implicó gran demanda de tiempo del gerente de Calidad. Dando seguimiento a su proceso de certificación se identificaron las siguientes áreas de oportunidad:

- La estructura del sistema basada en documentos obliga al responsable a invertir la mayor parte de su tiempo de la documentación, ya sea corregir o verificar su cumplimiento al estándar.
- La asignación de responsables por apartado del estándar de certificación no permite tener una visión global del hospital y como consecuencia existen actividades duplicadas y pérdida de tiempo en la documentación.
- La respuesta a la auditoria implicó un exhaustivo análisis de estos errores típicos y, por supuesto, mayor inversión de tiempo para la respuesta.
- Los departamentos involucrados en las inconformidades de la auditoría trabajaron en forma aislada y dando respuesta desde un punto de vista individual y no sistémico.

Esta intervención pone de manifiesto la necesidad de contar con una metodología sistemática para lograr los objetivos inmediatos, sin perder de vista los beneficios de un sistema integrado de mejora continua y al mismo tiempo mejorar radicalmente los costos operativos del hospital.

En cuanto a la atención médica, es notorio su enfoque a la satisfacción del paciente y el garantizar su pronta recuperación, sin embargo existen ineficiencias en la gestión del hospital que requieren un análisis integral y no acciones aisladas (e.g., costos de inventario altos, productos obsoletos en almacén y tiempo de espera largos en el laboratorio).

Hospital "C"

Hospital Nivel 3 con más de 15 años de operación, cuenta con la certificación del Consejo de Salubridad General desde el año 2009 y en el año 2013 deben cumplir con su proceso de re-certificación. Atienden a más de 30 especialidades de atención médica en 140 camas de hospitalización. Su estructura organizacional contempla la dirección de calidad quien tiene a su cargo los procesos de certificación, la estructura de su sistema de calidad es típicamente la asignación de un responsable por apartado del estándar con las consecuencias ya mencionadas anteriormente.

En el proceso de intervención se trabajó con el responsable de dar cumplimiento al estándar MMU de certificación utilizando la estructura del MEOH. Los resultados obtenidos en la implementación son: reducción considerable de documentos desarrollados (de más de 200 páginas a menos de 50), integración de los diferentes responsables de departamento en el análisis y desarrollo del apartado, identificación de los requerimientos del estándar y los responsables de dar seguimiento y el desarrollo de documentos necesarios para el cumplimiento del estándar. A continuación se muestran los resultados de la intervención utilizando la metodología propuesta en el MEOH.

De acuerdo a la metodología propuesta en el MEOH, en primer lugar se definió el Proceso Clave de Negocio MMU que requería ser documentado para dar cumplimiento al estándar, de esta manera se obtuvo el siguiente esquema, Figura 44.

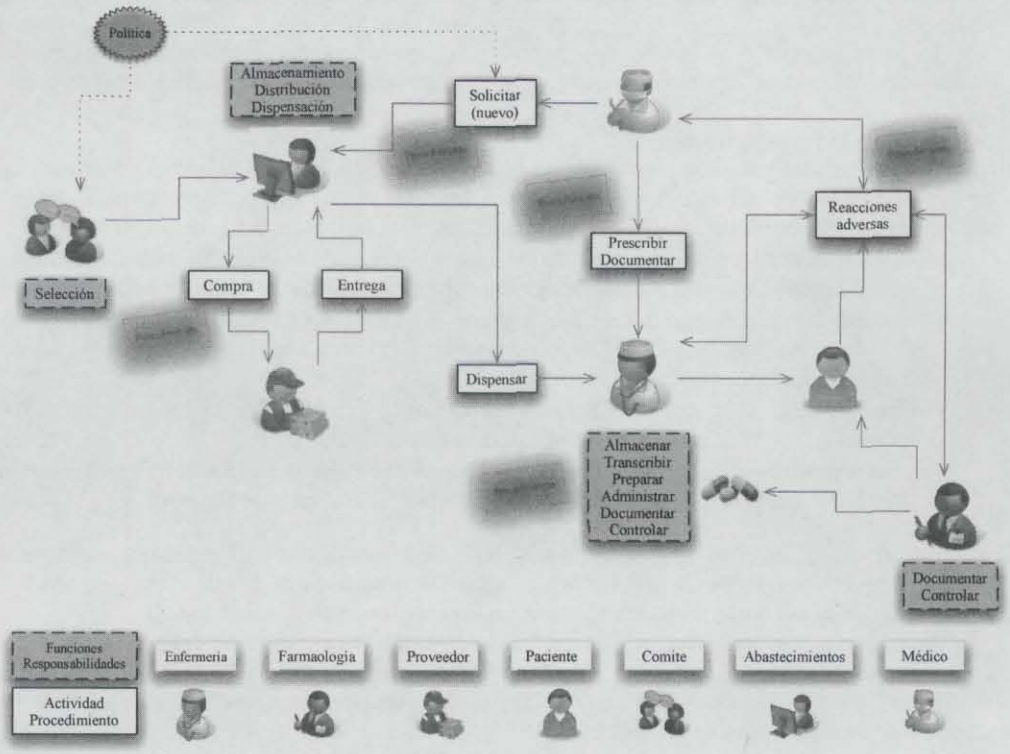


Figura 44. Diagrama de Proceso MMU, Hospital "C"

Continuando con la metodología propuesta, se definieron e identificaron los estándares aplicables al apartado analizado (MMU), los cuales se describen en la Tabla 22, a continuación.

Tabla 22. Interrelación de Procesos con MMU, Hospital "C"

PROCESOS RELACIONADOS			
ESTANDÁR	RELACIÓN	ESTANDÁR	RELACIÓN
MISP2, EM 1	MMU.4, EM 1	PCI.7 EM 2	MMU.5
MISP2, EM 1	MMU.4.4, EM 1	GLD.2 EM 7	MMU.2.2
MISP3, EM 3	Propósito de MMU.3	GLD.3.2.1 EM 1	MMU.2.2,EM 1
ACC.3.2.1 EM 4	MMU.4.5	GLD.3.2.1 EM 2	MMU.2.2 EM 2
AOP.2 EM1	MMU.7	GLD.3.3 EM 1	MMU.5.3EM4;
COP.2.2 EM 1	MMU.4	GLD.5 EM 1	MMU.1.1 EM 1
ASC.3 EM 1	MMU.4	SQE.8.4 EM 4	MMU.8 EM 2
MMU.3.2 EM 1	MMU.2.2, EM 1	SQE.10 EM 1	MMU.4.2 EM 2
MMU.4.5 EM 1	MMU.5.1	SQE.13	MMU.6, EM 3
MMU.5.1 EM 3	MMU.4.5	MCI.4 EM 1,3	MMU.5.1
MMU.8 EM 2	MMU.3.2	MCI.19.1 EM 4	MMU.4.4
PFE.4.1 EM 5	MMU.8	QPS.7 EM 3	MMU.7.1
QPS.6 EM 6	MMU.7.1	PCI.7 EM 1	MMU.5
QPS.7 EM 3	MMU.7.1	PCI.7 EM 2	MMU.5
PCI.7 EM 1	MMU.5		

Una vez identificados los departamentos involucrados y su interacción se procedió a desarrollar el mapeo del proceso, describiendo sus recursos necesarios, sub-procesos e indicadores de desempeño necesarios, la figura 45 lo resume.

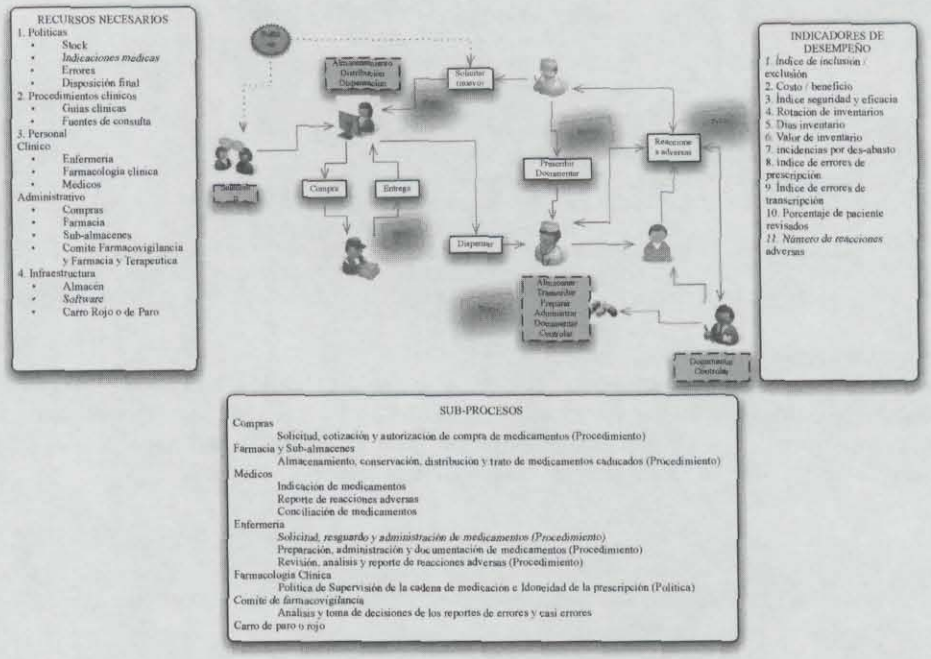


Figura 45. Mapeo del Proceso MMU, Hospital "C"

Con los documentos anteriores se realizó el Diagrama de Flujo para cada sub-proceso y un ejemplo de lo desarrollado se muestra en la Figura 46, a continuación.

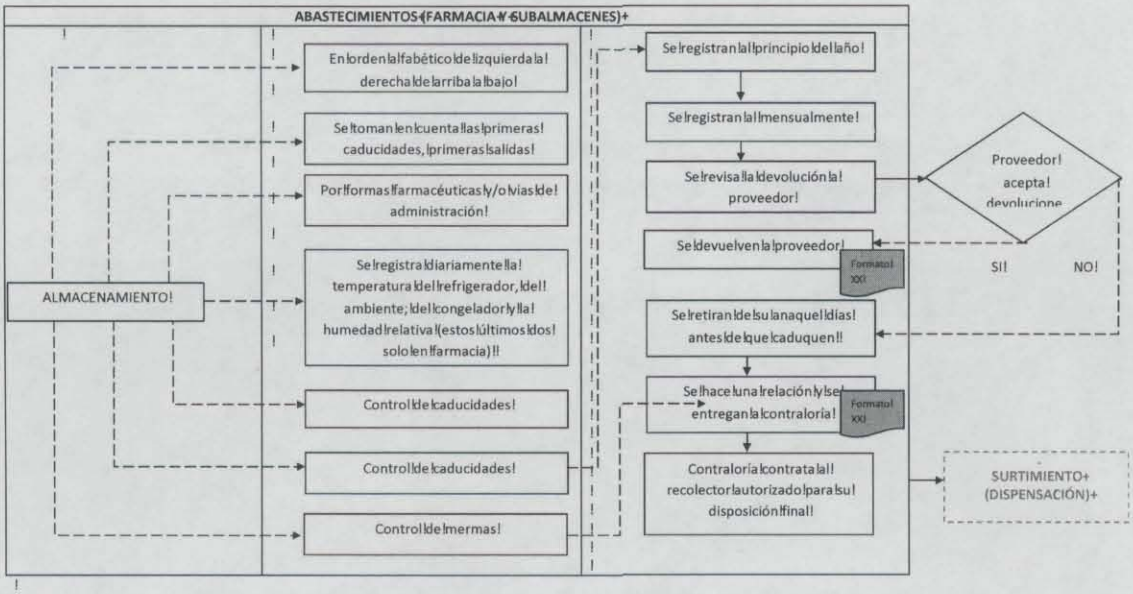


Figura 46. Diagrama de Flujo Ejemplo, Hospital "C"

El último paso del MEOH es la elaboración de documentos para el sistema de calidad, así se definieron y elaboraron los instructivos específicos necesarios en cada área o departamento, los cuales se listan a continuación. Como valor adicional en la intervención se sugirió implementar la codificación de los mismos para dar estructura al sistema de calidad.

IABA001. INSTRUCTIVO DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS (FISICO)
IABA002. INSTRUCTIVO DE CONTROL DE CADUCIDADES
IABA003. INSTRUCTIVO DE CONTROL DE MERMAS
IABA004. INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA DE MUEBLES
IABA005. INSTRUCTIVO DE ABASTECIMIENTOS DE MUEBLES
IABA006. INSTRUCTIVO DE CONTROL DE INVENTARIO
IABA007. INSTRUCTIVO DE SOLICITUD DE CONSUMOS
IABA008. INSTRUCTIVO DE SURTIMIENTO DE CONSUMOS
IABA009. INSTRUCTIVO DE SOLICITUD TRASPASOS (AUTOMATICOS)
IABA010. INSTRUCITVO DE SOLICITUD DE TRASPASOS (MANUAL)
IABA011. INSTRUCTIVO DE SURTIMIENTO TRASPASOS (AUTOMATICO Y MANUAL)
IABA012. INSTRUCTIVO SOLICITUD DE CARGA DIRECTA A PACIENTE (BOTIQUÍN)
IABA013. INSTRUCTIVO SOLICITUD DE CARGA DIRECTA A PACIENTE (OTRAS ÁREAS SURTIDORAS)

Aportación a la investigación

Una gran oportunidad de implementar el modelo propuesto MEOH y con resultados muy interesantes; reducción considerable de tiempo en el diseño y desarrollo del sistema, mejor entendimiento de los resultados esperados y su impacto en otros procesos, y la reducción considerable de documentos desarrollados y el tiempo requerido para completar el proceso.

Hospital "D"

Hospital Materno Perinatal, es un hospital público con atención Materna – Perinatal (binomio madre e hijo); canalizando su máximo esfuerzo a la atención médica integral y especializada de calidad y con calidez.

Se promueve la salud de la mujer en las distintas etapas de su vida reproductiva y no reproductiva y del recién nacido, otorga servicios a la población abierta y bajo el régimen Estatal de Protección Social en Salud conocido como Seguro Popular.

La Unidad atiende un 20% de población vulnerable no asegurada, y un 80% de población afiliada al Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS).

La UEAON se inaugura el día 28 de junio de 2004. Su creación fue resultado de las voluntades del Gobierno Municipal de Guadalajara y del Gobierno del Estado, a través del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, con presencia del Presidente de la República C. Vicente Fox Quesada, quien realizó el acto inaugural.

El H. Ayuntamiento de Guadalajara, proporcionó en comodato al Organismo una parte del inmueble denominado Unidad Médica Municipal "Dr. Mario Rivas Souza" además de mobiliario y equipo para iniciar las funciones y dar apertura a las siguientes áreas hospitalarias: Admisión, Urgencias, Labor, Toco-cirugía, Sala de Expulsivo, Quirófano, Recuperación, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos.

El 27 de Agosto del 2007, la Subsecretaría de Innovación y Calidad en Salud, de la Secretaría de Salud Federal, en base al cumplimiento en los estándares de Calidad y seguridad en los pacientes, otorgó la Acreditación Hospitalaria a la UEAON. Ese mismo año se dio apertura a la Unidad de Mastografía y a la Clínica de Displasias, para la atención integral de la mujer, debido a la alta demanda de estos servicios entre la población.

En el 2011, se re-inaugura La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con alta tecnología de las instalaciones innovadoras para dar atención y hospitalización a Recién Nacidos Graves y de Cuidados Intermedios, por la demanda que se presentó en los últimos 2 años, dando un crecimiento del 300% con 17 lugares, con presencia del Lic. Emilio González Márquez Gobernador Constitucional del estado de Jalisco.

En el mes de Junio 2012 llevó a cabo la evaluación de la sub secretaría de innovación y calidad en salud, de la Secretaria de Salud Federal con la Re-acreditación del Hospital. Actualmente el Hospital busca la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

Es por ello que trabaja para la obtención de la Certificación del Establecimiento de Atención Médica, es el proceso con 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 servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

Las ventajas competitivas que adquiere el Hospital al certificarse, serían las siguientes:

- Demostrar que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente en salud.
- Evidenciar el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Reforzar su imagen institucional pública, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Probar que el hospital es competitivo internacionalmente.
- Tener preferencia para ser considerado para la asignación de personal en formación. (Internos, Pasantes, Residentes)
- Garantizar el seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Como parte de ésta investigación se inicia con la implementación del MEOH a partir de Junio 2012 con el objetivo de obtener la certificación en diciembre del mismo año, en las primeras sesiones de trabajo con todo el personal directivo se estableció la metodología del MEOH iniciando con un proceso de sensibilización en la Gestión por Procesos. Como resultado de la primera sesión se organizaron los equipos de trabajo basados en los Procesos Clave de Negocio y que se describen a continuación.

1. Admisión, proceso que identifica las necesidades de atención o determina si la paciente es susceptible de ser aceptada para iniciar el tratamiento correspondiente

2. Triage y Valoración, donde se establecen los requerimientos de atención y se valida que el hospital cuente con los equipos y personal necesarios para su atención, en caso negativo se deriva a otro hospital, asimismo se determina que la paciente se encuentre en condiciones de parto.
3. Labor, donde las pacientes inician su proceso de atención médica para dar a luz a su bebe.
4. Quirófano, donde se realiza la atención médica necesaria para garantizar la salud y seguridad de Madre e Hijo.
5. Hospitalización, donde se lleva a cabo la recuperación de la madre y del hijo para posteriormente ser dada de alta, en caso necesario se cuenta con la Unidad de cuidados intensivo (UCIN) para casos críticos de bebes recién nacidos.
6. Egreso, donde se da de alta a la madre e hijo y se le da la información adecuada de la continuidad en la atención médica

Cada equipo de trabajo se estableció de acuerdo a su involucramiento e impacto en la atención médica de madre e hijo y con el objetivo de lograr la certificación en Diciembre.

A continuación se muestran algunos de los avances obtenidos en la implementación del MEOH, en sólo 1 mes de iniciado el proceso de implementación. En primer lugar se establecieron los PCN y los PS de acuerdo al siguiente diagrama, Figura 47.

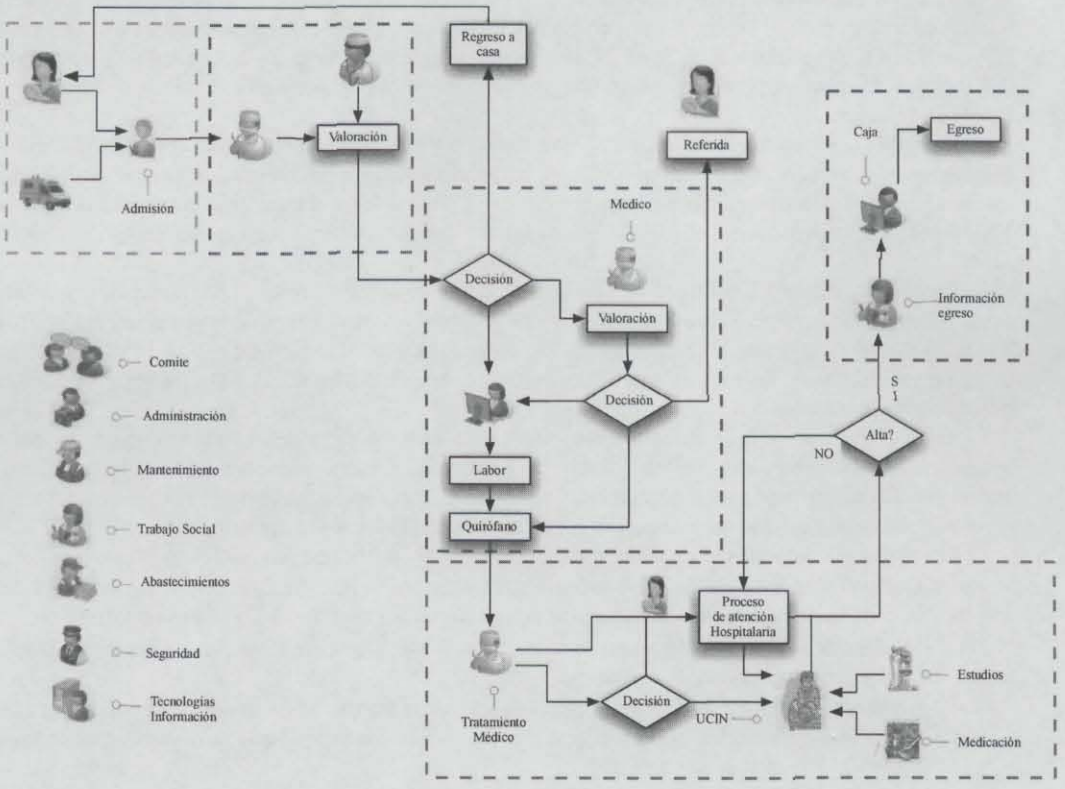


Figura 47. PCN y PS, Hospital "D"

Por tanto, se definieron 5 equipos de trabajo para el diseño, documentación e implementación del Sistema de Calidad, cada equipo trabaja en los siguientes documentos y se muestra un ejemplo de lo desarrollado al momento. La metodología propuesta implica que, para cada PCN definir y desarrollar los siguientes documentos.



A continuación se muestra la metodología desarrollada para el proceso de Admisión del Hospital "D" y el ejemplo de los documentos desarrollados.

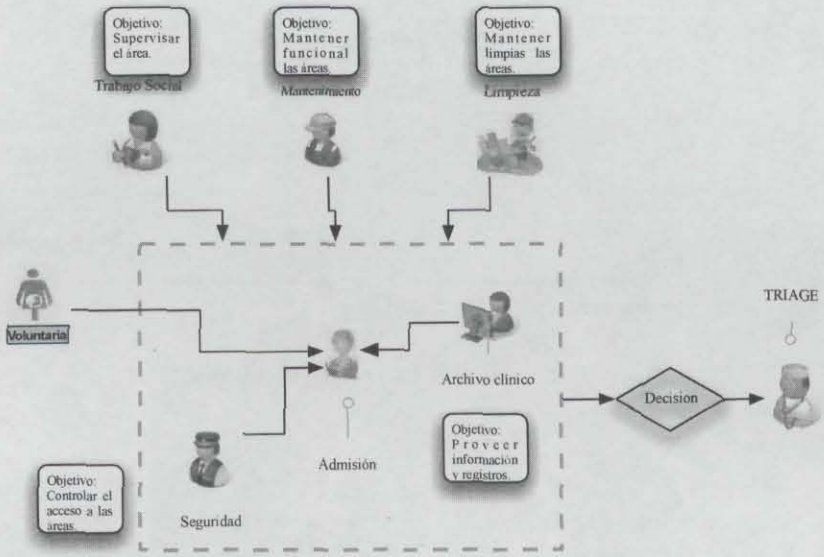


Figura 48. Diagrama del Proceso de Admisión ejemplo, Hospital "D"

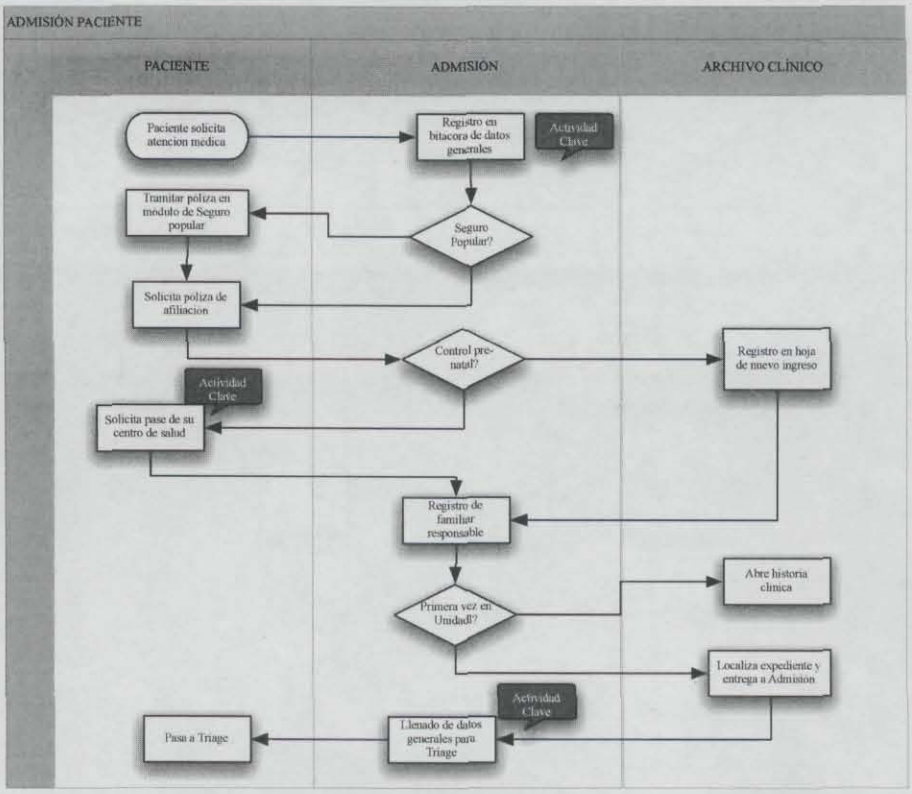


Figura 49. Diagrama de Flujo Ejemplo, Hospital "D"

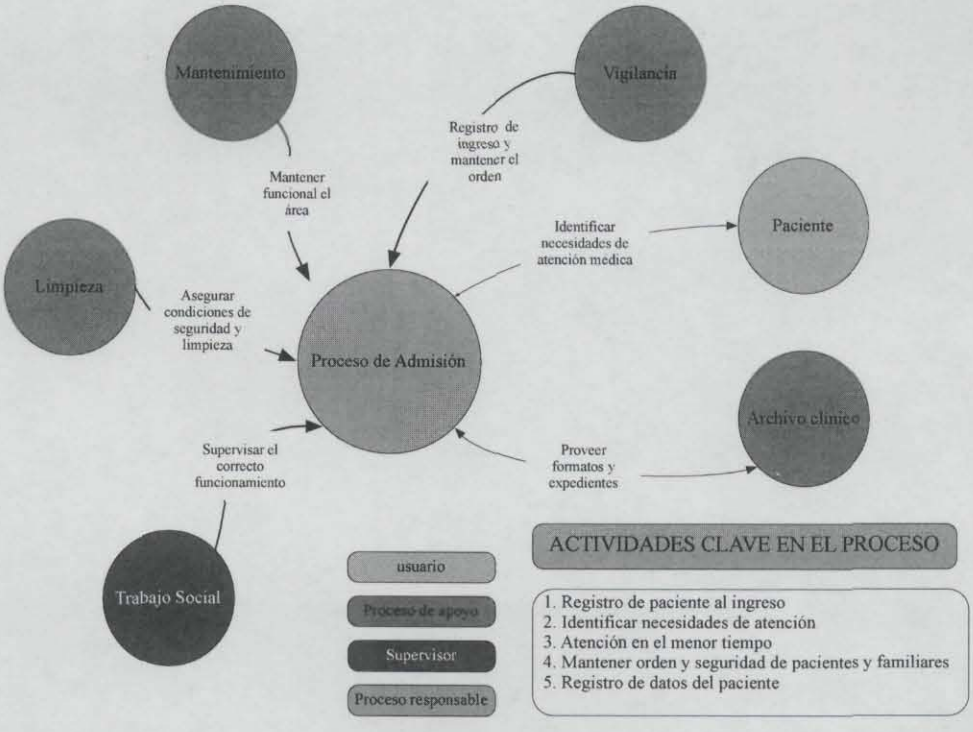


Figura 50. Diagrama de Interacción Ejemplo, Hospital "D"

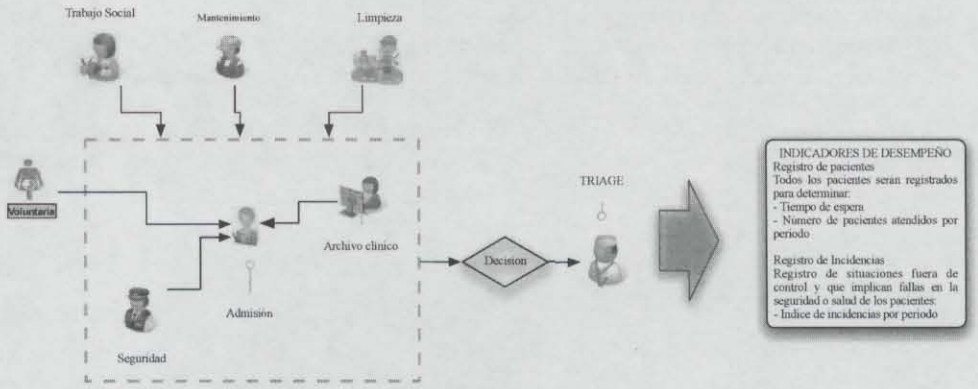


Figura 51. Indicadores de Desempeño Ejemplo, Hospital "D"

Tabla 23. Listado de Responsabilidades Ejemplo, Hospital "D"

Departamento / Área	Responsabilidad hacia el proceso de Admisión
Archivo Clínico	Entrega de papelería para registro de pacientes (Hoja de Triage, Hoja de Urgencia e Historia Clínica) Solicitud de número de expediente a Seguro Popular
Seguridad	Vigila y controla el acceso a la unidad Registra en una bitácora los datos generales de los pacientes Verifica que el buen orden permanezca dentro del área admisión Informa que somos una unidad libre de humo
Intendencia	Limpia el área y la mantiene en condiciones aseadas. Registra en una bitácora los horarios de limpieza Se requiere que se realice dos veces al día
Mantenimiento	Mantener funcional el área Registra en una bitácora las visitas de mantenimiento Llenar ordenes de servicio cuando se requiera Contar con órdenes de servicio en el área
Admisión	Asegurar que las pacientes pasen a urgencia en forma oportuna Llenar correctamente los datos de hoja de Triage y urgencia con los datos de la paciente correctos

A escasos 3 meses de intervención con el Hospital "D" se cuenta con un sistema de calidad diseñado a partir de los PCN y PS y en proceso de desarrollo los documentos específicos de cada PCN, sin embargo, es importante mencionar que el tiempo asignado a esta labor por parte de los equipos de trabajo no ha sido la inicialmente propuesta, derivado de sus actividades diarias. A detalle se mencionan los siguientes documentos en proceso de revisión:

1. Mapa General de Procesos Clave y Procesos de Soporte
2. Interacción de PCN y PS
3. Plan Estratégico 2010 – 2015
4. Políticas Generales de atención y Seguridad de los pacientes
5. Cédula para cumplimiento del Estándar de Certificación
6. Mapeo del Proceso de Admisión
7. Mapeo del Proceso de Triage
8. Mapeo del Proceso Médico
9. Mapeo del Proceso de Hospitalización
10. Mapeo del Proceso de Egreso

En proceso de diseño y desarrollo los siguientes documentos:

1. Matriz de identificación de Estándar vs. PCN
2. Procedimientos específicos por PCN y PS
3. Instructivos necesarios identificados para cada PCN y PS
4. Integración del Manual de Calidad General con todos los documentos generados

En forma esquemática el Sistema de Calidad propuesto quedará establecido de acuerdo a la Figura 52, siguiente.

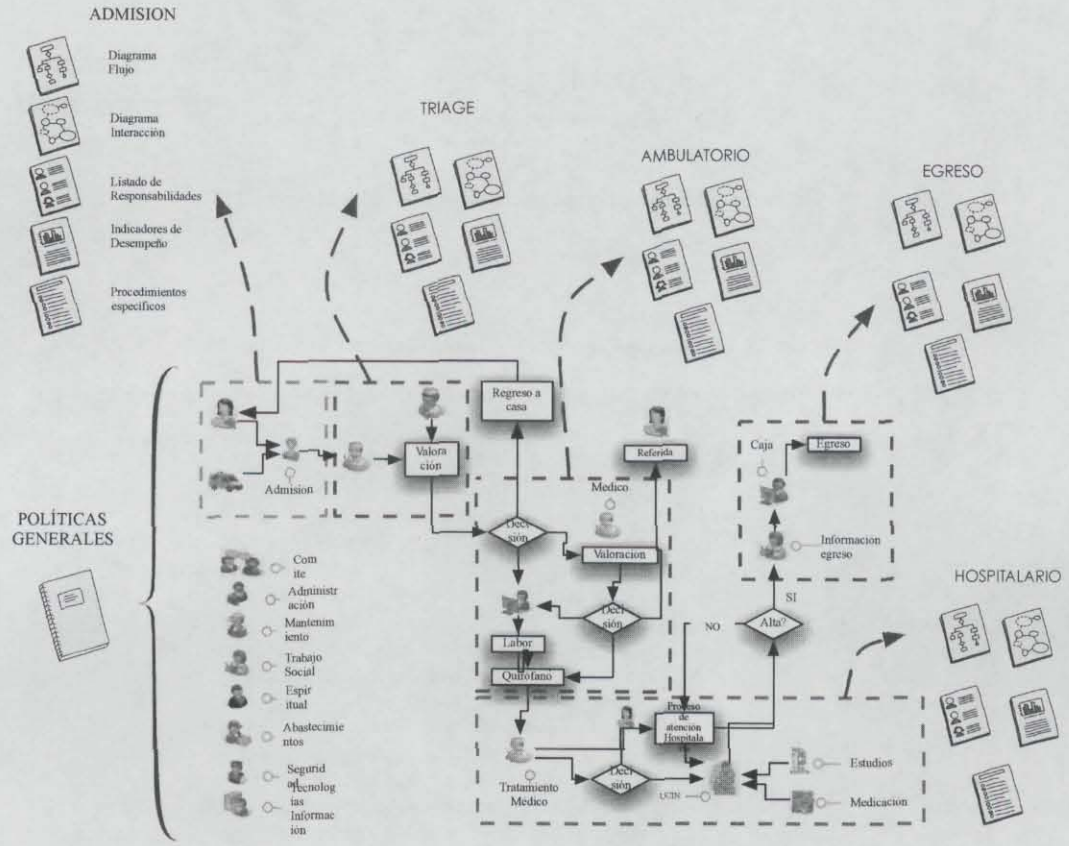


Figura 52. Sistema General de Calidad, Hospital "D"

Aportación a la investigación

De la misma forma que el Hospital "C", esta experiencia fue enriquecedora al confirmar que la metodología propuesta en el MEOH puede llevar a cualquier hospital a estructurar su sistema de calidad en un tiempo mínimo y con la certeza de cumplir con los requerimientos del proceso de certificación. Otra contribución muy importante fue la de validar que los PCN y los PS se pueden generalizar y solo es necesario hacer pequeños ajustes a la realidad específica de cada hospital.

De esta manera, es posible replicar el método y por lo tanto reducir en forma importante el tiempo de su implementación, sin olvidar que en el análisis de PCN y PS se llevan a cabo ajustes de mejora identificando áreas de oportunidad para la implementación de herramientas de *Lean Healthcare* y Seis Sigma.

Para el hospital "D" queda una estructura básica de su sistema de calidad la documentación completa del mismo asegurará que cumplan con los requisitos de la norma de certificación. Sin embargo, es necesario que las autoridades y personal del hospital tengan como prioridad el sistema de calidad y como consecuencia la certificación. Para que de ahí en adelante se lleven a cabo proyectos de mejora con las herramientas mencionadas en esta investigación.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

6.1 Conclusiones relativas a los objetivos de la investigación

En el proceso del desarrollo de la presente investigación he descubierto que la aplicación de conceptos y herramientas relacionadas con Dirección de Operaciones, Cadena de Suministro, *Lean Healthcare* y Seis Sigma representan una beta de oportunidad para su aplicación al SS.

Por otro lado, la experiencia vivida en la transformación de conceptos y herramientas, tradicionalmente de la industria de manufactura, al SS fue por demás gratificante al darnos cuenta que su aplicación no solo es factible, sino indispensable ponerlos en práctica. Esto permitiría a los hospitales lograr sus objetivos operativos; mejorar el índice de satisfacción de pacientes, mejorar la calidad de atención médica y al mismo tiempo mejorar la efectividad y eficiencia de sus procesos.

Antes de iniciar la presente investigación se realizó una búsqueda exhaustiva de la bibliografía relacionada con estos temas. Encontramos que no existen referencias de aplicaciones en el SS de México. Lo anterior nos llevó a determinar el siguiente objetivo general:

> "Definir el Marco de Referencia de la Dirección de Operaciones y la Cadena de Suministro en el Sector Salud de México a través del Modelo de Excelencia Operativa en Hospitales (MEOH), que permita identificar e implementar conceptos y herramientas de clase mundial en la mejora del desempeño operativo y la sustentabilidad de largo plazo."

Una vez desarrollado el modelo propuesto y puesto en práctica en los hospitales mencionados en el capítulo 5 podemos concluir que:

a. La estructura funcional de los hospitales puede ser traducida sin mayor problema a una Gestión por Procesos (GP) con 5 principales Procesos Clave de Negocio (PCN); Admisión, Triage (Derivación), Tratamiento Ambulatorio, Tratamiento Hospitalario y Egreso. Estos PCN con mínimos ajustes son similares a cualquier hospital aun tratándose de hospitales de Alta Especialidad o de Clínicas.
b. La diferencia importante radica en el número de personas involucradas en cada PCN y que requiere el involucramiento de ellas en la definición y desarrollo de los proyectos de mejora.
c. Los Procesos de Soporte (PS), de igual manera, son similares en cualquier hospital; Financiero, Abastecimientos, Mantenimiento y Seguridad, Trabajo Social y Tecnologías de Información.
d. En la práctica diaria cada uno de estos procesos mencionados cuentan con nombres diferentes, aunque funciones similares, por lo que podemos concluir que la estructura propuesta funciona para cualquier hospital.
e. En este punto es necesario que cada hospital emigre de su estructura tradicional por niveles jerárquicos a una estructura basada en la GP, lo que le dará flexibilidad, análisis de problemas en forma sistémica y el involucramiento de todos los miembros en el logro de los objetivos.
f. En cuanto a los métricos de desempeño el modelo propuesto, estos nos permiten identificar con seguridad aquellos relevantes y necesarios para la operación del hospital y los indispensables que garantizan la atención médica.
g. La metodología propuesta para el diseño y documentación del sistema de calidad para la obtención de la certificación muestra de manera evidente que no se requieren esfuerzos titánicos y muchos equipos para su implementación posterior. Ofreciendo al hospital una metodología simple y flexible para ser desarrollada en poco tiempo, como lo demuestra el caso del hospital "D" mencionado en el capítulo anterior.
h. En cuanto a las herramientas de *Lean Healthcare* y Seis Sigma más adecuadas para los hospitales, los ejemplos desarrollados en el capítulo 4 son una muestra de su impacto en el desempeño operativo y su mejora en los resultados. Sin embargo, no son las únicas herramientas aplicables, en el mismo capítulo se desarrollan más herramientas aplicables a las distintas realidades de los hospitales.

Al integrar la Gestión por Procesos, *Lean Healthcare* y Seis Sigma, desde la definición y desarrollo del sistema de calidad, es posible establecer en un mismo esfuerzo todo lo necesario para la certificación y la mejora de procesos, obteniendo desde el primer momento reducciones de costos en la operación diaria.

6.2 Aportaciones originales

Al transformar las metodologías y herramientas de manufactura a la realidad de los hospitales se puede considerar que nuestro marco de referencia ofrece tres aportaciones fundamentales; (1) metodología simplificada, (2) proceso integral en donde se incluyen conceptos de Gestión por Procesos, aplicación de herramientas de Dirección de Operaciones, Cadena de Suministro, *Lean Healthcare* y Seis Sigma y, (3) impacto en el tiempo de desarrollo e implementación.

Una metodología simplificada como la propuesta en el Modelo de Excelencia Operativa en Hospitales (MEOH) garantiza la aplicación de esfuerzos en un objetivo claro: la certificación en un mínimo tiempo y al mismo tiempo la definición de equipos de trabajo para el diseño e implementación de proyectos de mejora enfocados y con visión global del hospital, aplicando las herramientas más adecuadas para su realidad. De esta manera se evita el aplicar esfuerzos de mejora en proyectos aislados y con bajo impacto en el resultado global del hospital.

Por tanto, el MEOH se propone como el marco de referencia para la definición y puesta en marcha de los proyectos de mejora en los hospitales y, este, a su vez, representa una base para la integración de todos los actores de la cadena de valor del Sector Salud.

La visión sistémica del MEOH permite identificar con claridad las actividades que agregan valor al paciente y mejoran el índice de satisfacción, así, los resultados esperados en la aplicación del modelo propuesto en el Sector Salud son:

a) Se contribuye en la transferencia del conocimiento y experiencia en la agenda de investigación.
b) Se identifican y alinean las futuras investigaciones del sector en la aplicación de las herramientas de *Lean Healthcare* y Seis Sigma.
c) Se identifica con claridad el valor agregado en cada una de las actividades de operación diaria en los hospitales y la forma de incrementarlo.
d) Los diferentes actores de la cadena de valor cuentan con la información crítica y valiosa para dirigir sus esfuerzos en una misma línea.
a) Se identifican los factores más relevantes para la creación de alianzas estratégicas entre proveedores y hospitales para crear valor al paciente.
b) Se identifican los procesos clave de negocio que dan valor al paciente.
c) Se contribuye en la mejora de los procesos de atención médica y servicios de salud.
d) Se minimiza la cantidad de documentos necesarios para cumplir con el estándar de certificación.
e) Se pueden establecer los niveles de servicios esperados para proveedores y prestadores de servicios.
f) Se identifican los procesos susceptibles de automatización o implementación de Tecnologías de Información (TI's).

6.3 Futuras investigaciones

Se ve claro que el Sector Salud requiere cada día más de investigación enfocada en la creación de valor para el paciente, por lo que a continuación se proponen las líneas de investigación más adecuadas a la realidad de los hospitales.

La necesidad de certificación propuesta por el Consejo General de Salud obliga a los hospitales a estar en la vanguardia en su operación diaria, lo cual exige asignar recursos limitados para lograrla. Así, la metodología propuesta abre la posibilidad de proponer mejoras en el Estándar de Certificación para la definición e implementación del sistema de calidad en los hospitales basado en la Gestión por Procesos. La GP ha sido el factor clave para que los estándares ISO se popularizaran en las últimas dos décadas, permitiendo a las empresas contar con un sistema de gestión de mejora flexible y efectivo, pasando de contar con un sistema de documentos a un sistema documentado.

Las herramientas de *Lean Healthcare* aseguran identificar los procesos y actividades que agregan valor, por lo que al aplicarlos en el SS se tendrá claro el cómo agregar valor al paciente, aumentando su índice de satisfacción y al mismo tiempo reduciendo los costos. De esta manera se desprende la posibilidad de desarrollar investigaciones de su aplicación en la realidad de los hospitales. No se propone desarrollar una metodología como receta, más bien el identificar las herramientas susceptibles de aplicación en los hospitales y desarrollar las bases para su aplicación extendida a todo el SS.

La disminución de errores médicos requiere de herramientas científicas para su reducción y eliminación, por lo que Seis Sigma puede contribuir en ello. De igual manera, no se sugiere desarrollar recetas, más bien desarrollar las bases para su aplicación extendida a todo el SS.

El SS de México cuenta con las condiciones propicias para mejorar sustancialmente en el corto plazo, por lo que a continuación se proponen áreas de investigación de gran potencial para mejorar la operación diaria de los hospitales:

1. Planeación de capacidad de atención médica, donde las herramientas de DO son potencialmente útiles y benéficas, por ejemplo: asignación de personal médico y de enfermería que permita optimizar el tiempo disponible sin demeritar la calidad de la atención y asignación y calendarización de uso de salas de especialidad (e.g., urgencias, quirófanos) que permitan incrementar el uso de las mismas.
2. Análisis y mejora del flujo de pacientes desde el punto de vista del valor agregado que cada actividad y proceso contribuye a reducir los tiempos de espera y de atención, sin demeritar la calidez y calidad de la atención médica. Esto mismo puede contribuir a mejorar el diseño de las instalaciones (layout) y los procesos de atención y, por supuesto, a reducir el riesgo de casos fatales en la atención médica.
3. El uso de las herramientas de Seis Sigma reduce drásticamente los errores comunes en la atención médica; en la prescripción y administración de medicamentos, en las intervenciones quirúrgicas, en la solicitud de exámenes de laboratorio y Rx, por mencionar las más relevantes y de mayor impacto en la satisfacción del paciente.
4. *Lean Healthcare* contribuye en forma importante en la reducción de tiempos de atención y la eliminación de fuentes de desperdicio; preparaciones rápidas en la atención, uso de Kanban en la administración de inventarios de medicamentos y la mejora en el flujo de pacientes a través del proceso de atención son ejemplos de la aplicación.
5. La Gestión por Procesos reduce en forma importante el tiempo y la documentación necesaria para lograr la certificación, la cual es un requerimiento cada día más importante para los hospitales que busquen participar en el mercado global por ejemplo, el clúster de turismo médico de reciente creación.

CAPITULO 7. REFERENCIAS

Análisis del modelo SCOR para la Gestión de la Cadena de Suministro. (2010). Análisis del modelo SCOR para la Gestión de la Cadena de Suministro, 1–10.

Ballou R. (2004). *Logística, Administración de la cadena de suministro* (5ª ed.). México: Prentice Hall.

Ballou, R. (2006). *The evolution and future of logistics and supply chain management*: Producao, Vol. *16, No* 3, pp. 375–386.

Calderón, J. L., & Lario, F.-C. (2010). Análisis del modelo SCOR para la Gestión de la Cadena de Suministro. IX Congreso de Ingeniería de Organización, 1–10.

Chase R., Aquilano N., Jacobs F. (2001). *Administración de producción y operaciones* (8ª ed.). México: Mc Graw Hill.

Chopra S., Meindl P. (2008). *Administración de la cadena de suministro* (3ª ed.). México: Prentice Hall.

Christopher M. (2005). *Logistics and Supply chain management* (3ª ed.). Gran Bretaña: Pearson Education Limited.

Christopher, M., & Rutherford, C. (2004, June 1). Creating Supply Chain Resilience Through Agile Six Sigma. www.criticaleye.net. Retrieved May 8, 2012.

Dirección General de Evaluación del Desempeño, S. S. (2005). Indicadores de evaluación del desempeño, México 2002. Salud Pública De México, 47(1), 1–9.

Everard, L. J. (2000). Blueprint for an efficient health care supply chain. Lynn James Everard, C.P.M., CBM. Whitepaper.

Ghalayini, A., & Noble, J. (1996). The changing basis of performance measurement. International Journal of Operations & Production Management, 16(8), 63–80.

Graban, M. (2009). LEAN HOSPITALS. Productivity Press, 1–278.

Haradem, C., Nolan, T., Resar, R., & Litvak, E. (2003). Optimizing Patient Flow. IHI Innovation Series 2003, 1–16.

Heizer J., Render B. (2001). *Dirección de la producción* (6ª ed.). México: Prentice Hall.

Hérnandez Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: Mc Graw-Hill.

Jackson, T., & Dyer, C. (1998). Diagnostico Corporativo. Productivity Press, 1–133.

Jimenez, A. M., Guerrero, J., Amaya, C., & Velasco, N. (2007). Optimización de los recursos en los hospitales. *Los Cuadernos De PYLO - Logística Hospitalaria* -, 1–13.

Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. International Journal for Quality in Health Care, 21(5), 341–347. doi:10.1093/intqhc/mzp036

Krajewski L., Ritzman L., Malhotra M. (2008). *Administración de operaciones* (8ª ed.). México: Prentice Hall.

Langabeer, J. R., DelliFraine, J. L., Heineke, J., & Abbass, I. (2009). Implementation of Lean and Six Sigma quality initiatives in hospitals: A goal theoretic perspective. Operations Management Research, 2(1-4), 13–27. doi:10.1007/s12063-009-0021-7

Langabeer, J. R., DelliFraine, J. L., Heineke, J., & Abbass, I. (2009). Implementation of Lean and Six Sigma quality initiatives in hospitals: A goal theoretic perspective. Operations Management Research, 2(1-4), 13–27. doi:10.1007/s12063-009-0021-7

Langabeer II J. (2008). *Health Care operations Management*. United States of America: Jones and Bartlett.

Lawrence B., Jennings D., Reynolds B. (2003). *eDistribution*. Estados Unidos de Norteamerica: Thomson South-Western.

Nahmias S. (2007). *Análisis de la producción y las operaciones* (5ª ed.). México: Mc Garw Hill.

Mentzer, J.T. et al. (2001). *Defining Supply Chain Management*, in: Journal of Business Logistics, Vol. 22, No. 2, 2001, pp. 1–25

Meyer, A., & Meyer, D. (2006). Transforming the Healthcare Supply Chain (pp. 1–15).

Nachtmann, H., & Pohl, E. (2009). The State of Healthcare Logistics. *Center for Innovation in Healthcare Logistics*, 1–32.

Pacheco, A. y Cruz, M. A. (2006). *Metodología crítica de la investigación*. México: CECSA.

Pande, P. S., Neuman, R. P., & Cavanagh, R. R. (2000). THE SIX SIGMA WAY. McGraw-Hill, 1–90. doi:10.1036/0071358064

Rego, N., & de Sousa, P. (2009). Supply Chain Coordination in Hospitals. *International Federation for Information Processing 2009*, 117–127.

Reid, P., Compton, D., & Grossman, J. (2010). BUILDING A BETTER DELIVERY SYSTEM. The National Academies Press, 1–277.

Secretaría de Salud, M. (2005). Indicadores de evaluación del desempeño, México 2002. Salud Pública de México, 47(1), 1–9.

Secretaria de Salud, México. (2008). Programa Nacional de Salud 2007-2012, México 2007. Secretaría de Salud, primera edición, 2007.

Singh, M. (2006). Transforming the Global Health Care Supply Chain. *MIT Center for Transportation & Logistics*, 1–11.

Tang, L.-C., Lam, S.-W., & Goh, T.-N. (2008). Tasks-based Six Sigma Roadmap for Healthcare Services, 1–14.

Towers, S. (2007). The Evolution of Business Process Excellence, 1–6. www.bennugroup.net. Business Process Excellence Evolution. Retrieve June 15, 2013.

Valdez RS, Ramly E, Brennan PF. (Valdez et al., 2010)(2010) *Industrial and Systems Engineering and Health Care: Critical Areas of Research – Final Report.* (Prepared by professional and Scientific Associates under Contract No. 2900900027U.). AHRQ Publication No. 10-0079-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Womack, J., Byrne, A., Flume, O., Kaplan, G., & Toussaint, J. (2005). Going Lean in Health Care. (D. Miller, Ed.) Innovations Series, 1–24.

ANEXOS

ANEXO 1, ESTÁNDAR DE CERTIFICACIÓN PARA HOSPITALES



CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL

ESTÁNDARES PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES 2012

Vigentes a partir del 1 de Abril de 2012

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General
Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg

Secretario del Consejo de Salubridad General
Dr. David Kershenobich Stanlikowitz

Vocales Titulares:
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Secretaría de Desarrollo Social
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Secretaría de Economía
Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Secretaría de Educación Pública
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Universidad Nacional Autónoma de México

Vocales Auxiliares:
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Instituto Politécnico Nacional
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A. C.
Fundación Mexicana para la Salud, A. C.
Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, representante de la Zona Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León, representante de la Zona Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí, representante de la Zona Centro
Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste
Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Academia Mexicana de Pediatría, A. C.
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Cámara Nacional de la Industria de la Transformación

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión
Dr. David Kershenobich Stanlikowitz

Secretaria Técnica de la Comisión
Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Comisionados:

Secretaría de Salud
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, representante de la Zona Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León, representante de la Zona Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí, representante de la Zona Centro
Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste
Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.
Asociación Mexicana para el estudio de las Infecciones Nosocomiales, A.C.
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

SECRETARIADO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Dr. David Kershenobich Stanlikowitz
Secretario del Consejo de Salubridad General

Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata
Directora General Adjunta de Articulación
Teléfono: 52.63.92.70 | 20.00.34.00 ext.59070
Correo electrónico: hilda.reyes@salud.gob.mx

Dr. Lino Campos Álvarez
Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1073 | 20.00.34.00 ext.59073
Correo electrónico: lino.campos@salud.gob.mx

Lic. Ángel Fernando Galván García
Director de Desarrollo
Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1048 | 20.00.34.00 ext. 53519
Correo electrónico: angel.galvan@salud.gob.mx

Dra. María Guadalupe García Meraz
Subdirectora de Programación de Auditorías
Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1099 | 20.00.34.00 ext.59037
Correo electrónico: garcia_meraz@hotmail.com

Dra. Sara Fonseca-Castañol
Subdirectora de Desarrollo de Estándares y Capacitación de Auditores
Teléfono: 52.63.92.79 | 20.00.34.00 ext.59035
Correo electrónico: sarafonseca.csg@hotmail.com

Dra. Brisa Itzel Amparán Limas
Subdirectora de Análisis de Información y Desempeño
Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1095 | 20.00.34.00 ext.59517
Correo electrónico: bial_doc@hotmail.com

Ing. Adriana González Balderas
Jefa del Departamento de Supervisión y Desempeño de Evaluadores Institucionales
Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1065 | 20.00.34.00 ext.59519
Correo electrónico: agb_romand@live.com.mx

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
ESTRUCTURA DE LA CÉDULA PARA CERTIFICAR HOSPITALES	17
SÍNTESIS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN	20
ENFOQUE DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES	25
SECCIÓN I: METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Metas Internacionales de Seguridad del Paciente **(MISP)**	29
SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE	
Acceso y continuidad de la atención **(ACC, *Access and Continuity of Care*)**	41
Derechos del paciente y de su familia **(PFR, *Patient and Family Rights*)**	57
Evaluación de pacientes **(AOP, *Assesment of Patient*)**	75
Servicios Auxiliares de Diagnóstico **(SAD)**	89
Atención de pacientes **(COP, *Care of Patient*)**	107
Anestesia y atención quirúrgica **(ASC, *Anesthesia and Surgical Care*)**	127
Manejo y uso de medicamentos **(MMU, *Medication Management and Use*)**	139
Educación del paciente y de su familia **(PFE, *Patient and Family Education*)**	159
SECCIÓN II: ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA GESTIÓN	
Mejora de la calidad y seguridad del paciente **(QPS, *Quality and Patient Safety*)**	171
Prevención y control de infecciones **(PCI, *Prevention and Control of Infections*)**	193
Gobierno, liderazgo y dirección **(GLD, *Governance, Leadership and Directions*)**	209
Gestión y seguridad de las instalaciones **(FMS, *Facility Management and Safety*)**	225
Calificaciones y educación del personal **(SQE, *Staff Qualification and Education*)**	245
Manejo de la Comunicación e Información **(MCI, *Management of Communication and Information*)**	265
GLOSARIO	283

Introducción

El objetivo del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)** es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

En este contexto, la **Certificación de Establecimientos de Atención Médica** 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 servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

Las ventajas competitivas que adquiere un establecimiento al certificarse, son las siguientes:

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- *Prueba que su hospital es competitivo internacionalmente.*
- Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

En el caso de los hospitales privados, pueden:

- Formar parte de una Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).
- Tener el reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora.
- Participar en los procesos de licitación de servicios de atención médica que sean convocados por la Administración Pública en cualquier orden de gobierno.
- Podrán ser incorporados a la estrategia nacional de Turismo Médico.

En el caso de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud:

- Podrán incorporarse o poder seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

El Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentran fundamentas en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado y el artículo 4º de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

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

El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica.

Certificación de Establecimientos de Atención Médica

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención.

El primer elemento quedó claramente determinado al establecerse que para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las competencias de los médicos, a través de los Consejos o "Boards" de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.

En cuanto al tránsito de pacientes, resultaba de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que estuvieran financiando.

México carecía de una instancia certificadora de calidad de la atención médica. Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente, en congruencia con los programas de trabajo propios de cada Institución; sin embargo, no se contaba con alguna instancia reconocida ni con estándares o criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y resultados de las instituciones ni entre los sectores público y privado. Como antecedentes inmediatos se tenía que:

En 1983 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado inicialmente por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud, con el propósito fundamental de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud, concluyendo con la publicación del trabajo: "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud", publicado en la Revista Salud Publica de México en 1990, dichas Bases fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del IMSS entre 1983 y 1985.

En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), el cual emitió el "Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud" y un documento para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, solamente el primero fue autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaria de Salud.

Ante la necesidad de contar con una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá; por lo anterior, se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Cabe señalar que la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado de lo anterior, se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Los documentos publicados establecieron las bases conceptuales y los procedimientos para la Certificación de Hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras; con ello, se respondió a la necesidad de Certificar Hospitales y de contar con un Organismo Certificador.

Se estableció que la certificación sería voluntaria y con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en un 50% por cada hospital y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. La aceptación de la certificación fue muy importante, se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 hospitales.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le antecedieron:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

Posteriormente, derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad. Aunado a lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 publicado en octubre de 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.

Bajo el contexto antes descrito, el Consejo de Salubridad General publicó, el 13 de Junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)**; de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.
Los subsistemas que conforman el SiNaCEAM son:

- Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Investigación y Desarrollo de Indicadores, Métodos y Estándares de Evaluación de la Calidad.
- Fortalecimiento permanente de los Auditores.
- Articulación del SiNaCEAM con otras Instituciones y Organizaciones.
- Información, Transparencia, Difusión y Promoción.

Entre otras funciones, se le asignó al SiNaCEAM, la de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el Modelo de Certificación.

En este tenor, se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de Joint Comission International (JCI), paro lo cual se integró un Comité Técnico con representantes de Instituciones Públicas y Privadas que brindan atención a la salud y con miembros de JCI, integrándose una Cédula de Evaluación de Hospitales, la cual responde a los requisitos en materia de la Seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias.

DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS A LOS ESTÁNDARES DE LA VERSIÓN 2011 A LA VERSIÓN 2012

Los cambios realizados de la versión 2011 a la 2012 se derivaron de la práctica, tanto en la implementación por parte de los directivos de los hospitales como en la evaluación por parte de los auditores y se resumen en los siguientes puntos:

1. Se mejoró la sintaxis para facilitar el entendimiento y la comprensión de los estándares, propósitos y elementos medibles.

2. Se redujeron los elementos medibles que deben presentar evidencia documental para su cumplimiento.

3. Se ampliaron los ejemplos prácticos y en los casos aplicables se señaló explícitamente la normatividad vigente en los propósitos de los estándares más incumplidos

4. Con base en la investigación de buenas prácticas para la seguridad del paciente se añadieron nuevos elementos medibles y cinco nuevos estándares, estos últimos se pueden identificar rápidamente ya que se encuentran con marco y fondo azul.

Estructura del Proceso de Certificación de Hospitales

Los Estándares para Certificar Hospitales versión 2012, constan de 3 secciones, la primera abarca las metas internacionales para la seguridad del paciente, la segunda los estándares centrados en el paciente y la tercera, los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica.

Las **Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente**, *identifican áreas de alto riesgo en los hospitales* y describen soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos.
Las metas internacionales para la seguridad del paciente son:

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Los **Estándares Centrados en el Paciente** abarcan los siguientes apartados:

- Acceso y continuidad de la atención **(ACC)**
- Derechos del paciente y de su familia **(PRF)**
- Evaluación de pacientes **(AOP)**
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico **(SAD)**
- 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 Centrados en la Gestión** 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 las instalaciones **(FMS)**
- Calificaciones y educación del personal **(SQE)**
- Manejo de la comunicación y la información **(MCI)**

El **estándar** es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de buena calidad.

El **propósito** es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar; puede contener expectativas detalladas del estándar que se evalúa en el proceso de auditoría.

Los **elementos medibles (EM)** son aquellos requisitos del estándar a los que se les asignará una calificación durante el proceso de auditoría; enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta. Los elementos se califican con la siguiente escala:

- **NA (sin valor):** significa que **no aplica** el elemento medible y reduce el denominador para calcular adecuadamente el porcentaje de cumplimiento.
- **Cero (0):** significa que no cumple.
- **Cinco (5):** significa que cumple parcialmente.
- **Diez (10):** significa que cumple totalmente.

Por lo tanto cada elemento medible de un estándar se califica como "cumple", "cumple parcialmente", "no cumple" o "no aplica".

Se califica como **"cumple"** cuando la respuesta es "sí" o "siempre" al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:
Se observa consistencia en el periodo inmediato anterior de 12 meses para recertificación;
Se observa consistencia en el periodo inmediato anterior de cuatro meses para primera certificación con los Estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

Se califica como **"cumple parcialmente"** cuando la respuesta es "habitualmente" o "a veces" al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:
Se observa consistencia en un periodo inmediato anterior de 5 a 11 meses para recertificación.
Se observa consistencia en un periodo inmediato anterior de 1 a 3 meses para primera certificación con los Estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

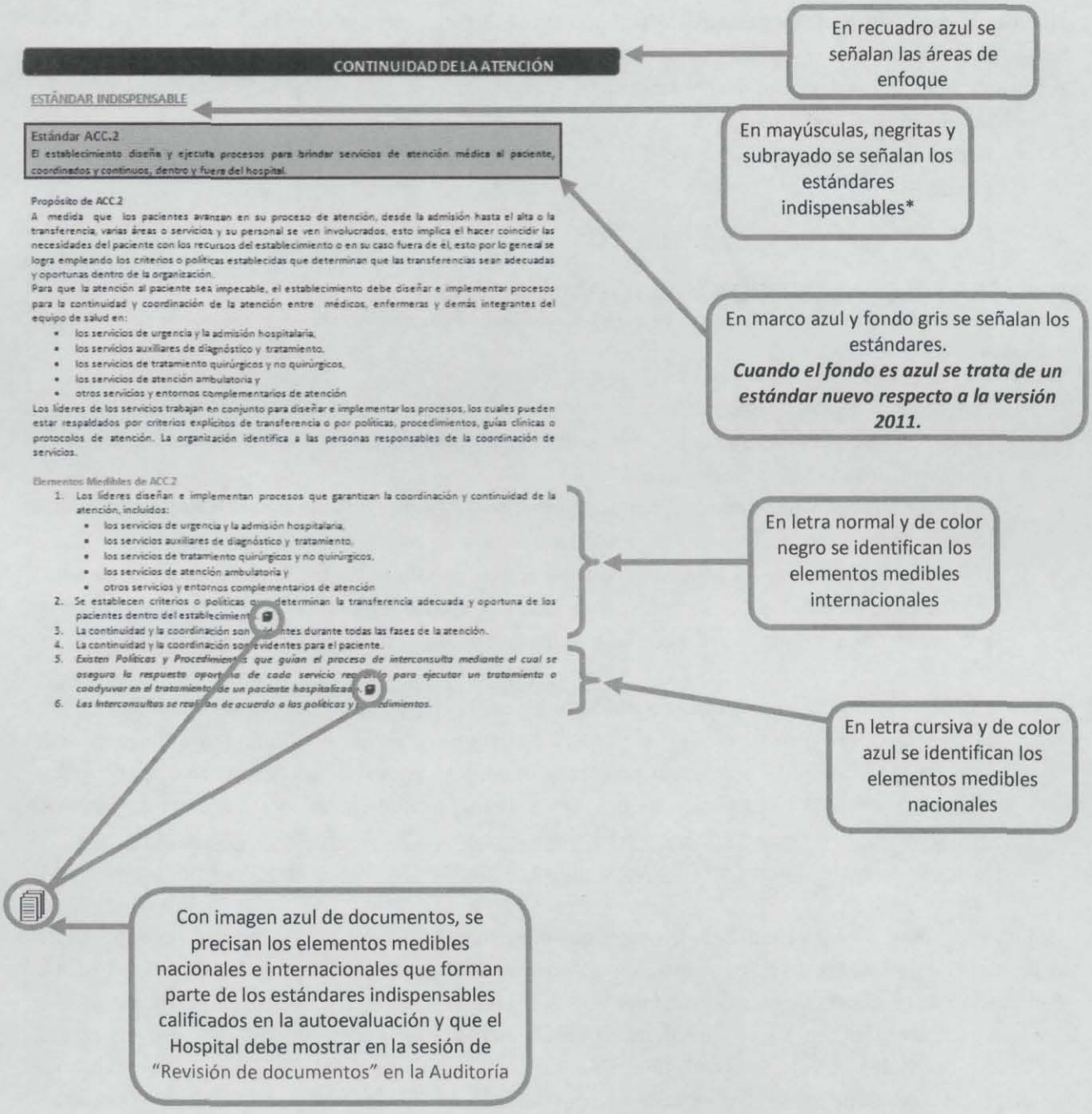
Se califica como **"no cumple"** si las respuesta es "rara vez" o "nunca" al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:
Se observa consistencia en un periodo inmediatamente anterior de 0 a 4 meses para recertificación;
Se observa consistencia en un periodo inmediatamente anterior de menos de un mes para primera certificación con los Estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

Se califica como **"no aplica"** los requerimientos del elemento medible que no corresponden a la misión, servicios y tecnología que tiene el hospital.

Las reglas anteriormente descritas aplican de la misma manera a los elementos medibles que contengan distintos componentes desglosados en viñetas o incisos, por ejemplo, ***un elemento medible que contenga cuatro incisos debe cumplirlos en su totalidad para poder ser calificado con los criterios de temporalidad arriba descritos.***

VERSIÓN 2012

La versión 2012 de los estándares para la certificación de hospitales, presenta un diseño de fácil consulta basado en colores, marcos y tipos de letra.



* *Ver Regla de Decisión no. 3 para la Dictaminar la Certificación de Hospitales.*

En caso de cancelar o diferir la auditoría programada, se le retirará del listado de "Establecimientos en Proceso de Certificación" publicado en la página web del Consejo de Salubridad General; en su caso, se comunicará formalmente la cancelación del documento firmado por el Secretario del Consejo de Salubridad General donde se hace constar que se encuentra en "Proceso de Certificación" y no se podrá volver a inscribir en los próximos seis meses.

Si la cancelación o solicitud de diferimiento es de las tres semanas previas a la Auditoría programada, se considerará como agravante, por lo que no se podrá volver a inscribir hasta haber transcurrido un año.

Si la cancelación es por parte de un hospital privado, dicha situación se comunicará a la Asociación de Hospitales Privados (ANHP), Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y a la Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).

La descripción de cada una de las actividades que conforman la auditoría se detalla en el *Manual del Proceso de Certificación de Hospitales versión 2012*.

TERCERA FASE: DICTAMEN

El Dictamen es la fase del proceso de certificación en donde, de forma colegiada y después de haber revisado puntualmente cada uno de los Informes de Auditoría, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (en adelante la Comisión) dictamina si un Hospital es "Certificado" o es "No Certificado" bajo las siguientes 11 **REGLAS DE DECISIÓN**, aprobadas en la 8ª. Sesión Ordinaria del Consejo de Salubridad General, celebrada el 28 de junio de 2010:

Se dictamina como **"CERTIFICADO"** un hospital cuando:

1. Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación:
   1.1 Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo a la normatividad vigente.
   1.2 No tiene Procedimientos Administrativos Abiertos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
   1.3. Cumple todos los estándares ponderados como "indispensables" para la prestación de servicios de atención médica.

2. Obtiene, como resultado de la Auditoría, una calificación promedio igual o mayor a:
   2.1 Cinco para cada estándar.
   2.2 Seis para cada apartado.
   2.3 Cinco en toda la Cédula (en adelante calificación general aprobatoria).

3. Los hospitales que obtengan una ***calificación general aprobatoria pero incumplan o cumplan parcialmente estándares ponderados como "indispensables" y/o con observaciones de auditoría relevantes*** (situaciones que ponen en riesgo la vida y seguridad de los pacientes, familiares y/o

El formato de "Solicitud de inscripción para Establecimientos de Atención Médica Hospitalaria" y la "Autoevaluación" pueden obtenerse de la página web:
http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/certificacion/cert_hospitales.html

Una vez que el Consejo de Salubridad General comunica al Director del hospital que ha aprobado esta primera fase, se considera que el establecimiento se encuentra en proceso de certificación, en cuyo caso se puede expedir en el momento en que así sea solicitada una constancia. En caso de cancelar o diferir la auditoría que programe el Consejo de Salubridad General, se le eliminará del listado de establecimientos en proceso de certificación que se publica en la página web de este organismo; asimismo, en los casos que apliquen se cancelará la constancia otorgada. Por otro lado, se informará de la referida situación a la Asociación Nacional de Hospitales Privados, a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, no siendo posible reinscribirse en los siguientes seis meses; si la solicitud de cancelación o diferimiento ocurre dentro de las tres semanas previas a la auditoría, se considerará como agravante y no podrá reinscribirse al proceso hasta después de haber transcurrido un año a partir de la fecha de cancelación o diferimiento.

SEGUNDA FASE: AUDITORÍA

Es la segunda fase del proceso de certificación y se lleva a cabo por medio de la evaluación de los estándares centrados en el paciente, estándares centrados en la gestión, metas internacionales de seguridad de los pacientes y estándares ponderados como indispensables calificados como cumplidos en la Autoevaluación del Hospital. La Auditoría se desarrolla con rastreadores, los cuales pueden ser de tres tipos:

- Rastreador de Paciente
- Rastreador de Sistemas
- Rastreador Indeterminado

Para que la Auditoría cumpla con el principio de transparencia que exige el SiNaCEAM, es necesario que:

- Durante el desarrollo de los rastreadores, los auditores sean acompañados por una persona que labore en el hospital **(Secretario),** quien tomará nota del desarrollo del proceso de rastreo. De esta función quedan excluidos asesores, consultores o cualquier persona que no labore en el hospital.
- Durante el desarrollo de los rastreadores el auditor explicará las observaciones de auditoría que realice, de tal modo que el personal evaluado identificará claramente sus áreas de oportunidad.
- Todos los días que dure la Auditoría, exceptuando el primero de ellos, el equipo auditor llevará a cabo una breve **sesión de retroalimentación** donde se señalarán los aspectos positivos y las observaciones de auditoría y hallazgos que comprometen la seguridad del paciente. Si el cuerpo de gobierno, jefes de servicio o personal operativo implementa medidas correctivas inmediatas durante el transcurso de la auditoría, no cambiarán las calificaciones asentadas en los elementos medibles.
- Al finalizar la auditoría se entregará un **Reporte Preliminar** que contendrá las observaciones más relevantes encontradas durante la auditoría.

CANCELACIÓN O DIFERIMIENTO POR PARTE DEL HOSPITAL

trabajadores del hospital o que representan alguna transgresión a la normatividad vigente), se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.

4. Los hospitales que obtengan una ***calificación general aprobatoria menor a "9" pero incumplan la regla 2.1 y/o 2.2***, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.

5. Una vez que el hospital notifique el cumplimiento requerido, según corresponda al numeral 3 y/o 4, se programará una visita de verificación y se presentará el resultado ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin demostrar el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como "No Certificado".

6. Los establecimientos que obtengan una ***calificación general aprobatoria mayor o igual a "9" e incumplan la regla descrita en el inciso 2.1***, se les otorgará el Certificado señalándoles que, después de un año, se les realizará una Auditoría de Seguimiento para constatar su cumplimiento, el resultado se presentará ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el establecimiento no demuestra cumplir el o los estándares señalados, se suspenderá la vigencia de su Certificado.

La vigencia del Certificado que, en su caso, dictamine la Comisión seguirá las siguientes reglas:

7. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria entre 5.0 y 5.9**, la vigencia del Certificado será de 1 año con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 5.9, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como "No Certificado".

8. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria entre 6.0 y 8.9**, la vigencia del Certificado será de 2 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 8.9, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como "No Certificado".

9. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria igual o mayor a 9.0**, la vigencia del Certificado será de 3 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 9.0, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como "No Certificado".

10. El Hospital que obtenga un dictamen de **"NO CERTIFICADO"** por parte de la Comisión podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen consecutivo de "No Certificado" se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar el hospital para inscribirse al proceso de certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.

11. Para mantener la vigencia del Certificado durante el plazo dictaminado por la Comisión, el hospital, según aplique, deberá:

11.1 Mantener el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación, el cual deberá demostrarlo en las Auditorías que aleatoriamente programe el Consejo de Salubridad General.

11.2 Concluir Procedimientos Administrativos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales, dentro del plazo que señale la Comisión.

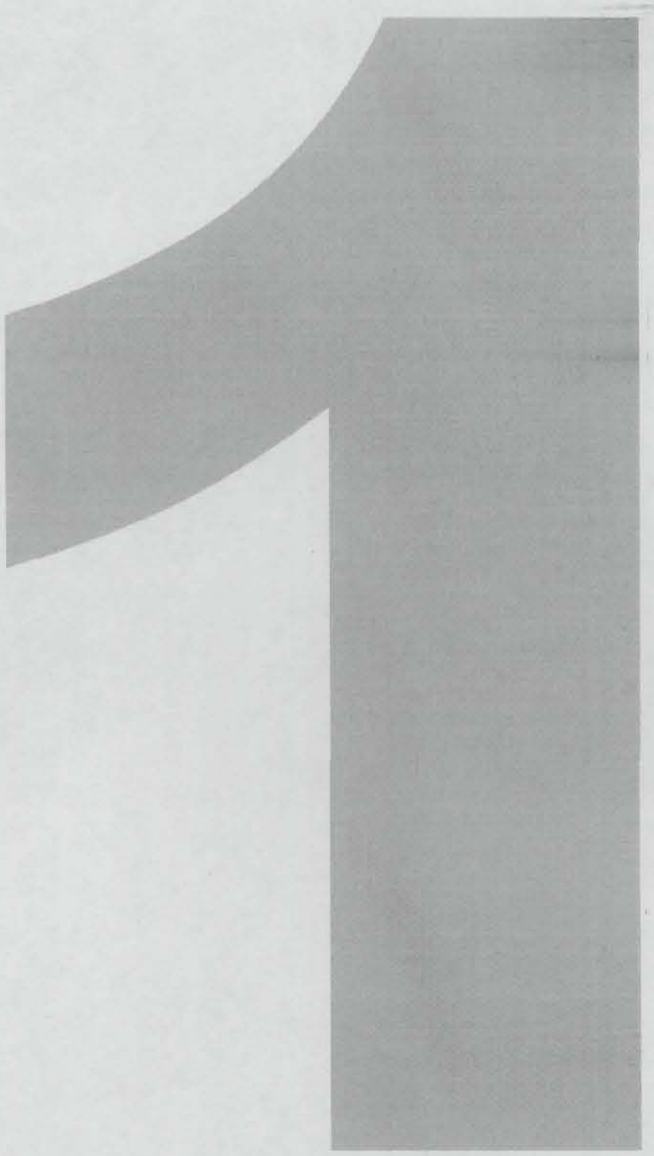
11.3 Implementar procesos de mejora cuando las instancias de arbitraje médico, estatales o federales, dictaminen quejas "Con evidencia de mala práctica" y/o "Con responsabilidad institucional".

Enfoque del Proceso de Certificación de Hospitales

El proceso de certificación del Consejo de Salubridad General evalúa que los hospitales:

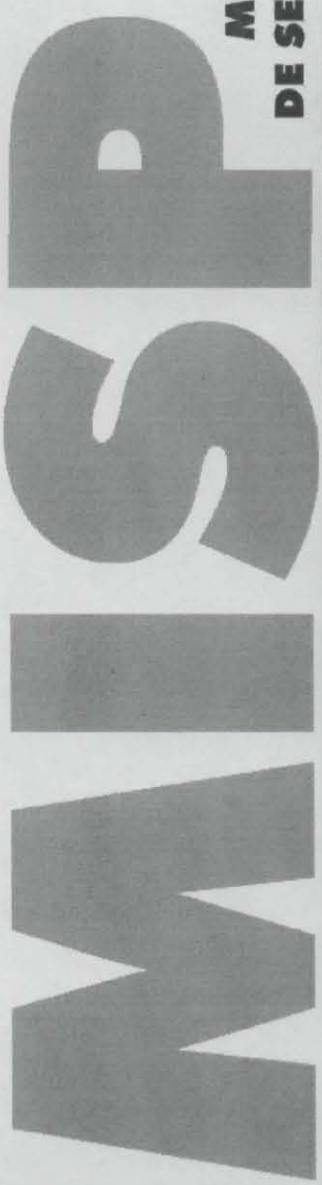
1. Asuman la responsabilidad de la **Seguridad del Paciente** como parte de su misión organizacional.
2. Brinden atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente garantizando la continuidad de la atención.
3. Respeten en todo momento los derechos de los pacientes y propicien su participación en los procesos de atención, sustentada en la educación adecuada a su contexto sociocultural.
4. Cuenten con personal en cantidad y competencias idóneas para las actividades, funciones y responsabilidades que tienen a su cargo.
5. *Tengan implementados procesos de atención médica estandarizados, uniformes y con criterios* de seguridad para los pacientes que atienden.
6. Dispongan de espacios, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones, que garanticen un ambiente seguro para el desarrollo de los procesos de atención.
7. Gestionen la mejora continua de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en la evidencia científica, uso de indicadores y aprendizaje de los eventos centinela, adversos y cuasifallas.
8. Mantengan o desarrollen condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
9. Puedan brindar atención médica, en forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre.
10. *Desarrollen una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de "Primero no dañar"* sea una prioridad permanente de toda organización.

El director de un hospital que desee incursionar en el proceso de certificación debe asegurarse, desde el momento en que inscribe a su establecimiento ante el Consejo de Salubridad General, que cumple la totalidad de los "Estándares para la Certificación de Hospitales" ya que reconoce que el incumplimiento de alguno de ellos implica, en mayor o menor medida, un riesgo para el paciente y/o para su personal.



SECCIÓN 1

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente


MISP
METAS INTERNACIONALES
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

International Patient Safety Goals

PERSPECTIVA GENERAL

El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos.

Las metas están estructuradas de la misma manera que los demás apartados, incluyen un estándar, un propósito y elementos medibles. Las metas se califican en forma similar a los demás estándares como "cumple", "cumple parcialmente" o "no cumple", y de acuerdo con las reglas de decisión para dictaminar la certificación de hospitales aprobadas por el Consejo de Salubridad General, ***ningún elemento medible (EM) debe obtener calificación de cero o cinco si el hospital desea certificarse***, por esta razón se señalan como estándares indispensables.

Las Metas y sus objetivos son:

1. Identificar correctamente a los pacientes
Objetivo: ***Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.***

2. Mejorar la comunicación efectiva
Objetivo: ***Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.***

3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
Objetivo: ***Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.***

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
Objetivo: ***Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.***

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
Objetivo: ***Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos.***

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas
Objetivo: ***Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

MISP.1. Identificar correctamente a los pacientes

Objetivo de la MISP.1
Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Propósito de la MISP.1
Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las actividades relacionadas con la atención del paciente. 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 en condiciones que pueden inducir a errores en cuanto a la identificación correcta.

El propósito de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

Las políticas y/o procedimientos para identificar a los pacientes se diseñan de manera multidisciplinaria dando prioridad a los procesos utilizados para identificar a un paciente antes de:

a) la administración de medicamentos, sangre o hemoderivados. *(Ver MMU.6.1)*
b) la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos. *(Ver SAD.1.7)*
c) la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento. *(Ver MISP.4)*
d) la dotación de dietas. *(Ver MMU.4.1)*

Las políticas y/o procedimientos exigen al menos el uso dos datos (identificadores) para identificar un paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros. El número de habitación del paciente, número de cama o su ubicación (por ejemplo: terapia intensiva, sala B, quirófano 1) no son datos que se puedan usar como identificación. Las políticas y procedimientos también describen la forma de identificar a un paciente desconocido con alteración del estado de conciencia. Los datos (identificadores) se pueden encontrar por ejemplo, en brazaletes de identificación, membretes, entre otros.

Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren que se preste atención a todas las posibles variantes en la de identificación precisa de los pacientes.

Elementos Medibles de la MISP.1

1. Existen políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de la identificación del paciente.
2. Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos datos (identificadores) del paciente, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente.
3. ***La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.***
4. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados.
5. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos.(Ver SAD.1.7)
6. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

MISP.2. Mejorar la comunicación efectiva

Objetivo de la MISP.2
Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

Propósito de la MISP.2
Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que 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/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de

resultados de laboratorio o gabinete, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado por el Servicio de Urgencias.

El establecimiento elabora, en colaboración, una política y/o procedimiento para órdenes/indicaciones verbales y telefónicas que incluye: escuchar completamente la orden, la anotación (o ingreso en una computadora) de la orden o el resultado de laboratorio o gabinete, por parte de quien recibe la información; la lectura, por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis, y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto, por parte de quien emite la orden o comunicación del resultado; ***(Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar)***.

La política establece un lugar estandarizado para escribir las ordenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica; con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información. La ubicación de las órdenes/indicaciones y de los resultados de laboratorio o gabinete en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo.

La política y/o procedimiento identifican alternativas aceptables para cuando el proceso de ***Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar*** no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de urgencia en el área de Urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elementos Medibles de la MISP.2

1. Existen políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de las órdenes/indicaciones y resultados de laboratorio y gabinete dados de manera verbal y/o telefónica, las cuales:
    a) Exigen el uso del proceso de ***Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.***
    b) Establecen un lugar estandarizado para escribir las ordenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal y/o telefónica
2. ***La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.***
3. El receptor **escucha** y **escribe** la orden/indicación o el resultado de laboratorio y gabinete.
4. El receptor **lee** la orden/indicación o el resultado de laboratorio y gabinete.
5. La orden/indicación o el resultado son **confirmados** por la persona que los dio.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

MISP.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Objetivo de la MISP.3
Prevenir errores de medicación con electrólitos concentrados.

Propósito de la MISP.3

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la administración errónea de **electrólitos concentrados** (por ejemplo, cloruro de potasio [2mEq/ml o más concentrado], fosfato de potasio, cloruro de sodio [más que 0,9% concentrado], y sulfato de magnesio [50% o más concentrado]; entre otros). Este error puede ocurrir por falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente (sea este propio o subrogado) o por una situación de urgencia mal manejada. El medio más efectivo para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los electrólitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

En colaboración multidisciplinaria se desarrolla una política y/o un procedimiento que evita la colocación de electrólitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de administración. La política y/o el procedimiento identifican todas las áreas donde los electrólitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico, como el Servicio de Urgencias, terapias intensivas o las salas de operaciones, e identifican el modo en que son etiquetados en forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de modo tal que esté restringido el acceso a ellos a fin de prevenir la administración errónea.

En las áreas donde se administren electrolitos concentrados se cuenta con acciones específicas o estrategias para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos. Una de las buenas prácticas basadas en la evidencia más utilizadas es la **doble verificación o doble "chequeo"** de los procesos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo, por personal calificado. Según estudios del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices) la implementación de esta práctica logra detectar aproximadamente el 95% de los errores

Además de los electrolitos concentrados, la organización utiliza la **doble verificación** para al menos los siguientes medicamentos de alto riesgo:

- **Citotóxicos**
- **Medicamentos radiactivos y de naturaleza similar**
- **Insulinas**
- **Anticoagulantes**

Elementos Medibles de la MISP.3

1. Existen políticas y/o procedimientos que guían la ubicación, etiquetado y resguardo de electrólitos concentrados.
2. ***Existen políticas y procedimientos que guían las acciones específicas o estrategias que se llevarán a cabo para prevenir errores de medicación durante su preparación y la administración.***
3. ***La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.***
4. No hay electrólitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
5. ***Se utiliza la doble verificación en los procesos de preparación y administración de electrolitos concentrados.***
6. ***Se utiliza la doble verificación en al menos los siguientes medicamentos de alto riesgo:***
    a. ***Citotóxicos***
    b. ***Medicamentos radiactivos***
    c. ***Insulinas***
    d. ***Anticoagulantes***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

MISP.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Objetivo de la MISP. 4
Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.

Propósito de la MISP.4

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son problemas comunes en los hospitales. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico,
- La falta de participación del paciente en el marcado del sitio, y
- La ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación.

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, 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 que de manera frecuente contribuyen al error.
Es preciso que los establecimientos, en colaboración, desarrollen una política y/o un procedimiento que sea efectivo para la eliminación de este problema.

Se emplean prácticas basadas en la evidencia, tales como las descritas Protocolo Universal™ para asegurar que el procedimiento correcto, en el sitio correcto y el paciente correcto, establecido por The Joint Commission *(http://www.jointcommission.org/standards_information/up.aspx).*

Los procesos esenciales encontrados en el **Protocolo Universal** son:

- El marcado del sitio quirúrgico,
- Un proceso de verificación preoperatorio,
- Tiempo fuera o "time-out" que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.

El **marcado del sitio quirúrgico** involucra la participación del paciente y se lleva a cabo con una marca o señal inequívoca sobre la piel del paciente, que permanezca después del lavado quirúrgico. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por alguna de las personas que llevará a cabo el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico **se marca en todos** los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente.

El marcado del sitio quirúrgico idealmente debe llevarse a cabo por el médico que realizará el procedimiento, sin embargo, esta responsabilidad se puede delegar a un médico interno de pregrado o médico residente supervisado y validado por el médico responsable *(Ver SQE.8.3.1)*; u otro médico o enfermera, siempre y cuando conozca al paciente y esté presente durante el procedimiento.

El marcado del sitio quirúrgico **puede omitirse** en los siguientes casos:

- Cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
- En procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural, a menos que la organización defina que en estos casos se llevará a cabo marcaje documental.

El marcado se puede realizar de manera documental **únicamente** en los siguientes casos:

- Como alternativa en pacientes que no aceptan el marcado en la piel.
- Cuando el marcado es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo en mucosas o perineo.
- En procedimientos dentales.
- En prematuros ya que pudiera causar una marca permanente.

El propósito del proceso de **verificación preoperatorio** es verificar:

- el procedimiento y el paciente correctos;
- la disponibilidad todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados; *(Ver SAD.1.3.1 y SAD.2.4)*
- la presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios;
- el marcado de sitio quirúrgico, si corresponde;
- alergias;
- riesgo de hemorragia, entre otros.

Se recomienda modificar la lista o completarla para adaptarla a la práctica del establecimiento.

El **tiempo fuera o "Time Out"** es la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, permite resolver cualquier duda o confusión. Lo esencial y mínimo a confirmar es **el sitio, el procedimiento y el paciente correctos.** La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo quirúrgico. El establecimiento determina el modo en que el proceso será documentado.

La **Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la Organización Mundial de la Salud**, divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia *(Entrada),* el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica *(Pausa quirúrgica),* y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano *(Salida).*El **Protocolo Universal** se encuentra dentro de ésta lista de Verificación: la **"Entrada"** corresponde al proceso de verificación preoperatorio, en este momento se verifica, si corresponde, el **marcado del sitio quirúrgico** en la piel del paciente y se registra en la lista de verificación. Durante la **"Pausa Quirúrgica"** que se realiza inmediatamente antes de la incisión, con todo el equipo quirúrgico presente y en voz alta *se verifica como mínimo: el sitio, procedimiento y el paciente correcto, (Tiempo fuera o Time Out). La Lista de* Verificación se encuentra disponible en *www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en* y en la Campaña Sectorial "Cirugía Segura Salva Vidas" de la Secretaría de Salud.

El protocolo universal debe de realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que el establecimiento determine, por ejemplo colocación de sondas pleurales.

La realización del tiempo fuera con el propósito de realizar el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente; debe realizarse al *menos en los siguientes procedimientos:*

a) Administración de hemoterapia
b) Hemodiálisis
c) Radioterapia

Elementos Medibles de la MISP.4

1. Existen las políticas y/o procedimientos que estandarizan el uso del protocolo universal, a fin de asegurar el *sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos invasivos* y de alto riesgo realizados fuera de la sala de operaciones.
2. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio quirúrgico
3. *El paciente participa en el proceso de marcado, cuando es posible.*
4. Se emplea una Lista de Verificación para asegurar al menos los elementos establecidos en el propósito del estándar .
5. ***Se realiza y se documenta el tiempo fuera o "Time Out, con el personal que participará en el procedimiento y justo antes de iniciarlo.***
6. ***Se cuenta con un listado de los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo en los que se haya establecido la realización del protocolo universal o al menos del tiempo fuera.***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

MISP. 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

Objetivo de la MISP.5
Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un Programa efectivo de higiene de manos.

Propósito de la MISP.5

La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención médica. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Las infecciones asociadas con la atención médica comunes a todas las áreas del hospital incluyen infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, bacteremias y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida).

Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones asociadas con la atención médica es la higiene adecuada de las manos. Se pueden obtener guías internacionalmente aceptadas para la higiene de las manos, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y en otras organizaciones nacionales e internacionales.

El establecimiento cuenta con un proceso de colaboración para elaborar políticas y/o procedimientos que adapten o adopten los lineamientos actualmente publicados y generalmente aceptados para la higiene de las manos y para su implementación dentro del establecimiento. *(Ver PCI.9)*

Elementos Medibles de la MISP.5

1. ***Se cuenta con un programa efectivo para la higiene de las manos y se encuentra implementado.***
2. ***La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.***
3. Se adoptaron guías para la higiene de las manos actualizadas y generalmente aceptadas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

MISP.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Objetivo de la MISP. 6
Evaluar y mitigar el riesgo de caídas en todos los pacientes.

Propósito de la MISP.6

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes hospitalizados. En el contexto de la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas y reducir la probabilidad de la ocurrencia de una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, el estado postquirúrgico, la edad del paciente (por ejemplo: adultos mayores), una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de la marcha y el equilibrio, y los apoyos empleados por el paciente para caminar. La evaluación del riesgo de caídas se realiza como parte del tamizaje en el Servicio de Urgencias y/o la evaluación inicial del paciente hospitalizado; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente; al menos se evalúa a cada paciente: cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud. El establecimiento implementa un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados.

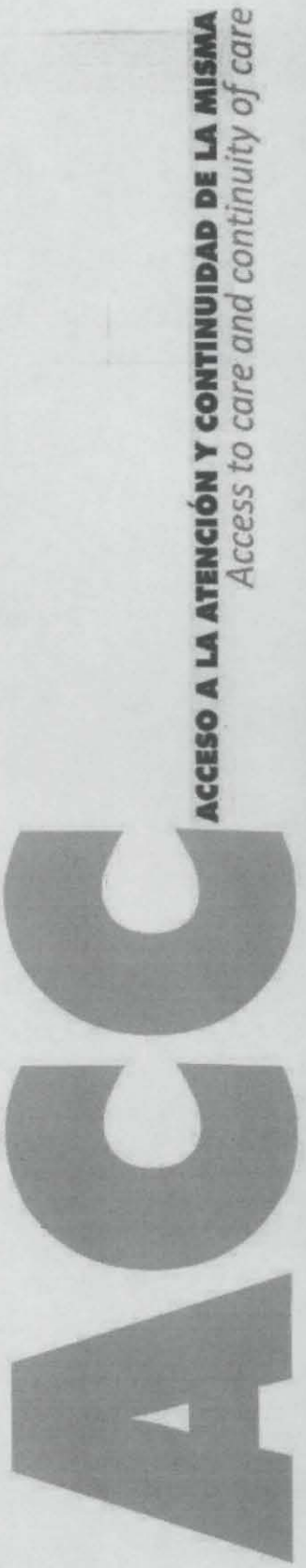
Elementos Medibles de la MISP.6

1. Existen políticas y/o procedimientos para la evaluar y mitigar el riesgo de caídas en todos los pacientes.
2. La evaluación de tamizaje del paciente en urgencias y la evaluación inicial del paciente hospitalizado incluye la identificación del riesgo de caídas.
3. Se reevalúa el riesgo de caídas de cada paciente al menos en cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud.
4. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a mitigar el riesgo de caídas.
5. ***La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.***



SECCIÓN 2

Estándares Centrados en el Paciente


ACC
ACCESO A LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA MISMA
Access to care and continuity of care

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Access to Care and Continuity of Care

PERSPECTIVA GENERAL

Un establecimiento de atención médica debe tener en cuenta que la atención que proporciona a los pacientes forma parte de un sistema integrado de servicios, profesionales de la salud y unidades de atención, lo cual constituye la continuidad de la atención. El objetivo del apartado de Acceso y Continuidad de la Atención es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en el establecimiento y luego planificar el alta y el seguimiento, de esta manera se obtienen mejores resultados en la atención al paciente y un uso más eficiente de los recursos disponibles.

La información es fundamental para tomar decisiones correctas acerca de:

- las necesidades del paciente que el establecimiento de atención médica puede cubrir,
- el flujo eficiente de servicios al paciente, y
- la transferencia o el alta adecuadas del paciente a su domicilio o a otro entorno de atención.

ADMISIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

Estándar ACC.1

Los pacientes se admiten para recibir atención hospitalaria o ambulatoria, conforme a sus necesidades de salud identificadas; dichas necesidades coinciden con la misión y recursos del hospital.

Propósito de ACC.1

El hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y los recursos del hospital depende de la obtención de información sobre las necesidades y el estado del paciente mediante una evaluación de tamizaje, por lo general en el momento del primer contacto. El tamizaje puede realizarse mediante criterios de triage, derivados de una evaluación visual, examen físico o los resultados de evaluaciones físicas, psicológicas, de análisis clínicos de laboratorio o estudios de diagnóstico por imagen. El tamizaje puede tener lugar en un establecimiento de atención médica de referencia, durante un traslado de urgencia o cuando el paciente llega al hospital. Es importante que las decisiones de tratar, transferir o derivar se tomen sólo después de tener disponibles los resultados de las evaluaciones de tamizaje y los exámenes practicados. Sólo aquellos pacientes para quienes el establecimiento posea la capacidad clínica de proporcionar los servicios necesarios, conforme a su misión, serán tomados en cuenta para su internamiento o para brindarle servicios ambulatorios. Cuando la organización requiera pruebas o evaluaciones especiales antes de la admisión, esto se manifestará en una política escrita.

Se informa a los pacientes sobre cualquier retraso en la atención y los motivos del mismo. Este requisito se aplica a los servicios de diagnóstico y no a las esperas de menor importancia para obtener atención ambulatoria o intermiento, como cuando, por ejemplo, un médico se demora.

Elementos Medibles de ACC.1

1. El tamizaje se inicia en el momento del primer contacto (Admisión, Urgencias y Consulta Externa) o fuera del establecimiento (cuando exista la capacidad).
2. Basado en los resultados del tamizaje, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos del establecimiento.
3. Los pacientes son aceptados únicamente si el establecimiento puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado, ambulatorio u hospitalario, para la atención.
4. Existe un proceso para proporcionar los resultados de los análisis de diagnóstico a los responsables de determinar si el paciente deberá ser admitido, transferido o derivado.
5. Las políticas identifican cuáles exámenes o análisis de diagnóstico y tamizaje deben realizarse de manera estandarizada antes de la admisión.
6. Los pacientes no son admitidos, transferidos ni derivados antes de que estén disponibles los resultados de los análisis necesarios para tomar estas decisiones.
7. Las políticas definen cómo los pacientes serán informados sobre su proceso de atención; así como, cuando exista una espera o demora en la atención, diagnóstico o tratamiento, las razones de esta situación y cómo ésta información será documentada.

Estándar ACC.1.1

El establecimiento cuenta con un proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios.

Propósito de ACC.1.1

El proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios está estandarizado mediante políticas y procedimientos escritos. El personal responsable del proceso está familiarizado con dichos procedimientos y los cumple.

Las políticas y procedimientos se ocupan de:

- el registro de pacientes ambulatorios o la admisión para su hospitalización.
- la admisión directamente por Urgencias hacia cualquier otro servicio de hospitalización.
- el proceso para mantener pacientes en observación.
- el traslado cuando las instalaciones no son las adecuadas o no hay lugar para la admisión de pacientes.

Elementos Medibles de ACC.1.1

1. Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de aceptación de pacientes para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.
2. Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de atención de pacientes ingresados al establecimiento (Hospitalización, Urgencias y atención Ambulatoria).
3. El personal está familiarizado con las políticas y los procedimientos, y los cumple.
4. Las políticas y los procedimientos se ocupan de la admisión de los pacientes de urgencia en unidades de internamiento.
5. Las políticas y los procedimientos se ocupan de los pacientes que se encuentran en observación.
6. El traslado cuando las instalaciones no son las adecuadas o no hay lugar para la admisión de pacientes.
7. ***La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

ACC.1.1.1 Los pacientes que necesiten atención de urgencia o inmediata tendrán prioridad para ser evaluados y tratados.

Propósito de ACC.1.1.1

Los pacientes con necesidades de atención de urgencia o inmediata deben ser identificados mediante un proceso de triage. Una vez identificados éstos pacientes deben de ser evaluados por un médico u otro personal calificado, antes que a otros pacientes, accediendo a los servicios auxiliares de diagnóstico lo más rápido posible y comenzar el tratamiento para atender sus necesidades. El proceso de triage se realiza con base en criterios fisiológico, siempre que sea posible y adecuado, y capacita al personal para determinar cuáles son los pacientes con necesidades inmediatas y cómo darles prioridad a su atención. *(Ver también COP.8.4)*

Cuando el establecimiento no puede atender las necesidades del paciente con una emergencia y se requiere transferirlo a otro nivel de atención, se estabiliza al paciente antes del traslado, de acuerdo a la capacidad de atención del establecimiento.

Elementos Medibles de ACC.1.1.1

1. El establecimiento utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.
2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.
3. El personal recibe capacitación para aplicar los criterios.
4. Los pacientes son priorizados según la urgencia de sus necesidades de atención médica.
5. ***El 90% de los pacientes que llegan a al Servicio de Urgencias por su propio pie esperan menos de 15 minutos para ser atendidos.***

Estándar ACC.1.1.2

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 para internamiento en el establecimiento.

Propósito de ACC.1.1.2

Cuando los pacientes son admitidos para ser hospitalizados en el establecimiento, la evaluación de tamizaje ayuda al personal a comprender y priorizar los servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación que el paciente necesita; y a seleccionar el servicio o unidad más adecuada para atender las necesidades más urgentes o prioritarias del paciente.

Elementos Medibles de ACC.1.1.2

1. La evaluación de tamizaje ayuda al personal a comprender y priorizar los servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación que el paciente necesita.
2. El servicio o la unidad seleccionados para atender estas necesidades son adecuados.

ACC.1.2 En el momento de la admisión, los pacientes y sus familiares reciben información sobre el diagnóstico presuntivo o de certeza, tratamiento propuesto, hospitalización, resultado de la atención y, en su caso, el costo estimado por la atención, que les apoye en la toma de decisiones.

Propósito de ACC.1.2

Durante el proceso de admisión, el paciente y su familia reciben información suficiente que les permite tomar decisiones. Esta información comprende la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier costo que deben afrontar el paciente y/o su familia cuando éste no es pagado por alguna institución pública o privada. Cuando existen restricciones económicas relacionadas con el costo de la atención, el establecimiento busca y orienta al paciente y su familia en diversas formas para superar dichas restricciones. Esta información puede ser dada en forma escrita o de manera verbal, señalándose en el expediente clínico. *(Ver MCI.2, EM 1).*

Elementos Medibles de ACC.1.2

1. Existe un proceso para proporcionar información al paciente y a la familia en el momento de la admisión.
2. El proceso incluye información sobre la atención propuesta.
3. El proceso incluye información sobre los resultados que se esperan de la atención.
4. El proceso incluye información sobre cualquier costo esperado para el paciente y/o su familia.
5. Los pacientes y/o su familia obtienen información suficiente para tomar decisiones.

Estándar ACC.1.3

El establecimiento busca reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.

Propósito de ACC.1.3

Los establecimientos de atención médica con frecuencia prestan servicios a comunidades con una población diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o lenguas, presentar una diversidad cultural u otras barreras que dificulten el proceso de acceso y obtención de atención. La organización está familiarizada con estas barreras y ha implementado procesos para eliminarlas o reducirlas durante el proceso de admisión y en la prestación de los servicios. La organización también busca disminuir el impacto de estas barreras en la prestación de servicios.

Elementos Medibles de ACC.1.3

1. Los directivos y el personal del establecimiento identifican y documentan las barreras más comunes en su población de pacientes.
2. Existe un proceso para superar o limitar las barreras durante el proceso de admisión.
3. Existe un proceso para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios.
4. Se implementan estos procesos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ACC.1.4

El ingreso y egreso hacia o desde unidades que prestan servicios de cuidados intensivos o especializados se determinan mediante criterios estandarizados.

Propósito de ACC.1.4

Las unidades o servicios que proporcionan cuidados intensivos y especializados (por ejemplo, las terapias intensivas, coronarias, la unidad de atención de pacientes quemados o unidades de trasplante de órganos) son costosos y por lo general tienen espacio y personal limitados. Cada hospital debe establecer los criterios de ingreso y egreso a estas unidades. Para asegurar la consistencia, los criterios deben de tener una base fisiológica cuando sea posible y apropiado. El personal de urgencias o de los servicios intensivos y especializados participan en la elaboración de éstos criterios, los cuales son utilizados para determinar el ingreso directo a una unidad, por ejemplo, directamente desde el servicio de urgencias. También son utilizados para determinar las transferencias a la unidad desde dentro o desde fuera del establecimiento, y para determinar cuándo un paciente ya no necesita los servicios de la unidad y puede ser transferido a otra área del hospital o trasladado a otro establecimiento.

Cuando el establecimiento lleva a cabo una investigación u ofrece servicios o programas especializados, la inclusión en estos debe ser a través de los criterios o de un protocolo establecido. En la elaboración de los criterios o del protocolo participan las personas adecuadas, ya sea de la investigación o de los programas. La admisión en tales programas se documenta en el expediente del paciente e incluye los criterios o las condiciones del protocolo bajo las cuales el paciente fue admitido o transferido.

Elementos Medibles de ACC.1.4

1. El establecimiento ha definido criterios de ingreso y egreso para sus servicios o unidades de cuidados intensivos y especializados, incluida la investigación en seres humanos y otros programas, para atender las necesidades especiales de los pacientes.
2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.
3. En la elaboración de los criterios participa personal experto.
4. El personal recibe capacitación para aplicar los criterios.
5. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos y especializados reúnen los requisitos establecidos en los criterios, y se documenta en el expediente clínico del paciente.
6. Los pacientes que ya no cumplan con los requisitos de los criterios para permanecer en la unidad serán transferidos o dados de alta.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ACC.2

El establecimiento diseña y ejecuta procesos para brindar servicios de atención médica al paciente, coordinados y continuos, dentro del hospital.

Propósito de ACC.2

A medida que los pacientes avanzan en su proceso de atención, desde la admisión hasta el alta o la transferencia, varias áreas o servicios y su personal se ven involucrados, esto implica el hacer coincidir las necesidades del paciente con los recursos del establecimiento o en su caso fuera de él, esto por lo general se logra empleando los criterios que determinan que las transferencias sean adecuadas y oportunas dentro de la organización.

Para que la atención al paciente sea impecable, el establecimiento debe diseñar e implementar procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre médicos, enfermeras y demás integrantes del equipo de salud en:

- los servicios de urgencia y la admisión hospitalaria,
- los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento,
- los servicios de tratamiento quirúrgicos y no quirúrgicos,
- los servicios de atención ambulatoria y
- otros servicios y entornos complementarios de atención.

Los líderes de los servicios trabajan en conjunto para diseñar e implementar los procesos, los cuales pueden estar respaldados por criterios explícitos de transferencia o por políticas, procedimientos, guías clínicas o protocolos de atención. La organización identifica a las personas responsables de la coordinación de servicios.

Una buena práctica para mejorar la comunicación en momentos claves de la atención médica, como traslados o cambios de turno (transiciones) es la herramienta **SBAR** *(Situation, Background, Assessment, Recommendation),* es decir, utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: Situación actual (**S**), antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (**B**), evaluaciones (**A**) y recomendaciones y actividades pendientes (**R**). *(Ver MCI.6)*

Elementos Medibles de ACC.2

1. Los líderes diseñan e implementan procesos que garantizan la coordinación y continuidad de la atención, incluidos:
   - los servicios de urgencia y la admisión hospitalaria,
   - los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento,
   - los servicios de tratamiento quirúrgicos y no quirúrgicos,
   - los servicios de atención ambulatoria y
   - otros servicios y entornos complementarios de atención
2. Se establecen criterios que determinan la transferencia adecuada y oportuna de los pacientes dentro del establecimiento, los cuales garantizan la coordinación y la continuidad de la atención.
3. La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de la atención.
4. La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.
5. ***Se cuenta con una política que guía el proceso de interconsulta mediante el cual se asegura la respuesta oportuna de cada servicio requerido para ejecutar un tratamiento o coadyuvar en el tratamiento de un paciente hospitalizado.***
6. ***Las Interconsultas se realizan de acuerdo a la política.***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ACC.2.1

Durante todas las fases de la atención, hay una persona calificada identificada como responsable de la atención del paciente.

Propósito de ACC.2.1

A fin de mantener la continuidad de la atención durante la estancia del paciente en el establecimiento, la persona que tiene la responsabilidad de la atención del paciente o de una fase específica de la misma, está claramente identificada y se documenta en el expediente clínico; esta persona debe ser un médico calificado, quien es responsable de la continuidad, la coordinación, la satisfacción del paciente, la calidad y los resultados en la atención; por lo tanto, es aconsejable que colabore y se comunique con los demás integrantes del equipo de salud.

Cuando médico en formación documenta la atención planeada y otorgada esta es validada por el médico responsable del paciente. *(Ver SQE.8.3.1)*

Cuando un paciente pasa de una fase de atención a otra (por ejemplo, de atención quirúrgica a rehabilitación), el responsable de la atención podrá cambiar, o la misma persona podrá continuar supervisando toda la atención del paciente.

Elementos Medibles de ACC.2.1

1. Se identifica al médico responsable de la atención del paciente.
2. El médico está calificado para asumir la responsabilidad de la atención del paciente.
3. El médico se identifica ante el personal del establecimiento.
4. ***El médico responsable de la atención del paciente se identifica en el expediente clínico.***
5. ***El médico responsable de la atención del paciente documenta la atención otorgada y planeada o supervisa y valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.***
4. ***Cuando corresponde, los pacientes son informados sobre el cambio de profesional responsable.***
5. ***En el expediente clínico se registra el cambio de profesional responsable y los motivos del mismo.***

ALTA Y SEGUIMIENTO

Estándar ACC.3

Existe una política que establece la referencia o el alta apropiada para los pacientes.

Propósito de ACC.3

Referir o dar de alta a un paciente para que vea a un profesional de la atención fuera del establecimiento, esté en otro entorno de atención o, egrese a su hogar, se basa en el estado de salud del paciente y en las necesidades de atención o servicios para su continuidad. El médico responsable del paciente determina y autoriza el alta. También se pueden utilizar criterios para indicar cuando un paciente está listo para su egreso. Las necesidades para la continuidad de la atención pueden indicar una referencia a un especialista, terapeuta de rehabilitación o incluso necesidades de atención en el hogar, coordinadas con la familia. Se necesita un proceso organizado, para asegurar que en el hogar, los profesionales o entornos externos cubran las necesidades para la continuidad de la atención. Cuando desde la evaluación inicial se identifique a un paciente que lo requiere, se comienza la planificación del alta *(Ver AOP.1.8.1)* lo antes posible en el proceso de atención. La familia debe estar incluida en el proceso de planificación del alta según convenga al paciente y a sus necesidades.

Los hospitales que den "permisos de salida" a sus pacientes, por ejemplo, para el fin de semana, para alguna fecha importante en la familia o contexto social del paciente, deberán contar con una política que guíe este proceso.

Elementos Medibles de ACC.3

1. Existe una política que guía el alta de los pacientes.
2. El alta garantiza la continuidad de la atención y se basa en las necesidades específicas de cada paciente.
3. Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan desde el ingreso o lo más pronto posible en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluirá a la familia. *(Ver AOP.1.8.1)*
4. Se deriva y/o da el alta a los pacientes, según corresponda.
5. Cuando corresponda, existe una política para dar "permiso de salida" a los pacientes por un periodo definido.
7. ***El expediente clínico de los pacientes contiene una nota firmada por el paciente y/o familiar responsable, donde se consignan las condiciones del permiso, los cuidados que se compromete a realizar y las consecuencias de su incumplimiento.***

Estándar ACC.3.1

El establecimiento coopera con los profesionales de la salud y con otros establecimientos para garantizar referencias oportunas y adecuadas.

Propósito de ACC.3.1

La referencia oportuna al médico, establecimiento o institución que mejor cubran las necesidades del paciente para dar continuidad a su atención, requiere de una planificación, para identificar a los diferentes prestadores de servicios en la comunidad, construir relaciones formales e informales con estos prestadores y poder referir de manera adecuada a los pacientes con el personal o a una institución calificada. Cuando los pacientes vienen de una comunidad distinta, la organización intenta referirlos con una persona o institución en la comunidad del paciente.

Después del alta, los pacientes pueden necesitar apoyo social, nutricional, económico, psicológico u otro. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta el tipo de servicio de apoyo necesario y la disponibilidad de dichos servicios.

Elementos Medibles de ACC.3.1

1. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta la necesidad, tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos para la continuidad de la atención.
2. El establecimiento identifica a los prestadores de servicios, instituciones calificadas y personas en su comunidad que están más asociados con los servicios del establecimiento. *(Ver PFE.3, EM 2)*
3. La referencia fuera del establecimiento, se realiza a personal o a una institución calificada en la comunidad del paciente.

Estándar ACC.3.2

Los expedientes clínicos de los pacientes contienen una copia del resumen del alta.

Propósito de ACC.3.2

Se prepara un resumen de la atención del paciente en el momento en que sea dado de alta del establecimiento.
Cualquier médico calificado puede elaborar el resumen del alta, por ejemplo el médico del paciente, un médico residente u otro médico calificado y autorizado para ello. Si un médico en formación realiza el resumen del alta, es validado por el médico responsable. *(Ver ACC.2.1, SQE.8.3.1)*

El resumen se realiza conforme a lo señalado en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

La copia del resumen de alta se archiva en el expediente clínico del paciente. Se entrega una copia al paciente cuando esté indicado por la política del establecimiento o por la práctica común de conformidad con las leyes y reglamentaciones.

Elementos Medibles de ACC.3.2

1. Un médico calificado prepara un resumen del alta, en el momento del egreso.
2. ***Todos los resúmenes del alta se realizan conforme a lo señalado en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.***
3. Se archiva en el expediente del paciente una copia del resumen del alta.
4. ***Se entrega a los pacientes una copia del resumen del alta, si así lo indican la política o conforme al proceso descrito en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.***

ACC.3.2.1 El resumen del alta de los pacientes hospitalizados es completo.

Propósito de ACC.3.2.1

El resumen de alta proporciona una síntesis o panorama general acerca de la atención recibida mientas el paciente estaba hospitalizado. El resumen puede ser utilizado para dar seguimiento al paciente.

El resumen incluye lo siguiente:

a) Motivo de la admisión.
b) Hallazgos relevantes.
c) Diagnóstico y procedimientos terapéuticos realizados.
d) Medicación durante el proceso de atención y los medicamentos al egreso, (todos los medicamentos que el paciente tomará en su domicilio) *(Ver MMU.4.5).*
e) El estado del paciente al momento del alta.
f) Instrucciones de seguimiento.

Elementos Medibles de ACC.3.2.1

1. El resumen de alta contiene el motivo de la admisión, los diagnósticos y las comorbilidades.
2. El resumen de alta contiene cualquier hallazgo relevante.
3. El resumen de alta contiene el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos realizados
4. El resumen de alta contiene los medicamentos que fueron administrados y los que se dieron al alta
5. El resumen de alta contiene el estado o la condición del paciente al momento del alta
6. El resumen de alta contiene Instrucciones de seguimiento

Estándar ACC.3.3

Los pacientes y, según sea adecuado, sus familiares, reciben instrucciones comprensibles de seguimiento en el momento de la referencia o del alta.

Propósito de ACC.3.3

Los pacientes deben recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades posteriores a su egreso. Las instrucciones incluyen el nombre y la ubicación de los establecimientos para la continuidad de la atención, cualquier retorno al establecimiento con fines de seguimiento y cuándo debe obtenerse atención de urgencia. Se incluye a la familia cuando el estado o la capacidad de un paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeña un papel dentro del proceso de atención.

El establecimiento informa las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a su familia, en forma simple y comprensible. Las instrucciones de seguimiento se entregan por escrito o en la forma que resulte más comprensible para el paciente.

Elementos Medibles de ACC.3.3

1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensibles.
2. Las instrucciones incluyen cualquier indicación de seguimiento.
3. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención de urgencia.
4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda, para la continuidad de la atención.

TRASLADO DE PACIENTES A OTROS ESTABLECIMIENTOS

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ACC.4

Existe una política que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos, a fin de cubrir sus necesidades y garantizar la continuidad de la atención.

Propósito de ACC.4

El traslado de un paciente a otro establecimiento se basa en su estado de salud y en la necesidad de servicios para la atención o la continuidad de la atención. Dicho traslado puede deberse a la necesidad del paciente de obtener una interconsulta, tratamiento especializado, servicios de urgencia, cuidados intensivos, rehabilitación o cuando se rebasa la capacidad instalada del hospital. En algunos casos, se traslada al paciente a otro establecimiento solo por un tiempo definido y regresa al mismo hospital, por ejemplo, para realizar una interconsulta, un estudio de imagen, una valoración especializada, terapias de rehabilitación, entre otros, en éstos casos la responsabilidad del paciente continúa siendo del establecimiento donde el paciente se encuentra hospitalizado.

Para lo anterior, es necesario que se tenga definido el proceso de traslado de pacientes a otro establecimiento a fin de asegurar que quien reciba al paciente cubra sus necesidades de atención.

Un proceso tal se ocupa de:

a) el modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención,
b) los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento,
c) quién es responsable del paciente durante el traslado, y
d) qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.

Elementos Medibles de ACC.4

1. Existe una política que guía el proceso de traslado de pacientes a otros establecimientos, la cual incluye al menos lo siguiente:
    a) el modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención,
    b) los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento,
    c) quién es responsable del paciente durante el traslado, y
    d) qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.
2. Los pacientes son debidamente trasladados a otros establecimientos, de manera consistente con las políticas y procedimientos.

Estándar ACC.4.1

***El establecimiento que refiere determina que el que recibe al paciente tiene la capacidad resolutiva y aceptará a los* pacientes trasladados para atender las necesidades de su atención.**

Propósito de ACC.4.1

Al transferir a un paciente a otro establecimiento, la organización que refiere debe determinar si la organización que recibe proporciona servicios que cubran las necesidades del paciente y si tiene la capacidad para recibirlo. La disposición para recibir pacientes y las condiciones de la referencia se describen en convenios formales o informales. Esta determinación anticipada asegura la continuidad de la atención y que se cubran las necesidades de atención del paciente.

Elementos Medibles de ACC.4.1

1. La organización que refiere determina que la organización que recibe puede atender las necesidades del paciente que será transferido.
2. Existen convenios formales o informales implementados con organizaciones receptoras cuando los pacientes son transferidos con cierta frecuencia.
3. ***Existen y son vigentes listados de opciones para referir a los pacientes que no puedan ser atendidos en el establecimiento (contienen: nombres, direcciones y teléfonos de otros hospitales cercanos).***

Estándar ACC.4.2

Se entrega al establecimiento que recibe al paciente un resumen escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por la organización que refiere.

Propósito de ACC.4.2

A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se transfiere junto con el paciente. Una copia del resumen del alta, se entrega al establecimiento receptor, junto con el paciente. El resumen incluye el estado clínico del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas y las necesidades del paciente para dar continuidad a su atención.

Elementos Medibles de ACC.4.2

1. Junto con el paciente, se transfiere su información clínica o un resumen clínico.
2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.
3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionados.
4. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ACC.4.3

Durante un traslado personal calificado controla el estado del paciente.

Propósito de ACC.4.3

El traslado de un paciente a otro establecimiento de atención médica puede ser un proceso breve con un paciente alerta que puede hablar, o puede involucrar el traslado de un paciente comatoso que necesita supervisión continua, por un médico o una enfermera; en estos casos el paciente necesitará monitorización continua. Por lo tanto, el estado y la condición del paciente determinan las competencias adecuadas del personal encargado de monitorizar al paciente durante el traslado.

Elementos Medibles de ACC.4.3

1. Cuando corresponda, los pacientes son monitorizados continuamente durante un traslado.
2. Las competencias del personal responsable del traslado son adecuadas para el estado del paciente.

Estándar ACC.4.4

El proceso de traslado a otro establecimiento se documenta en el expediente clínico del paciente.

Propósito de ACC.4.4

El expediente clínico de cada paciente trasladado a otro establecimiento de atención médica incluye datos sobre el nombre del establecimiento y el nombre de la persona que aceptó recibir al paciente, el o los motivos del traslado, así como cualquier condición especial de la misma y si el estado del paciente cambió durante el traslado (por ejemplo, si el paciente muere o necesita reanimación). Cualquier otra documentación que la política del establecimiento exija (por ejemplo, una firma del personal de enfermería o del médico que reciban al paciente, el nombre de la persona que monitorizó al paciente durante el traslado) será incluida en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ACC.4.4

1. Los expedientes clínicos de los pacientes trasladados mencionan el nombre del establecimiento de atención médica y el nombre de la persona que aceptó recibir al paciente.
2. Los expedientes clínicos de los pacientes trasladados contienen otras notas, según lo requiera la política del establecimiento que refiere.
3. Los expedientes clínicos de los pacientes mencionan el o los motivos del traslado.
4. *Los expedientes clínicos de los pacientes mencionan toda condición especial relacionada con el traslado.*
5. Los expedientes clínicos de los pacientes mencionan todo cambio en el estado del paciente durante del traslado.

TRANSPORTE

Estándar ACC.5

El proceso referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte.

Propósito de ACC.5

El proceso del establecimiento para la referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte. El establecimiento debe proporcionar o hacer los arreglos necesarios para transportar a los pacientes (por ejemplo contactar a la familia o amigos del paciente) que por su estado y condición de salud, así lo ameriten.

Elementos Medibles de ACC.5

1. El proceso de referencia de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
2. El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
3. El proceso de alta de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
4. El transporte se adecua a las necesidades del paciente.
5. ***Existe un listado actualizado de servicios de ambulancia terrestre y aérea, cuando el establecimiento no cuenta con los propios.***

ACC.6 Los servicios de transporte médico cumplen con las leyes, reglamentaciones y los requisitos de licencias pertinentes.

Propósito de ACC.6

Las ambulancias, propias o subrogadas, cumplen con las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes. Estas leyes y reglamentaciones regulan el nivel de asignación de personal para los distintos tipos de transporte urgente, por ejemplo, el requisito de la presencia de un médico durante el transporte de determinados tipos de pacientes, así como el mantenimiento de los vehículos, las competencias de los conductores y técnicos en urgencias médicas, etc. Cuando hay un proceso específico de habilitación o licenciamiento para las ambulancias, el establecimiento cuenta con él. Las ambulancias deberán contener el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el traslado de acuerdo a las necesidades y al estado de los pacientes.

Elementos Medibles de ACC.6

1. Las ambulancias cumplen con las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes.
2. Las ambulancias obtienen la habilitación o licenciamiento.
3. ***Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes durante el traslado.***

ACC.6.1 El traslado en ambulancia se realiza a través de un proceso bien gestionado que asegura al paciente y al personal la obtención de servicios de transporte seguros y de buena calidad.

Propósito de ACC.6.1

El establecimiento integra a las ambulancias al plan o programa de calidad y seguridad del paciente y a la estructura funcional del establecimiento. Si el servicio es subrogado se asegura que se supervisen basados en cláusulas de calidad para la prestación de servicios *(Ver GLD.3.3)*.

Se deja constancia de ello de la siguiente manera:

- La calidad y la seguridad de los servicios en las ambulancias se incluyen en el control de calidad del establecimiento.
- Una persona calificada dirige la operación de las ambulancias.
- Existe supervisión médica de toda evaluación del paciente y todo servicio médico proporcionado durante el traslado.
- Las personas calificadas seleccionan y aseguran el tipo de ambulancia adecuada a las necesidades del paciente.
- Existe una inspección regular y un programa de mantenimiento preventivo para todas las ambulancias.
- Las ambulancias están integradas en el programa de prevención y control de infecciones del establecimiento, e incluyen, según sea pertinente, la exposición del personal y de los pacientes a agentes biológicos y químicos.
- Durante el traslado en ambulancia se respetan los derechos de los pacientes.

Elementos Medibles de ACC.6.1

- La calidad y la seguridad de los servicios en las ambulancias se incluyen en el control de calidad del establecimiento.
- Una persona calificada dirige la operación de las ambulancias.
- Existe supervisión médica de toda evaluación realizada al paciente y todo servicio médico proporcionado durante el traslado.
- Las personas calificadas seleccionan y aseguran el tipo de ambulancia adecuada a las necesidades del paciente.
- Existe una inspección regular y un programa de mantenimiento preventivo para todas las ambulancias.
- Las ambulancias están incluidas en el programa de prevención y control de infecciones del establecimiento, e incluyen, según sea pertinente, la exposición del personal y de los pacientes a agentes biológicos y químicos.
- Durante el traslado en ambulancia se respetan los derechos de los pacientes.
- ***Si las ambulancias son subrogadas, se garantiza que se cumplan los elementos medibles del 2 al 7 como parte de la supervisión y el control de servicios subrogados. (Ver GLD.3.3)***

PFR

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y SU FAMILIA
Patient and Family Rigths

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y DE SU FAMILIA

Patient and Family Rights

PERSPECTIVA GENERAL

Cada paciente es único en sus necesidades, fortalezas, valores y creencias. Los establecimientos de atención médica trabajan para establecer la confianza y comunicación abierta con los pacientes y así comprender y proteger sus valores culturales, psicosociales y espirituales. Los resultados en la atención al paciente mejoran cuando los pacientes, y en su caso sus familiares, participan en las decisiones y procesos de atención de un modo que se adecua a sus expectativas culturales.

A fin de promover el cumplimiento de los derechos de los pacientes dentro de un establecimiento de atención médica, 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 sobre cómo actuar para ejercerlos. Se enseña al personal a comprender y respetar las creencias y valores de los pacientes y a brindar una atención cordial y respetuosa que proteja su dignidad.

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 del establecimiento.

La forma en que se llevan a cabo estos procesos es conforme a lo estipulado en las leyes y reglamentaciones vigentes.

Estos procesos se relacionan con el modo en el que un establecimiento brinda atención médica de manera equitativa, dada la estructura del sistema de protección social y de los mecanismos de financiamiento de la atención médica del país. Este capítulo también abarca los derechos de los pacientes y sus familiares en relación con la investigación, la donación y trasplante de órganos y tejidos.

Estándar PFR.1

El establecimiento es responsable de proporcionar procesos que respalden los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.

Propósito de PFR.1

Los directivos del establecimiento son los responsables de la manera en que el establecimiento trata a sus pacientes, por lo tanto, es preciso que conozcan y comprendan los derechos de los pacientes y sus familiares, al igual que las responsabilidades de su establecimiento tal como se identifican en las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes, para lo anterior se pueden auxiliar de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes publicada por la Secretaría de Salud.

Los directivos dan instrucciones para asegurarse de que el personal de todo el establecimiento asume la responsabilidad de proteger estos derechos. La organización respeta los derechos de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente de decidir qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias. Por ejemplo, puede que el paciente no desee que su familia se entere sobre un diagnóstico.

Para lograr lo anterior, se elaboran e implementan políticas y procedimientos para asegurar que todo el personal sea consciente y responda ante cuestiones de derechos de los pacientes y sus familiares en todo el establecimiento. La organización emplea un proceso de colaboración para determinar las políticas y procedimientos y, cuando es adecuado, incluye a pacientes y sus familiares al proceso. *(Ver ACC.6.1)*

Elementos Medibles de PFR.1

1. Los directivos del establecimiento trabajan en colaboración para respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares.
2. Los directivos comprenden los derechos de los pacientes y sus familiares tal como están señalados en las leyes y reglamentaciones.
3. El establecimiento respeta el derecho de los pacientes y, en su caso de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.
4. El personal está informado sobre las políticas y procedimientos relacionados con los derechos del paciente y pueden explicar sus responsabilidades en cuanto a la protección de dichos derechos.
5. *Las políticas y procedimientos orientan y respaldan los derechos de los pacientes y sus familiares en el* establecimiento.

Estándar PFR.1.1

Se identifican los valores y creencias de cada paciente y su familia como parte de la evaluación inicial.

Estándar PFR.1.1.1

El establecimiento cuenta con un proceso para responder a las solicitudes de servicios pastorales o solicitudes similares de los pacientes y/o familiares, según las creencias espirituales y religiosas del paciente.

Propósito de PFR.1.1 y PFR.1.1.1

Dentro del proceso de atención, cada paciente tiene sus propios valores y creencias. Algunos valores y creencias son comunes a todos los pacientes y con frecuencia son de origen cultural y religioso. Otros valores y creencias son los que pertenecen a un paciente en particular. El establecimiento alienta a todos los pacientes a expresar sus creencias y respetar las creencias de los demás.

Como parte de la evaluación inicial se identifican los valores y creencias de cada paciente con el propósito de planear una atención integral. *(Ver AOP.1.2; PFE.2.1, EM 1 y COP.7, EM 1)*

Los valores y creencias fuertemente arraigados pueden modificar el proceso de atención y el modo en que los pacientes responden a éste. Por consiguiente, cada prestador de atención busca comprender la atención y los servicios que otorga dentro del contexto de valores y creencias del paciente. Cuando un paciente o una familia desean hablar con alguien en relación con sus necesidades religiosas o espirituales, el establecimiento cuenta con un proceso para responder a la solicitud. El proceso podrá ser llevado a cabo a través de personal religioso existente en el lugar, fuentes locales o fuentes referidas por la familia. El proceso para dar respuesta es más complejo cuando, por ejemplo, no se reconoce oficialmente una religión o creencias específicas, o se carece de fuentes relacionadas con la religión o creencias cuyos servicios se soliciten.

PFR.1.1 La atención deberá ser cordial y respetuosa para con los valores y creencias personales del paciente.

Elementos Medibles de PFR.1.1

1. Se identifican los valores y creencias de cada paciente como parte de la evaluación inicial, y en su caso de la familia.
2. Se respetan los valores y creencias del paciente.

PFR.1.1.1 El establecimiento cuenta con un proceso para responder a las solicitudes de servicios pastorales o solicitudes similares de los pacientes y/o familiares, según las creencias espirituales y religiosas del paciente.

Elementos Medibles de PFR.1.1.1

1. El establecimiento cuenta con un proceso diseñado para responder ante solicitudes, tanto de rutina como complejas, vinculadas con el apoyo religioso o espiritual.
2. El establecimiento responde ante las solicitudes de apoyo religioso o espiritual.

Estándares PFR.1.2

La atención médica respeta la necesidad de privacidad del paciente.

Propósito de PFR.1.2

La privacidad del paciente es importante, en especial durante entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos, tratamientos y transporte. Los pacientes podrían desear tener privacidad respecto a cierto personal del establecimiento, otros pacientes e incluso respecto a miembros de su familia. Además, es posible que los pacientes no deseen ser fotografiados, grabados ni participar en entrevistas de auditoría para la certificación. Si bien existen algunos enfoques comunes para ofrecer privacidad a todos los pacientes, éstos podrían tener necesidades y expectativas de privacidad diferentes o adicionales, las cuales además podrían cambiar durante su estancia. Por lo tanto, en la medida que el personal presta atención y servicios a los pacientes, deben consultar al paciente sobre sus necesidades y expectativas de privacidad. Esta comunicación entre el personal y el paciente genera confianza y una comunicación abierta; no es necesario documentarla.

Elementos Medibles de PFR.1.2

1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención y tratamiento. *(Ver PFR.2.5)*
2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos/tratamientos y transporte.
3. ***Los directivos aseguran la infraestructura necesaria para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo requieran.***

Estándar PFR.1.3

Existe un proceso que asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes.

Propósito de PFR.1.3

El establecimiento comunica al paciente y a su familia, la responsabilidad que asume por sus pertenencias, la cual implica que no van a ser extraviadas ni robadas. Esta responsabilidad se extiende a todos los pacientes que son atendidos en el establecimiento.

Cuando el establecimiento toma la responsabilidad de cualquiera o todas las pertenencias del paciente dentro del establecimiento, hay un proceso para determinar el número y tipo de pertenencias y asegurar que no sean extraviadas.

Este proceso considera los objetos de los pacientes en todos los servicios, y a los pacientes que sean incapaces de tomar decisiones en relación con sus pertenencias.

Elementos Medibles de PFR.1.3

1. El establecimiento determinó su nivel de responsabilidad por las pertenencias de los pacientes.
2. Los pacientes reciben información sobre la responsabilidad del establecimiento por la protección de sus pertenencias personales.
3. Las pertenencias del paciente se protegen cuando la organización asume la responsabilidad o cuando el paciente no es capaz de asumir la responsabilidad.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar PFR.1.4

Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

Propósito de PFR.1.4

El establecimiento es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones físicas por parte de los visitantes, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente importante en el caso de bebés, niños, adultos mayores y demás personas que no tengan la posibilidad de protegerse a sí mismas o que no puedan manifestar su necesidad de pedir ayuda. El establecimiento procura evitar las agresiones a través de procesos tales como la investigación de las personas que se encuentren dentro del establecimiento sin la debida identificación, el control de las áreas que sean remotas o estén aisladas de la instalación, y procura responder rápidamente ante quienes se crea que corren peligro de sufrir una agresión.

Elementos Medibles de PFR.1.4

1. El establecimiento cuenta con un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.
2. El proceso se ocupa de bebés, niños, adultos mayores y demás personas con capacidades diferentes o con limitaciones para protegerse.
3. ***Existe un proceso que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.***
4. ***Existe un proceso que permita identificar y registrar a todas las personas que ingresan al establecimiento.***
5. Se investiga a las personas sin identificación.
6. Se controlan las áreas remotas o aisladas de la instalación.
7. ***Existen políticas y procedimientos que establecen cómo actuar en casos donde se atienden pacientes con problemas sistémicos que presentan estados de agresividad, violencia o problemas psiquiátricos.***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar PFR.1.5

Los niños, las personas discapacitadas, los adultos mayores y demás población en riesgo obtienen la protección adecuada.

Propósito de PFR.1.5

Cada establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables e implementa procesos para proteger sus derechos; el personal comprende sus responsabilidades en estos procesos. Es posible que se identifiquen en las leyes o reglamentaciones los grupos de pacientes vulnerables y la responsabilidad del establecimiento. Como mínimo, se consideran como pacientes vulnerables los niños, las personas con discapacidad, pacientes comatosos, los adultos mayores y demás población en riesgo identificada de acuerdo a la población atendida en el establecimiento. En estos pacientes se brinda una protección que va más allá de la agresión física, abarcando otras áreas de seguridad como son: la protección contra el abuso, la atención negligente, la negación de servicios o la asistencia en caso de incendio.

Elementos Medibles de PFR.1.5

1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables.
2. Los pacientes vulnerables se encuentran protegidos.
3. El personal comprende sus responsabilidades en el proceso de protección.

Estándar PFR.1.6

La información del paciente es confidencial.

Propósito de PFR.1.6

La información médica que se concentra y documenta es importante para la comprensión del paciente y sus necesidades, así como para la prestación de atención y servicios a lo largo del tiempo. Esta información puede estar impresa, en formato electrónico o en una combinación de ambos. El establecimiento resguarda dicha información, la clasifica como confidencial e implementa políticas y procedimientos que la protegen contra pérdidas o usos incorrectos. Las políticas y procedimientos son acordes a las leyes y reglamentaciones vigentes.

El personal respeta la confidencialidad del paciente, no haciendo pública la información confidencial en la puerta de la habitación del paciente o en la estación de enfermería, asímismo omite hacer comentarios relacionados con los pacientes en lugares públicos. El personal está al tanto de las leyes, reglamentaciones y normatividad que rigen la confidencialidad de la información e instruye al paciente respecto al modo en que la organización respeta la confidencialidad de su información. También se informa a los pacientes respecto a cuándo y bajo qué circunstancias se divulgará la información y cómo se obtendrá su autorización. *(Ver MCI.10, ME 4 y MCI.16)*

Elementos Medibles de PFR.1.6

1. Se informa a los pacientes sobre la forma en que se mantendrá la confidencialidad de su información conforme las leyes, reglamentaciones y normatividad aplicables.
2. A los pacientes que estén de acuerdo, se les solicita que otorguen su autorización para la divulgación de información no cubierta por las leyes, reglamentaciones y normatividad.
3. La organización clasifica y respeta como confidencial la información médica del paciente.

Estándar PFR.2

El establecimiento respeta los derechos de los pacientes y sus familiares y fomenta su participación en el proceso de atención médica.

Propósito de PFR.2

Los pacientes y sus familiares participan en el proceso de atención tomando decisiones, haciendo preguntas e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamiento. El establecimiento respalda y promueve la participación del paciente y su familia en todos los aspectos de la atención, mediante la elaboración e implementación de políticas y procedimientos. El personal administrativo, el personal clínico y demás personal, participan en la elaboración de dichas políticas y procedimientos. Todo el personal recibe capacitación sobre las políticas y procedimientos, y sobre su rol en el respaldo de los derechos de los pacientes y sus familiares en lo que se refiere a su participación en los procesos de atención.

Elementos Medibles de PFR.2

1. Se elaboran políticas y procedimientos para respaldar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.
2. La elaboración de políticas y procedimientos es un esfuerzo de colaboración e incluye tanto al personal directivo como operativo.
3. El personal recibe capacitación sobre las políticas, procedimientos y su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.

Estándar PFR.2.1

El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares acerca del proceso de cómo les comunicarán el estado de salud, diagnóstico de certeza y el tratamiento planeado, así como de la manera en que pueden participar en las decisiones sobre su atención, en la medida que deseen participar.

Propósito de PFR.2.1

A fin de que los pacientes y sus familiares participen en las decisiones del proceso de atención, necesitan información básica sobre el estado de salud o la condición médica encontrada durante las evaluaciones, incluido todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado, y sobre la atención y el tratamiento propuestos. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo se les proporcionará esta información y quién es responsable de comunicarla, el tipo de decisiones que deben tomarse acerca de la atención y cómo participar en dichas decisiones. Además, los pacientes y sus familiares necesitan comprender el proceso del establecimiento para obtener el consentimiento informado y qué procesos de atención, diagnósticos y tratamientos los requieren.

Si bien algunos pacientes quizá no deseen enterarse personalmente de un diagnóstico confirmado, ni participar en las decisiones respecto a su atención, se les brinda la posibilidad, y pueden optar por participar a través de un familiar o un tercero responsable de la toma de decisiones.

Elementos Medibles de PFR.2.1

1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo les informarán sobre el estado de salud y todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado.
2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo se les informará de la atención y el o los tratamientos planificados.
3. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo debe de ser solicitado un consentimiento informado y el proceso para otorgarlo.
4. Los pacientes y sus familiares entienden su derecho a participar en las decisiones de atención en la medida que lo deseen.

Estándar PFR.2.1.1

El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre cómo y quién les comunicará los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos.

Propósito de PFR.2.1.1

Durante el proceso de atención, los pacientes y sus familias, cuando es adecuado, tienen derecho a que les comuniquen los resultados de la atención y el tratamiento planeados. También es importante que les informen acerca de todo resultado inesperado de la atención y tratamiento, como por ejemplo eventos imprevistos durante una cirugía, eventos relacionados con medicamentos prescritos u otros tratamientos. El paciente debe tener claro cómo y quién le hablará sobre los resultados esperados y los imprevistos. *(Ver COP.2.4)*

Elementos Medibles de PFR.2.1.1

1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y quién les hablará de los resultados de la atención y del tratamiento.
2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y quién les hablará de cualquier resultado imprevisto de la atención y del tratamiento.

Estándar PFR.2.2

El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la suspensión del tratamiento.

Propósito de PFR.2.2

Los pacientes, o quienes tomen las decisiones en su nombre (Representante Legal), quizá decidan no proceder con la atención o tratamiento planificados o no continuar la atención o el tratamiento una vez que han iniciado. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a tomar estas decisiones, los resultados potenciales de las mismas y sus responsabilidades relacionadas con tales decisiones. Se informa a los pacientes y sus familiares sobre todas las alternativas de atención y tratamiento.
Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.

Elementos Medibles de PFR.2.2

1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a suspenderlo.
2. El establecimiento informa a los pacientes sobre las consecuencias de sus decisiones.
3. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.
4. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre la atención disponible y las alternativas de tratamiento.
5. ***Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.***

Estándar PFR.2.3

El establecimiento respeta los deseos y preferencias del paciente respecto a omitir los servicios de reanimación y a renunciar o retirar los tratamientos para prolongar la vida.

Propósito de PFR.2.3

Las decisiones sobre omitir los servicios de reanimación, renunciar a un tratamiento para prolongar la vida o retirarlo, son situaciones difíciles a las que se enfrentan los pacientes, familiares, profesionales de la salud y las organizaciones. Ningún procedimiento específico puede prever todas las situaciones en las cuales deberán tomarse esas decisiones. Por este motivo, es importante que el establecimiento elabore un marco para la toma de estas decisiones difíciles.

El marco:

- Ayuda al establecimiento a identificar su posición sobre estos temas.
- Asegura que la posición del establecimiento se ajuste a las normas religiosas y culturales de su comunidad, y a todo requisito legal: artículo 345 de la Ley General de Salud y, según corresponda, normatividad relacionada con la voluntad anticipada en las entidades federativas.
- Se ocupa de situaciones en las que estas decisiones son modificadas durante la atención;
- Guía a los profesionales de la salud a través de los problemas éticos y legales para llevar a cabo tales deseos de un paciente.

A fin de garantizar que el proceso de toma de decisiones relacionado con el cumplimiento de los deseos del paciente se aplique sistemáticamente, el establecimiento elabora políticas y procedimientos mediante un proceso que incluye a un equipo multidisciplinario. Las políticas y procedimientos identifican las responsabilidades y la forma como se documenta el proceso en el expediente clínico.

Elementos Medibles de PFR.2.3

1. El establecimiento ha identificado su posición ante la negativa de un paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.
2. La posición del establecimiento se ajusta a las normas religiosas y culturales de su comunidad y a todo requisito legal.
3. Se implementan políticas y procedimientos, tanto para guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes, como para modificar las decisiones durante el transcurso de la atención.

4. Se implementan políticas y procedimientos para guiar la respuesta del establecimiento con respecto a las decisiones del paciente.
5. Las políticas y procedimientos se elaboraron a través de un proceso de colaboración.
6. La documentación de las decisiones se hace conforme a la política del establecimiento.
7. El establecimiento guía a los profesionales de la salud en los problemas éticos y legales para llevar a cabo los deseos de los pacientes.

Estándar PFR.2.4

El establecimiento respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados.

Propósito de PFR.2.4

El dolor es habitual en la experiencia del paciente y el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. La respuesta de un paciente al dolor, con frecuencia se encuentra dentro del contexto de las normas sociales y tradiciones, por consiguiente, se alienta y apoya a los pacientes para que manifiesten su dolor. Los procesos de atención del establecimiento reconocen y reflejan el derecho de todos los pacientes a una evaluación y un manejo del dolor adecuado. *(Ver AOP.1.8.2, COP.6 y COP.7.2)*

Elementos Medibles de PFR.2.4

1. El establecimiento respeta y respalda el derecho del paciente a obtener la evaluación y el manejo del dolor adecuados.
2. El personal del establecimiento comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor, lo evalúa y maneja con precisión.

Estándar PFR.2.5

El establecimiento respalda el derecho del paciente a recibir una atención respetuosa y compasiva hacia el final de su vida.

Propósito de PFR.2.5

Los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas de recibir atención respetuosa y compasiva. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente guía todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de su vida. Para lograr esto, todo el personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida, que incluyen el tratamiento de los síntomas primarios y secundarios, el manejo del dolor, la respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y su familia y la participación en las decisiones de la atención. *(Ver AOP.1.2; PFR.1.1 y PFR.1.1.1, COP.6 y COP Área de enfoque de Pacientes en etapa terminal)*

Elementos Medibles de PFR.2.5

1. El establecimiento reconoce que los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas.
2. El personal del establecimiento respeta el derecho que tienen los pacientes en etapa terminal, a que dichas necesidades sean atendidas durante el proceso de atención.
3. El establecimiento brinda los servicios de apoyo que dan respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y sus familiares.

Estándar PFR.3

El establecimiento informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica; asimismo, les informa sobre su derecho a participar en estos procesos.

Propósito de PFR.3

Los pacientes y sus familiares tienen derecho a manifestar quejas sobre la atención y a que éstas sean revisadas y resueltas. Además, en las decisiones respecto a la atención a veces se presentan dudas, conflictos u otros dilemas para la organización y para el paciente, la familia o terceros que deben tomar decisiones; estos dilemas pueden surgir en los

procesos de acceso a la atención, tratamiento o alta y pueden ser particularmente difíciles de resolver, por ejemplo, para omitir los servicios de reanimación o en la renuncia a un tratamiento para prolongar la vida.

Se han implementado procesos para procurar la resolución de dichas dudas, conflictos o dilemas; asimismo, identifica, en políticas y procedimientos, a quienes necesitan involucrar en los procesos, y el modo en que el paciente y la familia participan.

Elementos Medibles de PFR.3

1. Los pacientes son conscientes de su derecho a manifestar una queja y del proceso para hacerlo.
2. Las quejas se revisan y resuelven conforme al mecanismo del establecimiento.
3. Las dudas, conflictos y/o dilemas que surgen durante el proceso de atención se analizan conforme al mecanismo del establecimiento.

Estándar PFR.4

El personal recibe educación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes, así como en la protección de sus derechos.

Propósito de PFR.4

El establecimiento educa a todo el personal sobre los derechos de los pacientes y de sus familias. Se reconoce la posibilidad de que, tanto en el personal como pacientes, no coincidan en los mismos valores y creencias. La educación comprende el modo en que cada miembro de la organización participa en la identificación de los valores y creencias del paciente, y la forma de respetarlos en el proceso de atención.

Elementos Medibles de PFR.4

1. El personal comprende su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes y sus familias y el modo de respetarlos en el proceso de atención.
2. El personal comprende su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.

Estándar PFR.5

Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos, de forma tal que los pueden entender.

Propósito de PFR.5

La admisión a un establecimiento de atención médica puede ser una experiencia aterradora y confusa para los pacientes, razón por la cual les resulta difícil entender y actuar acorde a sus derechos. Por consiguiente, el establecimiento prepara un documento de los derechos de los pacientes y de sus familias, que se entrega a cada paciente en el momento de su admisión y se encuentra disponible durante todo el proceso de atención. Por ejemplo, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes puede estar publicada en el establecimiento.

El documento debe ser adecuado a la edad, nivel de comprensión, idioma y/o lengua de los pacientes. Cuando la comunicación por escrito no resulta efectiva o adecuada, el paciente y la familia son informados acerca de sus derechos de un modo tal que los puedan entender. *(Ver MCI.3, ME 1 y 2)*

Elementos Medibles de PFR.5

1. Cada paciente recibe por escrito la información sobre sus derechos.
2. El establecimiento cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación escrita no resulta efectiva o adecuada.
3. ***El hospital cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Paciente y se encuentra accesible al público en general en un formato e idioma comprensibles. (Ver MCI.3)***

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar PFR.6

El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido en el establecimiento y lo lleva a cabo personal capacitado.

Propósito de PFR.6

Una de las principales formas en la que los pacientes se involucran en su proceso de atención es cuando otorgan su consentimiento informado. A fin de que este consentimiento sea válido, es necesario que la información acerca del acto que autoriza sea otorgada por una persona competente, de manera suficiente, veraz y previa al acto autorizado; además, debe ratificarse la comprensión de dicha información por parte del paciente, familiar o responsable legal, según corresponda y deberá formalizarse con su firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente.

El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención, por ejemplo: al ingresar a hospitalización o antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos que conlleven un alto riesgo. El proceso de consentimiento está claramente definido por el establecimiento en sus políticas y procedimientos, y cumple con la normatividad vigente.

Se informa a los pacientes y familiares sobre los análisis, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. Los pacientes y familiares entienden quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento. Se capacita al personal involucrado para informar a los pacientes, obtener y documentar su consentimiento.

Elementos Medibles de PFR.6

1. El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos, que cumple con la normatividad vigente.
2. Se capacita al personal designado a fin de implementar las políticas y los procedimientos.
3. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme a las políticas y procedimientos.

Estándar PFR.6.1

Los pacientes y familiares reciben información adecuada acerca de la enfermedad, el o los tratamientos propuestos y los prestadores de atención, para que puedan tomar decisiones sobre su atención.

Propósito de PFR.6.1

El personal explica claramente todo tratamiento o procedimiento propuestos al paciente y a la familia. La información proporcionada incluye:

a) *el estado del paciente,*
b) el o los tratamientos propuestos,
c) los beneficios y riesgos,
d) las posibles alternativas,
e) las probabilidades de éxito,
f) los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
g) los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.

El personal también informa al paciente el nombre del médico u otro facultativo que tenga la responsabilidad principal de su atención o que esté autorizado a llevar a cabo los procedimientos y/o tratamientos propuestos.

Elementos Medibles de PFR.6.1

1. Se informa a los pacientes sobre su estado de salud.
2. Se informa a los pacientes sobre los procedimientos y tratamientos propuestos, y el personal autorizado a realizarlos.

3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.
4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles resultados de no someterse al tratamiento.
5. Se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de éxito del tratamiento(s) propuesto(s).
6. Los pacientes conocen la identidad del médico u otro facultativo responsables de su atención. *(Ver ACC.2.1)*
7. ***Los incisos b), c) y d) del propósito están documentados en el Consentimiento Informado.***

Estándar PFR.6.2

El establecimiento implementa un proceso, dentro del contexto de la ley y la cultura existentes, para cuando otros puedan otorgar el consentimiento.

Propósito de PFR.6.2

En ocasiones, el consentimiento informado requiere la participación de un tercero, por ejemplo cuando el paciente no puede tomar sus propias decisiones por su condición de salud o cuando el paciente es un menor de edad. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable para la toma de decisiones, en el contexto de la normatividad vigente, de conformidad con lo señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico.

Elementos Medibles de PFR.6.2

1. El establecimiento cuenta con un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.
2. El proceso respeta leyes, cultura y costumbres.
3. Las personas que otorgan el consentimiento, además del paciente, se identifican en el expediente clínico del paciente.

Estándar PFR.6.3

El consentimiento informado que se obtiene al ingreso de pacientes a hospitalización y atención ambulatoria, es claro en cuanto a su alcance y sus límites.

Propósito de PFR.6.3

Los hospitales deben obtener un consentimiento informado en el momento en que el paciente es admitido para ser internado o atendido como paciente ambulatorio. Los pacientes obtienen información respecto al alcance de este consentimiento informado, en ocasiones llamado Consentimiento informado general o de ingreso. Los pacientes también obtienen información sobre los análisis y tratamientos para los cuales se deberá obtener otro consentimiento informado; lo anterior conforme lo señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica.

El consentimiento general menciona, en los casos que aplique, la probabilidad de participación de estudiantes o practicantes en los procesos de atención.

Se debe contar con lineamientos que definan cómo se documenta este consentimiento en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de PFR.6.3

1. Se informa a los pacientes y sus familiares en cuanto al alcance de un consentimiento general, y los casos en que se utiliza.
2. El establecimiento ha definido cómo se documenta un consentimiento general al ingreso de cada paciente, en el expediente clínico.
3. Se obtiene un consentimiento informado general (de ingreso o de admisión al establecimiento).
4. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.
5. Si corresponde, el consentimiento informado general menciona la participación de personal en formación durante los procesos de atención.

Estándar PFR.6.4

Se obtiene un consentimiento informado antes de: una cirugía, la aplicación de anestesia o sedación, el uso de sangre y hemoderivados y demás tratamientos y procedimientos de alto riesgo.

Propósito de PFR.6.4

Cuando la atención planificada incluye procedimientos quirúrgicos o invasivos, anestesia (incluidas sedación moderada y profunda), uso de sangre y hemoderivados u otros tratamientos o procedimientos de alto riesgo, por ejemplo la colocación de un catéter subclavio o la realización de un tratamiento de hemodiálisis, se obtiene un consentimiento informado. Este proceso de consentimiento proporciona la información señalada en el propósito de PFR.6.1 e identifica a la persona que proporciona la información.

Elementos Medibles de PFR.6.4

1. Se obtiene el consentimiento antes de realizar procedimientos quirúrgicos o invasivos.
2. Se obtiene el consentimiento antes de una anestesia (incluidas sedación moderada y profunda).
3. *Se obtiene el consentimiento antes de usar sangre y hemoderivados.*
4. Se obtiene el consentimiento antes de otros procedimientos y tratamientos de alto riesgo.
5. La identidad de la persona que informa al paciente y a la familia se consigna en el expediente clínico del paciente.
6. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.

Estándar PFR.6.4.1

El establecimiento enumera las categorías o tipos de tratamiento y procedimientos que requieren un consentimiento informado especial.

Propósito de PFR.6.4.1

No todos los tratamientos y procedimientos requieren un consentimiento especial. Cada establecimiento identifica aquellos procedimientos de alto riesgo o con tendencia a generar problemas, por ejemplo la sujeción, además de otros procedimientos y tratamientos para los que deberá obtenerse un consentimiento especial. El establecimiento enumera estos procedimientos y tratamientos y educa al personal a fin de asegurarse de que el proceso de obtención de consentimientos sea coherente. La lista se elabora en colaboración con los médicos y demás profesionales que llevan a cabo los tratamientos o realizan los procedimientos, dicha lista incluye procedimientos y tratamientos en pacientes ambulatorios y hospitalizados, además de los mencionados en el estándar PFR.6.4. *(Ver propósito de los estándares COP.3.1 a COP.3.9)*

Elementos Medibles de PFR.6.4.1

1. El establecimiento cuenta con un listado que contiene los nombres de los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento informado especial.
2. *La lista se elabora en colaboración con los médicos y demás profesionales que llevan a cabo los tratamientos y* realizan los procedimientos.

INVESTIGACIÓN

Estándar PFR.7

El establecimiento informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos.

Propósito de PFR.7

Un establecimiento que lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos brinda información a los pacientes y sus familiares respecto a cómo acceder a dichas actividades cuando son relevantes en lo correspondiente a sus necesidades de tratamiento. Cuando se solicita la participación del paciente, será preciso brindarle información para que tome decisiones. Dicha información incluye:

a) beneficios esperados,
b) molestias y riesgos potenciales,
c) alternativas que quizá también sean de ayuda, y
d) procedimientos que deben seguirse.

Se informa a los pacientes que pueden rehusarse a participar o abandonar la investigación o ensayo clínico, y que su negativa o abandono no comprometerán su acceso a los servicios del establecimiento.
El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para proporcionar esta información a los pacientes y sus familiares.

Elementos Medibles de PFR.7

1. Se identifica a los pacientes y familiares adecuados y se les informa sobre cómo acceder a los estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.
2. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los beneficios esperados.
3. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre posibles molestias y riesgos.
4. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre alternativas que también pueden serles de ayuda.
5. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los procedimientos que deben seguirse.
6. Se informa a los pacientes que, en caso de rehusarse a participar o abandonar la investigación o ensayo clínico, su acceso a los servicios del establecimiento no se verá comprometido.
7. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de información y decisión.

Estándar PFR.7.1

El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre el modo en que se protege a los pacientes que optan por participar en estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos.

Propósito de PFR.7.1

Un hospital que lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos sabe que su primera responsabilidad es la salud y el bienestar del paciente, por lo tanto, informa con antelación a los pacientes y familiares sobre los procesos establecidos para:

a) revisar protocolos de investigación;
b) sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes;
c) obtener el consentimiento del paciente; y
d) abandonar la participación.

Esta información se comunica a los pacientes y familiares a fin de ayudar con las decisiones acerca de la participación.

Elementos Medibles de PFR.7.1

1. Se informa a los pacientes y familiares acerca del proceso para revisar protocolos de investigación.
2. Se informa a los pacientes y familiares acerca del proceso para sopesar los beneficios y riesgos para los pacientes.
3. Se informa a los pacientes y familiares acerca del proceso para la obtención del consentimiento.
4. Se informa a los pacientes y familiares acerca del proceso para dejar de participar.

Estándar PFR.8

Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en estudios, investigaciones y ensayos clínicos.

Propósito de PFR.8

Cuando los pacientes y familiares deciden participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se otorga un consentimiento informado. La información brindada en el momento en que se toma la decisión de participar sirve de base para documentar el consentimiento informado *(Ver PFR.6)*. La o las personas que brindan la información y obtienen el consentimiento se anotan en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de PFR.8

1. Cuando un paciente decide participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se obtiene un consentimiento informado.
2. La identidad de la o las personas que brindan la información y obtienen el consentimiento se anotan en el expediente clínico del paciente.
3. El consentimiento informado se integra al expediente clínico con la firma del paciente y sus testigos.

Estándar PFR.9

El establecimiento cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación que se realice en el establecimiento, en la que participen seres humanos.

Propósito de PFR.9

Cuando en el establecimiento se llevan a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos que involucran a seres humanos, se instaura un **Comité de Ética en Investigación** para la supervisión de todas las actividades, el cual se conforma de manera interdisciplinaria de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud.**

El comité será responsable de:

- Evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos.
- Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan
- Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.
- Supervisar todos los protocolos de investigación.
- Llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.

Elementos Medibles de PFR.9

1. ***El establecimiento cuenta con un Comité de Ética en Investigación conformado según la normatividad vigente.***
2. ***El Comité de ética en Investigación es responsable de:***
   - ***Evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos.***
   - ***Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan***
   - ***Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.***
   - ***Supervisar todos los protocolos de investigación.***
   - ***Llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.***
3. ***La investigación que así lo requiera, cuenta con las autorizaciones correspondientes de la COFEPRIS.***

DONACIÓN DE ÓRGANOS

Estándar PFR.10

El hospital informa a los pacientes y sus familiares sobre cómo optar por donar órganos y otros tejidos.

Propósito de PFR.10

El establecimiento apoya la decisión de los pacientes y familiares de donar órganos y otros tejidos para investigación o trasplante. Se ofrece información sobre el proceso de donación.

Elementos Medibles de PFR.10

1. El establecimiento apoya las decisiones del paciente y de la familia en lo que se refiere a la donación de órganos y otros tejidos.
2. El establecimiento ofrece información para respaldar la decisión y orienta respecto al proceso correspondiente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar PFR.11

El establecimiento cuenta con mecanismos para supervisar la extracción y el trasplante de órganos y tejidos.

Propósito de PFR.11

Se elaboran políticas y procedimientos para guiar el proceso de obtención, donación y trasplante. Las políticas deben estar de acuerdo con las leyes y reglamentaciones y respetar los valores religiosos y culturales de la comunidad. El personal del establecimiento está capacitado en implementar las políticas y procedimientos para apoyar las decisiones del paciente y de la familia. El personal también recibe capacitación sobre las inquietudes y problemas contemporáneos relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.

El hospital coopera con otras organizaciones y agencias de la comunidad responsables del total o parte del proceso de procuración, obtención, almacenamiento en banco, transporte o trasplante de órganos.

Elementos Medibles de PFR.11

1. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de procuración y donación.
2. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de trasplante.
3. El personal está capacitado en lo que se refiere a las políticas y procedimientos.
4. El personal está capacitado en lo que refiere a los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.
5. El hospital coopera con las agencias y organizaciones relevantes de la comunidad a fin de respetar e implementar la decisión de donar.

AOP

EVALUACIÓN DE PACIENTES *Assessment of Patients*

EVALUACIÓN DE PACIENTES

Assessment of Patient

PERSPECTIVA GENERAL

Un proceso efectivo de evaluación de pacientes da como resultado oportunidad y asertividad en la toma de decisiones, incluso cuando el estado de salud del paciente cambia. La evaluación del paciente es un proceso constante y dinámico que tiene lugar en muchas áreas de atención hospitalaria y ambulatoria. La evaluación del paciente consta de tres procesos:

a) Obtención de información sobre las necesidades específicas de cada paciente.
b) *Análisis de la información, incluidos los resultados de los análisis de laboratorio y pruebas de* diagnóstico por imagen, para identificar las necesidades de atención médica del paciente.
c) Elaboración de un plan de atención para cubrir las necesidades específicas de cada paciente.

La evaluación es adecuada cuando tiene en cuenta el estado, la edad, las necesidades de salud y las preferencias del paciente. Estos procesos se llevan a cabo con más eficacia cuando los profesionales de la salud responsables del paciente trabajan juntos.

Se destaca la **evaluación inicial** del paciente hospitalizado, la cual debe de integrar de manera multidisciplinaria y coordinada todas las evaluaciones que se mencionan en este apartado y en otros como las MISP, PFR y PFE *(Ver MISP.6, PFE.2.1, PFR.1.1);* la evaluación inicial debe realizarse en las primeras 24 horas de hospitalización del paciente y debe garantizar que el plan de atención cubra sus necesidades especificas.

Estándar AOP.1

Las necesidades de atención médica de todos los pacientes, se identifican a través de un proceso de evaluación inicial.

Propósito de AOP.1

Cuando un paciente es admitido en un establecimiento para ser atendido, el personal necesita evaluarlo completamente para definir el motivo por el cual el paciente está ahí. La información específica que el establecimiento requiere en esta etapa y los procedimientos para obtenerla dependen de la necesidad del paciente y del área en la cual se está proporcionando la atención. Las políticas y procedimientos del establecimiento definen qué información debe reunirse, cómo obtenerla y dónde documentarla.

Elementos Medibles de AOP.1

1. Las políticas y procedimientos definen qué información debe ser obtenida en los pacientes hospitalizados, cómo obtenerla y dónde documentarla.
2. Las políticas y procedimientos definen qué información debe ser obtenida en los pacientes ambulatorios, cómo obtenerla y dónde documentarla.

Estándar AOP.1.1

El hospital ha determinado el alcance y el contenido de las evaluaciones, basándose en las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Propósito de AOP.1.1

A fin de evaluar en forma coherente las necesidades de los pacientes, el establecimiento define, en sus políticas, el contenido de las evaluaciones realizadas por médicos, enfermeras y otras disciplinas clínicas. Los formatos utilizados para estas evaluaciones coadyuvan a la implementación de las políticas. El establecimiento define cómo y quien realizará dichas evaluaciones. Asímismo, define los elementos que son comunes en todas las evaluaciones y define las diferencias, cuando lo permitan, dentro del alcance de los servicios que se proporcionan. La evaluación definida en la política puede ser completada por más de una persona calificada y en diferentes momentos de la atención. El resultado de las evaluaciones debe estar disponible al momento de iniciar el tratamiento.

Elementos Medibles de AOP.1.1

1. El alcance y el contenido de las evaluaciones realizadas por cada disciplina clínica se define en las políticas.
2. El alcance y el contenido de las evaluaciones realizadas a pacientes hospitalizados y ambulatorios se define en las políticas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar AOP.1.2

A cada paciente se le realiza una evaluación inicial que ayuda a entender sus necesidades específicas de atención.

Estándar AOP.1.2.1

La evaluación inicial incluye la evaluación de factores culturales, sociales, económicos y psicológicos.

Propósito de AOP.1.2 y AOP.1.2.1

La valoración médica y de enfermería inicial de un paciente, hospitalizado o ambulatorio, son fundamentales para identificar sus necesidades y comenzar el proceso de atención. La evaluación inicial proporciona información para:

- entender la atención que el paciente necesita,
- seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente,
- formular un diagnóstico inicial, y
- comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para obtener esta información, la evaluación inicial incluye una evaluación del estado de salud a través de una exploración física y un interrogatorio sobre la salud del paciente. Una evaluación psicológica de tamizaje determina el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás). La información social no está destinada a "clasificar" al paciente, por el contrario, tiene el propósito de conocer los contextos social, cultural (como valores y creencias, *ver PFR.1.1, PFE.2.1, COP.7)*, familiar y económico de un paciente ya que son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

La evaluación inicial incluye al menos los siguientes elementos:

1. Historia Clínica
2. Exploración Física
3. Evaluación de enfermería
4. Evaluación social
5. Evaluación económica
6. Evaluación cultural *(valores y creencias, Ver PFR.1.1)*
7. Evaluación psicológica de tamizaje
8. Evaluación nutricional *(Ver AOP.1.6)*
9. Evaluación funcional *(Ver AOP.1.6)*
10. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales *(Ver AOP.1.8)*
11. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta *(Ver AOP.1.8.1)*
12. Evaluación del Dolor *(Ver AOP.1.8.2)*
13. Identificación del riesgo de caídas *(Ver MISP.1.6)*
14. Identificación de las necesidades de educación *(Ver PFE.2 y PFE.2.1)*
15. Evaluación de las barreras para el aprendizaje *(Ver PFE.2 y PFE.2.1)*
16. Evaluación de la disposición para aprender *(Ver PFE.2 y PFE.2.1)*

Personal calificado de diferentes disciplinas podrá participar en la evaluación del paciente. Los factores más importantes son que las valoraciones estén completas y a disposición *(Ver MCI.7, EM 2)* de quienes atienden al paciente.

AOP.1.2 A cada paciente se le realiza una evaluación inicial que ayuda a entender sus necesidades específicas de atención.

Elementos Medibles de AOP.1.2

1. Se cuenta con políticas y procedimientos que guían la evaluación inicial del paciente.
2. La evaluación inicial incluye al menos los dieciséis elementos solicitados en el propósito del estándar.
3. La evaluación inicial da como resultado la comprensión de toda atención previa y la atención que el paciente necesita.
4. La evaluación inicial da como resultado la selección del mejor entorno para la atención.
5. La evaluación inicial da como resultado un diagnóstico inicial.

AOP.1.2.1 La evaluación inicial incluye la evaluación de factores culturales, sociales, económicos y psicológicos.

Elementos Medibles de AOP.1.2.1

1. A cada paciente se le realiza una historia clínica y exploración física como parte de su evaluación inicial.
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de enfermería como parte de su evaluación inicial.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación psicológica de tamizaje como parte de su evaluación inicial.
4. A cada paciente se le realiza una evaluación social como parte de su evaluación inicial.
5. A cada paciente se le realiza una evaluación cultural (valores y creencias) como parte de su evaluación inicial.
6. A cada paciente se le realiza una evaluación económica como parte de su evaluación inicial.

Estándar AOP.1.3
Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de la evaluación inicial.

Estándar AOP.1.3.1
La evaluación médica y de enfermería inicial de los pacientes de urgencia se adecua a sus necesidades y estados.

Propósito de AOP.1.3 y AOP.1.3.1
El propósito de realizar la evaluación inicial es la comprensión de las necesidades médicas y de enfermería del paciente con el fin de iniciar la atención y el tratamiento. Para lograr esto, el establecimiento determina el alcance y el contenido de la evaluación médica, de enfermería y demás valoraciones que se llevarán a cabo de manera inicial *(Ver AOP.1.2 y AOP.1.2.1),* así como el marco de tiempo y requisitos para completarla dentro de las primeras 24 horas.

Si bien la evaluación médica y de enfermería son fundamentales para el inicio de la atención, otras disciplinas podrían hacer evaluaciones adicionales, incluidas evaluaciones especiales *(AOP.1.8)* y evaluaciones personalizadas *(AOP.1.7).* Estas evaluaciones deben estar integradas *(AOP.4),* y deben identificar las necesidades de atención más urgentes *(AOP.4.1).*

En una urgencia, las evaluaciones iniciales, médicas y de enfermería, podrían solamente enfocarse a las necesidades y al estado del paciente. Cuando no hay tiempo de registrar la historia clínica completa en un paciente de urgencia que necesita cirugía, se incluye una nota con el diagnóstico preoperatorio, antes de la cirugía.

AOP.1.3 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de las evaluaciones iniciales.
Elementos Medibles de AOP.1.3
1. La evaluación inicial da como resultado la identificación de las necesidades del paciente, que.
2. Las necesidades se identifican basándose en la evaluación inicial completa.

AOP.1.3.1 La evaluación médica y de enfermería inicial de los pacientes de urgencia se adecua a sus necesidades y estados.
Elementos Medibles de 1.3.1
1. En el caso de los pacientes de urgencia, la evaluación médica se adecua a sus necesidades y a su estado de salud.
2. En el caso de los pacientes de urgencia, la evaluación de enfermería se adecua a sus necesidades y a su estado de salud.
3. Si se realiza una cirugía de urgencia, se registrará una nota preoperatoria y un diagnóstico preoperatorio antes de la intervención.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar AOP.1.4
Las evaluaciones se completan en el marco de tiempo establecido por la organización.

Propósito de AOP.1.4
A fin de comenzar el tratamiento correcto para el paciente, **la evaluación inicial debe completarse en las primeras 24 horas de atención.**

El establecimiento de atención médica determina el marco de tiempo para realizar cada uno de los elementos que conforman la evaluación inicial; por ejemplo, se puede determinar que la realización de la historia clínica deberá realizarse en las primeras 8 horas y la nutricional dentro de las primeras 4 horas. El lapso de tiempo depende de una variedad de factores, incluidos los tipos de pacientes que atiende el establecimiento, la complejidad y duración de su atención y la dinámica de las condiciones en torno a su atención. Considerando lo anterior, un establecimiento puede definir distintos marcos de tiempo para completar la evaluación inicial dentro de las primeras 24 horas.

Cuando una evaluación se realiza total o parcialmente fuera del establecimiento los hallazgos se revisan y/o verifican en el momento de la admisión, según sea adecuado para el tiempo entre la evaluación externa y la admisión.

Se establecen marcos de tiempo para la realización de las revaloraciones.

Elementos Medibles de AOP.1.4

1. Se establecen marcos de tiempo apropiados para la realización de la evaluación inicial y revaloraciones en todos los entornos y servicios.
2. La evaluación inicial se completa en las primeras 24 horas, dentro de los marcos de tiempo definidos por el establecimiento.
3. Las revaloraciones se realizan dentro de los marcos de tiempo establecidos por la organización.
4. Se revisan y/o verifican los hallazgos de todas las evaluaciones realizadas fuera del establecimiento en el momento de la admisión para hospitalizar a un paciente.
5. ***Se revisan y/o verifican los hallazgos de todas las evaluaciones realizadas fuera del establecimiento en el momento ingresar a un servicio ambulatorio a un paciente.***

Estándar AOP.1.4.1

Las evaluaciones médicas y de enfermería iniciales se completan dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión del paciente para hospitalización o antes, según lo indique el estado del paciente o la política del hospital.

Propósito de AOP.1.4.1

Las evaluaciones iniciales, médica y de enfermería, se completan dentro de las 24 horas posteriores a la admisión en el establecimiento, y están a disposición de todos los que proporcionen atención al paciente. Cuando el estado del paciente así lo requiera, las evaluaciones médica y/o de enfermería iniciales se llevarán a cabo y estarán disponibles lo antes posible. Por consiguiente, los pacientes de urgencia son evaluados inmediatamente. La política podrá definir qué otro grupo de pacientes debe ser evaluado antes de 24 horas.

Si en el momento de la admisión como paciente hospitalizado, la evaluación médica llevada a cabo en un entorno externo, tiene más de 30 días de antiguedad, deberá actualizarse la historia clínica. En el caso de valoraciones médicas llevadas a cabo dentro de los 30 días previos a la admisión, se documentará todo cambio relevante en el estado del paciente. Esta actualización de la historia clínica podrá realizarla un médico calificado o personal en formación supervisado *(Ver AOP.4, SQE.8.3, SQE.8.3.1)*.

Elementos Medibles de AOP.1.4.1

1. La evaluación médica inicial se lleva a cabo dentro de las 24 horas posteriores a la admisión para ser hospitalizado, o antes, según lo requiera el estado del paciente o la política del hospital.
2. La evaluación de enfermería inicial se lleva a cabo dentro de las 24 horas posteriores a la admisión para ser hospitalizado, o antes, según lo requiera el estado del paciente o la política del hospital.
3. Las evaluaciones médicas iniciales llevadas a cabo antes de la admisión como paciente hospitalizado, o antes de un procedimiento ambulatorio en el establecimiento, no tienen más de 30 días, de lo contrario, la historia clínica y la exploración física se han actualizado.
4. En las evaluaciones de menos de 30 días de antiguedad, los cambios relevantes en el estado del paciente se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar AOP.1.5

Los hallazgos de la evaluación inicial y revaloraciones se documentan en el expediente clínico y están a inmediata disposición de los responsables de la atención del paciente.

Propósito de AOP.1.5

Los hallazgos de la evaluación inicial y revaloraciones se utilizan durante todo el proceso de atención, para valorar el progreso del paciente y comprender la necesidad de una nueva evaluación. Por lo anterior, resulta fundamental que la evaluación médica, de enfermería y de otras disciplinas, se encuentren bien documentadas y puedan encontrarse fácilmente en el expediente clínico. En particular, la evaluación inicial se documenta en el expediente clínico dentro de las primeras 24 horas de atención. Las revaloraciones se documentan en el expediente clínico de acuerdo a los marcos de tiempo establecidos por la organización.

Esto no impide la inclusión de valoraciones adicionales, más detalladas, en diferentes lugares dentro del expediente clínico, siempre y cuando queden al alcance de quienes atienden al paciente.

Elementos Medibles de AOP.1.5

1. Los hallazgos de las evaluaciones se documentan en el expediente clínico.
2. Quienes atienden al paciente pueden encontrar y obtener las evaluaciones en el expediente clínico.
3. La evaluación inicial se documentan en el expediente clínico dentro de las primeras 24 horas.
4. Las revaloraciones se documentan en el expediente clínico de acuerdo a los marcos de tiempo establecidos por la organización.

Estándar AOP.1.5.1

La evaluación médica se documenta antes de cualquier tratamiento con anestesia o quirúrgico.

Propósito de AOP.1.5.1

Los resultados de la evaluación médica y pruebas diagnósticas se incluyen en el expediente clínico antes de cualquier tratamiento con anestesia o tratamiento quirúrgico.

Elementos Medibles de AOP.1.5.1

1. Los pacientes para quienes hay una cirugía programada se someten a una evaluación médica antes de la intervención.
2. La evaluación médica de los pacientes quirúrgicos se documenta antes de la cirugía.

Estándar AOP.1.6

A todos los pacientes se les realiza una valoración de tamizaje del estado nutricional y de su funcionalidad y, cuando se identifican riesgos, se les realiza para una evaluación exhaustiva.

Propósito de AOP.1.6

La evaluación inicial puede indicar que el paciente necesita una evaluación más amplia o más profunda de su estado nutricional o funcional.

Por lo cual personal calificado ha elaborado criterios para identificar a los pacientes que requieran una evaluación funcional y nutricional exhaustiva.

Como parte de la evaluación inicial, se valoran estos criterios, en consecuencia, a los pacientes con riesgo nutricional y/o funcional, se les realiza una evaluación exhaustiva.

Elementos Medibles de AOP.1.6

1. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación nutricional exhaustiva.
2. A los pacientes se les realiza una evaluación inicial que incluye criterios de tamizaje para riesgo nutricional.
3. Los pacientes en riesgo de padecer problemas nutricionales, según los criterios, se someten a una evaluación nutricional exhaustiva.
4. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación funcional más exhaustiva.
5. A los pacientes se les realiza una evaluación inicial que incluye criterios para detectar la necesidad de una evaluación funcional exhaustiva.
6. Se les realiza una evaluación funcional exhaustiva a los pacientes que la requieren.

Estándar AOP.1.7

Se realizan evaluaciones iniciales personalizadas, considerando las características de las poblaciones especiales atendidas en el establecimiento.

Propósito de AOP.1.7

La evaluación inicial de determinados grupos de pacientes requiere que el proceso de evaluación sea específico. Cada establecimiento identifica esas poblaciones y situaciones especiales de sus pacientes y particulariza el proceso de evaluación.

Al menos las siguientes poblaciones obtienen evaluaciones personalizadas:

a) pacientes pediátricos,
b) adultos mayores,
c) enfermos terminales,
d) mujeres embarazadas,
e) *pacientes con sobrepeso u obesidad,*
f) pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos,
g) pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol,
h) víctimas de abuso y negligencia, y
i) víctimas de violencia familiar.

El proceso de evaluación coincide con las leyes y reglamentaciones relacionadas con dichas poblaciones y situaciones, e involucran a la familia cuando es adecuado o necesario.

Elementos Medibles de AOP.1.7

1. El establecimiento identifica a aquellas poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se particulariza el proceso de evaluación inicial.
2. Al menos las siguientes poblaciones obtienen evaluaciones personalizadas:
   a) pacientes pediátricos,
   b) adultos mayores,
   c) enfermos terminales,
   d) mujeres embarazadas,
   e) pacientes con sobrepeso u obesidad,
   f) pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos,
   g) *pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol,*
   h) víctimas de abuso y negligencia, y
   i) víctimas de violencia familiar.

Estándar AOP.1.8

La evaluación inicial permite identificar a los pacientes en quienes es necesario realizar evaluaciones especializadas adicionales.

Propósito de AOP.1.8

La evaluación inicial incluye **criterios** que permiten identificar a los pacientes que requieren **evaluaciones especializadas adicionales**, por ejemplo odontológicas, auditivas, del lenguaje, entre otras. Los criterios se adecuan a las características de la población de pacientes atendidos en el hospital. El establecimiento deriva al paciente, dentro o fuera de la organización, para que dichas evaluaciones le sean realizadas.

Elementos Medibles de AOP.1.8

1. ***Se cuenta con criterios que ayudan a identificar si el paciente necesita evaluaciones especializadas adicionales.***
2. ***Como parte de la evaluación inicial se evalúan estos criterios.***
3. Cuando se identifica la necesidad de realizar evaluaciones especializadas adicionales se deriva a los pacientes, dentro o fuera del establecimiento.
4. Las valoraciones especializadas se documentan en el expediente clínico del paciente.

Estándar AOP.1.8.1

La evaluación inicial identifica aquellos pacientes en quienes es crítico planificar el alta de manera temprana.

Propósito de AOP.1.8.1

La continuidad de la atención requiere una preparación especial, por ejemplo la planificación del alta. Durante la evaluación inicial se identifican aquellos pacientes quienes necesitarán requerimientos especiales a su egreso. El establecimiento elabora un mecanismo, como una lista de criterios, para identificar aquellos pacientes en quienes la planificación del alta es crítica, ya sea por motivos de edad, falta de movilidad, necesidades de atención médica o de enfermería continuas, asistencia con las actividades de la vida diaria, etc. Como los arreglos para el alta pueden demorar un poco, los procesos de evaluación y planeación se inician tan pronto como sea posible después de la admisión del paciente.

Elementos Medibles de AOP.1.8.1

1. Existe una lista de criterios para identificar, como parte de la valoración inicial, a aquellos pacientes en quienes es crítica la planificación del alta. *(Ver ACC.3, AOP.1.4.1).*
2. La planeación del alta para estos pacientes comienza tan pronto como sea posible después de la admisión. *(Ver ACC.3, AOP.1.4.1)*

Estándar AOP.1.8.2

En todos los pacientes se busca intencionadamente la presencia de dolor como parte de la valoración inicial (de tamizaje), y cuando hay dolor presente son evaluados.

Propósito de AOP.1.8.2

Durante la evaluación inicial y las revaloraciones, el establecimiento identifica a los pacientes que tienen dolor. Cuando se identifica el dolor, se puede tratar al paciente en el establecimiento o derivarlo para que reciba tratamiento. El alcance del tratamiento se basa en el entorno de atención y en los servicios prestados.

Cuando se identifica dolor, se lleva a cabo una valoración más exhaustiva que se adecua a la edad del paciente, la intensidad y las características del dolor (como frecuencia, ubicación y duración). Esta evaluación se registra de modo tal que facilite la revaloración y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.

Elementos Medibles de AOP.1.8.2

1. En todos los pacientes se evalúa la presencia de dolor como parte de la valoración inicial.
2. Cuando se identifica el dolor, se realiza una evaluación exhaustiva, adecuada a la edad del paciente, que mida la intensidad y las características del dolor, por ejemplo: frecuencia, ubicación y duración del dolor.
3. La evaluación se documenta de modo tal que facilite la revaloración y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y las necesidades del paciente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar AOP.2

Se revalora a todos los pacientes a intervalos adecuados para determinar su respuesta al tratamiento y para planear el tratamiento o el alta.

Propósito de AOP.2

La revaloración del paciente por parte de todos los integrantes del equipo de atención es fundamental para comprender si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas. Los pacientes son revalorados durante el proceso de atención a intervalos adecuados a sus necesidades y al plan de atención, o según lo definido en las políticas y procedimientos del establecimiento. Los resultados de estas revaloraciones se documentan en el expediente clínico para el uso del personal que atiende al paciente.

La revaloración realizada por un médico es parte integral de la atención. Los pacientes son evaluados diariamente por un médico, incluso los fines de semana.

La evaluación del médico podrá realizarse con más de un día de intervalo en pacientes psiquiátricos crónicos de acuerdo a la normatividad vigente.

Se llevan a cabo las revaloraciones y los resultados se registran en el expediente clínico del paciente:

- a intervalos regulares durante la atención (por ejemplo: el personal de enfermería registra periódicamente los signos vitales, según sea necesario de acuerdo con el estado del paciente);
- diariamente, por parte de un médico, o en casos o poblaciones especiales según se describa en la política del establecimiento;
- en respuesta a un cambio importante en el estado del paciente;
- si el diagnóstico del paciente cambió; y
- para determinar si los medicamentos y demás tratamientos dieron resultado y se puede transferir o dar de alta al paciente.

Elementos Medibles de AOP.2

1. Se revalora a los pacientes para determinar su respuesta al tratamiento.
2. Se revalora a los pacientes para planificar la continuación del tratamiento o el alta.
3. Los pacientes son revalorados a diario por un médico.
4. Los pacientes que así lo requieran son revalorados con mayor frecuencia de acuerdo a la política.
5. ***Cuando se atiende a pacientes psiquiátricos crónicos, se cuenta con políticas que guían la reevaluación de los pacientes con más de un día de intervalo.***
6. Las revaloraciones se documentan en el expediente clínico del paciente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar AOP.3

Las evaluaciones y revaloraciones son realizadas por personal calificado.

Propósito de AOP.3

La evaluación y revaloración de los pacientes son procesos críticos que requieren una educación, capacitación, conocimiento y destrezas especiales. Por consiguiente, para cada tipo de evaluación, se identifica al personal calificado y se definen sus responsabilidades por escrito en el perfil/descripción del puesto o en los privilegios otorgados *(Ver SQE.1.1 y SQE.10)* En particular, se identifica al personal calificado para llevar a cabo evaluaciones de urgencia. Cada disciplina realizará su evaluación, dentro del contexto de leyes, reglamentos y normatividad correspondientes.

Elementos Medibles de AOP.3

1. El establecimiento identifica al personal calificado para realizar las evaluaciones y revaloraciones de los pacientes.
2. Sólo realizan evaluaciones aquellas personas autorizadas mediante la reglamentación y normatividad vigente.
3. Las evaluaciones de urgencia son realizadas por personal calificado.
4. Las evaluaciones de enfermería son realizadas por personal calificado.
5. Las responsabilidades de quienes realizan las evaluaciones y revaloraciones de los pacientes están definidas por escrito.

Estándar AOP.4

El personal médico, de enfermería y demás personal responsable de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.

Estándar AOP.4.1

Se identifican las necesidades de atención más urgentes.

Propósito de AOP.4 y AOP.4.1

Un paciente puede ser sometido a varios tipos de evaluaciones fuera y dentro del establecimiento en diferentes departamentos y servicios. Esta información, resultados de exámenes u otros datos deben integrarse al expediente clínico. Un paciente será más beneficiado cuando el personal responsable trabaja en equipo para analizar los hallazgos de las evaluaciones e integra esta información para componer un panorama multidisciplinario del estado de salud del paciente. A partir de esta colaboración, se identifican las necesidades del paciente, se establece el orden de importancia de las mismas y se toman decisiones respecto a la atención. La integración de los hallazgos en este momento facilitará la coordinación para la atención. *(Ver COP.2)*

Cuando las necesidades del paciente no son complejas, el proceso multidisciplinario de atención es sencillo e informal. En el caso de pacientes con necesidades complejas puede ser recomendable hacer reuniones formales del equipo de atención, reuniones con el paciente y sesiones clínicas.

El paciente y su familia se incluirán debidamente en el proceso de decisión.

AOP.4 El personal médico, de enfermería y demás personal responsable de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.

Elementos Medibles de AOP.4

1. Se analizan e integran los datos e información de la evaluación del paciente.
2. En el proceso participan todos los responsables de la atención del paciente.

AOP.4.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes.

Elementos Medibles de AOP.4.1

1. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la valoración.
2. Se informa al paciente y a su familia sobre los resultados de la evaluación y sobre cualquier diagnóstico confirmado, cuando corresponda.
3. Se informa al paciente y a su familia sobre la atención y el tratamiento planificados, y ellos participan en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir.

SAD

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

PERSPECTIVA GENERAL

Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico son una base fundamental para un proceso efectivo de evaluación de los pacientes, por lo tanto es necesario que funcionen bajo criterios de calidad y seguridad que permitan responder con precisión y oportunidad a las necesidades médicas de los pacientes y los requerimientos del personal clínico.

La evaluación del paciente requiere el análisis de la información clínica, incluidos los resultados de los estudios de laboratorio y las pruebas de diagnóstico por imagen, para ayudar a identificar sus necesidades de atención médica.

Estos estudios se realizan con la finalidad de proporcionar información para el diagnóstico, prevención, tratamiento de enfermedades o para la evaluación de la salud del paciente.

Los servicios auxiliares de diagnóstico tales como el de laboratorio clínico y el servicio de imagenología, se emplean para proporcionar información relevante de la evaluación del paciente. Requieren que se controlen los procesos pre-examen, actividades de análisis y actividades post-examen, así como el reporte de resultados.

Para garantizar los resultados proporcionados, se deben verificar los equipos empleados en los análisis, la seguridad del entorno y el empleo de procesos de control de calidad internos y externos; haciendo énfasis en los resultados de los análisis cuando éstos se encuentren en intervalos de alerta o críticos.

SERVICIOS DE LABORATORIO

Estándar SAD.1

Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Propósito de SAD.1

El establecimiento cuenta con servicios propios y/o subrogados de laboratorio que cubren las necesidades de su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y los prestadores de atención médica. Estos servicios cumplen con los estándares, leyes, reglamentos y normas locales y nacionales.

Los servicios de laboratorio deben contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año para atender los requerimientos del servicio de urgencias.

Cuando se utiliza en servicios subrogados o bajo convenio, el hospital se asegura de que:

a) Sean accesibles para el paciente
b) Su selección se base en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
c) Cumplen con la normativa correspondiente.

Para lo anterior, la organización evalúa constantemente la calidad de estos servicios (Ver GLD.3.3)

Elementos Medibles de SAD.1

1. Los servicios de laboratorio cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de laboratorio adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades.
3. Hay servicios de laboratorio para casos de urgencia.
4. Los servicios subrogados de laboratorio o bajo convenio cumplen con los siguientes requisitos:
    a) Sean accesibles para el paciente
    b) Su selección se base en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
    c) Cumplen con la normativa correspondiente.

Estándar SAD.1.1

Hay un programa de seguridad en el Laboratorio, implementado, que se sigue y se documenta.

Propósito de SAD.1.1

Los Servicios de Laboratorio cuentan con un programa de seguridad acorde a los riesgos y peligros que se encuentran en ellos. El Programa se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes. El programa se coordina con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones (Ver FMS).

El programa de seguridad en el laboratorio incluye:

a) políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento de los estándares y reglamentaciones correspondientes;
b) políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
c) disponibilidad de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros encontrados;
d) la orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad; y
e) la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.

Elementos Medibles de SAD.1.1

1. Existe un programa de seguridad en el Laboratorio adecuado para los riesgos y peligros existentes, que incluye al menos:
    a) políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento de los estándares y reglamentaciones correspondientes;
    b) políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
    c) disponibilidad de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros encontrados;
    d) la orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad; y
    e) la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.
2. El programa se coordina junto con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones.
3. ***Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas de laboratorio y los peligros encontrados.***
4. La manipulación y el desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a las políticas y procedimientos.
5. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.
6. El personal de los Servicios de Laboratorio tiene orientación en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
7. El personal de los Servicios de Laboratorio recibe educación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

Estándar SAD.1.2

La realización de los análisis y la interpretación de los resultados están a cargo de personal con la capacitación, destrezas, orientación y experiencia adecuadas.

Propósito de SAD.1.2

El establecimiento identifica qué miembros del personal de los Servicios de Laboratorio realizan los análisis y quienes los dirigen y/o los supervisan, dicha información se plasma en el perfil del puesto (Ver SQE.1.1). El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y habilidades apropiadas y orientadas a su trabajo. Se encomiendan al personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia. Además, hay una cantidad suficiente de personal para realizar análisis sin demora, durante todas las horas de funcionamiento y para urgencias.

Elementos Medibles de SAD.1.2

1. Se identifica al personal que realiza los análisis y al que los dirige o supervisa.
2. Los análisis son realizados por el personal debidamente capacitado y experimentado.
3. Los análisis son interpretados por el personal debidamente capacitado y experimentado.
4. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
5. El personal de supervisión cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar SAD.1.3

Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio están disponibles en forma oportuna, tal como lo define el establecimiento.

Propósito de SAD.1.3

El establecimiento define el lapso de tiempo para informar los resultados de los análisis de Laboratorio. Los resultados se informan dentro del marco de tiempo definido según las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Los resultados de los análisis urgentes, como por ejemplo de los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos, obtienen especial atención durante su proceso de planificación y control.

Además, cuando los servicios de Laboratorio son subrogados *(Ver GLD.3.3)*, los informes también deberán ser puntuales, tal como lo establece la política del establecimiento o el contrato.

Elementos Medibles de SAD.1.3

1. El establecimiento ha definido el tiempo esperado para los resultados.
2. Se controla la puntualidad del informe de los análisis urgentes.
3. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.
4. ***Los resultados de los Servicios de Laboratorio se documentan en un reporte que incluye: rangos o parámetro de referencia, datos de identificación del paciente, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.(SAD.1.3.1)***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar SAD.1.3.1

Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan por escrito o de manera verbal correctamente.

Propósito de SAD.1.3.1

Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos identificadores seleccionados por el establecimiento (Ver MISP.1).

Cuando los resultados de laboratorio precisan ser informados de manera verbal o telefónica, por ejemplo cuando se obtienen resultados fuera de rango o en pacientes críticos, se asegura la precisión de ésta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, leer y confirmar.

Elementos Medibles de SAD.1.3.1

1. ***Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito utilizando los dos identificadores establecidos por la organización. (Ver MISP.1)***
2. ***Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar. (Ver MISP.2)***

Estándar SAD.1.4

Todo el equipo usado para análisis en los Servicios de Laboratorio se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad, y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Propósito de SAD.1.4

El personal del laboratorio trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para los operadores.

Un programa de administración de equipo de los Servicios de Laboratorio incluye:

- la selección y adquisición de equipo;
- la identificación y realización de inventario del equipo;
- la evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;
- el control y toma de medidas necesarias ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deben informarse, problemas y fallas; y
- la documentación del programa de administración.

El programa se coordina con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones (Ver FMS.1, FMS.8)

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo de Laboratorio y su historia de servicio está documentada.

Elementos Medibles de SAD.1.4

1. Existe un programa de administración de equipo de los Servicios de Laboratorio, que está implementado. (Ver FMS.8, EM 1)
2. El programa incluye la selección y adquisición de equipo.
3. El programa incluye la realización de un inventario del equipo.
4. El programa incluye la inspección y prueba del equipo.
5. El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo.
6. El programa incluye el control y toma de medidas necesarias ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deben informarse, problemas y fallas Todas las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo se documentan debidamente.

Estándar SAD.1.5

Habitualmente hay disponibles reactivos esenciales y demás suministros.

Propósito de SAD.1.5

El establecimiento ha identificado los reactivos y suministros necesarios para proporcionar de manera regular los servicios de laboratorio a sus pacientes. Existe un proceso efectivo para asegurar la provisión de aquellos reactivos esenciales y demás suministros. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de todos los reactivos asegura la exactitud y la precisión de los resultados. Hay políticas escritas que aseguran el etiquetado completo y preciso de los reactivos y las soluciones. *(Ver FMS.5)*

Elementos Medibles de SAD.1.5

1. Los reactivos y suministros esenciales están identificados.
2. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.
3. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según las políticas.
4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los reactivos.
5. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa, según las políticas.

Estándar SAD.1.6

Se siguen procedimientos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras.

Propósito de SAD.1.6

Hay procedimientos elaborados e implementados para

- solicitar análisis;
- recolectar e identificar muestras;
- transportar, almacenar y preservar muestras; y
- recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.

Estos procedimientos también se cumplen en el caso de muestras enviadas a servicios subrogados para ser analizadas.

Elementos Medibles de SAD.1.6

1. Existen procedimientos que guían la solicitud de análisis.
2. Existen procedimientos que guían la recolección e identificación de muestras.
3. Existen procedimientos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras.
4. Existen procedimientos que guían la recepción y rastreo de muestras.
5. Los procedimientos están implementados.
6. Se supervisan los procedimientos cuando se emplean servicios subrogados.

Estándar SAD.1.7

Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan normas y rangos establecidos.

Propósito de SAD.1.7

El laboratorio propio o subrogado establece valores de referencia o rangos "normales" para cada análisis realizado. El rango se incluye en los informes de resultados correspondientes. Los rangos de referencia son adecuados a la geografía y situación demográfica del establecimiento, se revisan y actualizan cuando cambian los métodos.

Elementos Medibles de SAD.1.7

1. El laboratorio estableció rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado.
2. El rango se incluye en el informe de resultados del análisis realizado y éste se integra al expediente clínico.
3. Los rangos se adecuan a la geografía y situación demográfica del establecimiento.
4. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.

Estándar SAD.1.8

Existe un profesional calificado como responsable de administrar los Servicios de Laboratorio, sean propios o subrogados.

Propósito de SAD.1.8

Los servicios de laboratorio se encuentran bajo la dirección de un profesional calificado de conformidad con las leyes y reglamentaciones correspondientes, esta persona asume la responsabilidad profesional de las instalaciones y de los servicios que se prestan dentro y fuera del laboratorio, por ejemplo: los análisis realizados en la cama del paciente (análisis en el lugar de la atención). La supervisión de los servicios fuera del laboratorio incluye garantizar políticas y prácticas consistentes con las del establecimiento, como capacitación, administración de suministros, etc. La supervisión diaria continúa siendo responsabilidad de los líderes del departamento en el que se realiza el análisis.

Los Servicios de especialidades y subespecialidades de laboratorios clínicos se encuentran bajo la dirección de personal calificado.

Las funciones del responsable del laboratorio incluyen:

- la elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el diseño, implementación y seguimiento del programa de control de calidad;
- la recomendación de subrogar servicios de laboratorio de laboratorio; y
- el control y la revisión de laboratorio.

Elementos Medibles de SAD.1.8

1. Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado como responsable de llevar a cabo las funciones identificadas en el propósito.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen el diseño, implementación y seguimiento del programa de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de subrogar servicios de laboratorio.
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de todos los servicios del laboratorio propios y subrogados dentro y fuera del establecimiento. *(Ver GLD.3.3, EM 3)*

Estándar SAD.1.9

Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

Estándar SAD.1.9.1

Existe un proceso para los ensayos de aptitud (Control de calidad externo).

Propósito de SAD.1.9 y SAD.1.9.1
Los sistemas de control de calidad son esenciales para proporcionar excelentes servicios laboratorio clínico.

El control de calidad incluye:
a) la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar;
b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio;
c) la aplicación de una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
d) la prueba de los reactivos *(Ver SAD.1.5);* y
e) la documentación de resultados y medidas correctivas.

Los ensayos de aptitud determinan cómo se comparan los resultados de un laboratorio con otros que emplean las mismas metodologías. Dichas pruebas pueden identificar problemas de desempeño que no se reconocen mediante mecanismos internos. De este modo, el laboratorio deberá participar en un programa aprobado de ensayos de aptitud, cuando esté disponible en el mercado. En forma alternativa, cuando no hay programas aprobados disponibles, el laboratorio intercambia muestras con un laboratorio de otra organización, a fin de realizar pruebas de comparación (estudios interlaboratorio). El laboratorio lleva un registro del historial de participación en programas de ensayo de aptitud o de las pruebas interlaboratorio. Los programas de ensayo de aptitud, o un método alternativo, se llevan a cabo para todos los laboratorios de especialidades cuando estén disponibles (por ejemplo, toxicología, citogenética, inmunogenética, biología molecular, etc.).

SAD.1.9 Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

Elementos Medibles de SAD.1.9
1. Existe un programa de control de calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:
   a) la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar;
   b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio;
   c) una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
   d) la prueba de los reactivos;
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.
3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas

SAD.1.9.1 Existe un proceso para los ensayos de aptitud.

Elementos Medibles de SAD.1.9.1
1. El laboratorio participa en un programa de ensayo de aptitud, o en un programa alternativo.
2. Se lleva un registro del programa.

Estándar SAD.1.10

El establecimiento revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todos los servicios subrogados de laboratorio.

Propósito de SAD.1.10
Cuando el establecimiento emplea servicios subrogados de laboratorio, recibe y revisa periódicamente los resultados de control de calidad de dicha fuente. Los resultados de control de calidad los revisa personal calificado.

Elementos Medibles de SAD.1.10
1. Los resultados de control de calidad de servicios subrogados de laboratorio se revisan periódicamente.
2. Los resultados de control de calidad son revisados por personal calificado.

Estándar SAD.1.11

El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

Propósito de SAD.1.11

La organización es capaz de identificar, realizar una lista y contactar a los expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como parasitología, virología o toxicología, cuando sea necesario. Se cuenta con un listado de los expertos.

Elementos Medibles de SAD.1.11

1. Se cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. Se convocan expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA Y DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Estándar SAD.2

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Estándar SAD.2.1

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen son proporcionados por la organización, o están fácilmente disponibles mediante servicios subrogados.

Propósito de SAD.2 y SAD.2.1

El establecimiento cuenta servicios de radiología y de diagnóstico por imagen propios y/o subrogados que cubren las necesidades de su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los prestadores de atención médica. Estos servicios cumplen con los estándares, leyes, reglamentos y normas correspondientes.

Los servicios subrogados de radiología y de diagnóstico por imagen:

a) Sean accesibles para el paciente
b) Su selección se base en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
c) Cumplen con la normativa correspondiente.

Para lo anterior, la organización evalúa constantemente la calidad de estos servicios (Ver GLD.3.3)

SAD.2 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Elementos Medibles de SAD.2

1. Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen, sean propios o subrogados, cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de radiología y de diagnóstico para casos de urgencia.
3. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.

SAD.2.1 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen son proporcionados por la organización, o están fácilmente disponibles mediante convenios con servicios subrogados.

Elementos Medibles de SAD.2.1

1. Los servicios subrogados o bajo convenio de radiología y diagnóstico por imagen cumplen con los siguientes requisitos:
    d) Sean accesibles para el paciente
    e) Su selección se base en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
    f) Cumplen con la normativa correspondiente.
2. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico y los servicios subrogados de radiología y de diagnóstico por imagen.

Estándar SAD.2.2

Hay un programa de seguridad radiológica implementado, que se sigue y se documenta.

Propósito de SAD.2.2

El establecimiento cuenta con un programa de seguridad radiológica que incluye los servicios de radiología, diagnóstico por imagen, radioterapia oncológica y cateterismo cardiaco. El programa de seguridad radiológica es consistente con los riesgos y peligros identificados. El programa se ocupa de las prácticas de protección y las medidas de prevención para todo el personal y para los pacientes.

El programa se coordina junto con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones (Ver FMS).

El programa de seguridad radiológica incluye:

a) políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento de los estándares, leyes, reglamentos y normas *correspondientes;*
b) políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
c) *disponibilidad y uso de equipo de protección personal;*
d) la orientación de todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de seguridad y protección; y
e) la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

Elementos Medibles de SAD.2.2

1. El establecimiento cuenta con un programa de seguridad radiológica, que incluye al menos lo siguiente:
   a) políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento de los estándares, leyes, reglamentos y normas correspondientes;
   b) políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
   c) disponibilidad y uso de equipo de protección personal;
   d) la orientación de todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de seguridad y protección; y
   e) la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.
2. El programa se coordina junto con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones.
3. *La manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a las políticas y* procedimientos.
4. El equipo de protección personal se usa sistemáticamente.
5. El personal de radiología y diagnóstico por imagen tiene orientación en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
6. El personal de radiología y diagnóstico por imagen recibe educación sobre nuevos procedimientos y materiales peligrosos.
7. ***Se cumple el programa de seguridad radiológica en los servicios subrogados.***

Estándar SAD.2.2.1

Hay un programa implementado de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen

Propósito de SAD.2.2.1

El establecimiento cuenta con un programa de seguridad de paciente en los servicios de radiología e imagen que se coordina con el plan o programa de calidad y seguridad de los paciente, y que incluye al menos los siguientes puntos:

a) La vinculación con las metas internacionales de seguridad del paciente, principalmente con la identificación y prevención del riesgo de caídas. *(Ver SAD.2.4.1)*
b) El manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
c) La vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.

El programa se coordina con el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente (Ver QPS).

Elementos Medibles de SAD.2.2.1

1. ***Se implementa un programa de seguridad del paciente en los servicios de radiología y diagnóstico por imagen que se coordina con el plan o programa de Mejora de la calidad y seguridad del paciente.***
2. ***El programa se vincula con las metas internacionales de seguridad del paciente.***
3. ***El programa incluye el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.***
4. ***El programa incluye la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.***
5. ***El programa se cumple en los servicios subrogados.***

Estándar SAD.2.3

La realización de los estudios de diagnóstico por imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personal con la capacitación, destrezas, orientación y experiencia adecuadas.

Propósito de SAD.2.3

El establecimiento identifica qué personal de radiología y diagnóstico por imagen realizan los estudios, interpretan los resultados o verifican e informan los resultados, así como los que dirigen o supervisan los procesos. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y destrezas y con orientación en lo que se refiere a su trabajo. El personal técnico realiza tareas que concuerdan con su capacitación y experiencia. El establecimiento cuenta con suficiente personal para realizar, interpretar e informar estudios sin demora y proporcionar servicios todas las horas de funcionamiento, incluyendo las urgencias.

Elementos Medibles de SAD.2.3

1. Se identifica al personal que realiza estudios de diagnóstico e imagen y los que los supervisan.
2. La realización de los estudios de diagnóstico e imagen están a cargo de personal debidamente capacitado y experimentado.
3. Los resultados de los estudios son interpretados por el personal debidamente capacitado y experimentado.
4. El personal adecuado verifica e informa los resultados de los estudios.
5. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
6. El personal de supervisión cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar SAD.2.4

Los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define el establecimiento.

Propósito de SAD.2.4

El establecimiento define el lapso de tiempo para informar los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen de acuerdo con las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico, incluídos los estudios solicitados en casos de urgencia. Los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos obtienen especial atención durante su proceso de planificación y control. Los estudios de radiología y diagnóstico por imagen realizados por servicios subrogados, se informan de conformidad con la política del establecimiento o los requisitos del contrato.

Elementos Medibles de SAD.2.4

1. El establecimiento ha definido el marco de tiempo para informar resultados.
2. Se controla la puntualidad del informe de los estudios urgentes.
3. Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.

4. ***Los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se documentan, por cualquier medio, escrito o electrónico, en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar SAD.2.4.1

Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente.

Propósito de SAD.2.4.1

Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos identificadores seleccionados por el establecimiento (Ver MISP.1).

Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica se asegura la precisión de ésta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, leer y confirmar.

Elementos Medibles de SAD.4.1

1. ***Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se reportan por escrito utilizando los dos identificadores establecidos por la organización. (Ver MISP.1)***
2. ***Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar. (Ver MISP.2)***

Estándar SAD.2.5

Todo el equipo usado para estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad, y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Propósito de SAD.2.5

El personal de radiología y diagnóstico por imagen trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura.

Un programa de administración de equipo de radiología y diagnóstico por imagen se ocupa de:

- la selección y adquisición de equipo;
- identificación del equipo e inventario;
- la evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;
- el control y toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben informarse; y
- la documentación del programa de administración.

El programa se coordina con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones (Ver FMS.1, FMS.8)

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo y su historia de servicio documentada. *(Ver FMS.7)*

Elementos Medibles de SAD.2.5

1. El establecimiento ha implementado un programa de administración de equipo de radiología y diagnóstico por imagen. (Ver FMS.8, EM 1)
2. El programa incluye la selección y adquisición de equipo.
3. El programa incluye la realización de un inventario del equipo. (Ver FMS.8, EM 2)
4. El programa incluye la inspección y prueba del equipo. (Ver FMS.8, EM 3)
5. El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo. (Ver FMS.8, EM 4)
6. El programa incluye el control y seguimiento. (Ver FMS.8, EM 5)
7. Se documentan los resultados de todas las pruebas, mantenimiento y calibración del equipo. (Ver FMS.8.1)

Estándar SAD.2.6

Habitualmente hay disponibles películas para radiografías y demás suministros.

Propósito de SAD.2.6

El establecimiento ha identificado las películas, los reactivos y los suministros necesarios para proporcionar servicios de radiología y diagnóstico por imagen a sus pacientes. Se encuentra implementado un proceso para asegurar la provisión de películas, reactivos y demás suministros. Todos los suministros se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de los reactivos asegura la exactitud y la precisión de los resultados.

Elementos Medibles de SAD.2.6

1. Las películas para radiografías, los reactivos y los suministros esenciales están identificados.
2. Las películas para radiografías, los reactivos y los suministros esenciales están disponibles.
3. Todos los suministros se guardan y se dispensan según lo establecido.
4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.
5. Todos los suministros están etiquetados en forma completa.

Estándar SAD.2.7

Existe un profesional calificado como responsable, de conformidad con las leyes, reglamentos y normas correspondientes, para gestionar los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Propósito de SAD.2.7

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen se encuentran bajo la dirección de un profesional calificado de acuerdo a la capacitación, competencia y experiencia documentadas, de conformidad con las leyes y reglamentaciones correspondientes. Dicho personal asume la responsabilidad de las instalaciones de radiología, diagnóstico por imagen y de los servicios proporcionados. Cuando esta persona responde una consulta clínica o emite una opinión médica, deberá ser un médico radiólogo *(NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X*). Cuando se proporciona radioterapia u otros servicios especiales, estarán bajo la dirección de personal debidamente calificado.

Las responsabilidades del jefe del servicio de radiología y diagnóstico por imagen incluyen:

- la elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el diseño, implementación y seguimiento del programa de control de calidad;
- la recomendación de servicios subrogados de radiología y diagnóstico por imagen; y
- el control y revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Elementos Medibles de SAD.2.7

1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo de conformidad con las leyes, reglamentaciones y normas aplicables.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, la implementación y actualización de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen el diseño, implementación y seguimiento del programa de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de servicios subrogados de radiología y diagnóstico por imagen. *(Ver GLD.3.3)*
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, sean propios o subrogados. *(Ver GLD.3.3)*
7. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

Estándar SAD.2.8

Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

Propósito de SAD.2.8
Los sistemas de control de calidad son esenciales para proporcionar excelentes servicios de radiología e imagen.

El control de calidad incluye:
a) la validación de los métodos de análisis prueba;
b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado;
c) la aplicación de una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
d) la prueba de los reactivos, cuando corresponde y
e) la documentación de resultados y medidas correctivas.

Elementos Medibles de SAD.2.8
4. Existe un programa de control de calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:
    a) la validación de los métodos de prueba;
    b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado;
    c) una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
    d) la prueba de los reactivos, cuando corresponde y;
5. *Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.*
6. Se documentan las medidas correctivas aplicadas

Estándar SAD.2.9
El establecimiento revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todos los servicios subrogados de diagnóstico y diagnóstico por imagen.

Propósito de SAD.2.9
Cuando el establecimiento emplea servicios subrogados de radiología y diagnóstico por imagen, personal calificado recibe y revisa regularmente los resultados de control de calidad. Cuando el control de calidad de los servicios subrogados es difícil de obtener, el director o el responsable cuenta con otro mecanismo de supervisión de la calidad.

Elementos Medibles de SAD.2.9
1. Los resultados de control de calidad de los servicios subrogados de diagnóstico se revisan periódicamente.
2. Los resultados del control de calidad son revisados por personal calificado. *(Ver GLD.3.3)*

Estándar SAD.2.10
El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

Propósito de SAD.2.10
El establecimiento puede identificar, cuenta con una lista y se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como física de la radiación, radioterapia oncológica o medicina nuclear, cuando es necesario. El establecimiento cuenta con una lista de expertos.

Elementos Medibles
1. El establecimiento conserva una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. El establecimiento se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

COP

ATENCIÓN DE PACIENTES

Care of Patients

ATENCIÓN DE PACIENTES

Care of Patients

PERSPECTIVA GENERAL

El principal propósito de un establecimiento de atención médica 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, estas incluyen:

- planificación y cuidados a cada paciente,
- control del paciente para entender los resultados de la atención,
- modificación de la atención cuando sea necesario,
- finalización de la atención; y
- planificación del seguimiento.

Los médicos, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas de rehabilitación y otros profesionales de la salud pueden realizar estas actividades. Cada profesional tiene un rol claro en la atención del paciente, el cual es determinado por las habilitaciones, competencias, certificaciones, leyes y reglamentaciones, aptitudes, conocimientos y experiencia particulares de cada persona, así como por las políticas o descripciones de puestos del establecimiento. El paciente, su familia u otros profesionales capacitados pueden encargarse de ciertos tipos de atención.

Los estándares de Atención de Pacientes (COP) describen las bases para la prestación de atención: un plan para cada paciente basado en la evaluación de sus necesidades. La atención puede ser preventiva, paliativa, de curación o de rehabilitación, y puede incluir anestesia, cirugía, medicamentos, terapias de apoyo, o una combinación de éstos. La prestación de los servicios debe estar coordinada e integrada por todas las personas que atienden al paciente.

ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES

Estándar COP.1

Las políticas, procedimientos, leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes.

Propósito de COP.1

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en todo el establecimiento. A fin de llevar a cabo el principio de "un único nivel de calidad de atención", es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente. En particular, los servicios prestados a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios se guían por políticas y procedimientos que resultan en una atención uniforme. Además, los directores aseguran que esté disponible el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos.

Las políticas y procedimientos respetan las leyes y reglamentaciones correspondientes.

La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

a) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago, (por ejemplo a través de una aseguradora, pacientes que se atienden por convenio, o pago en efectivo).
b) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por personal calificado, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
c) El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
d) La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad en todo el establecimiento.
e) Los pacientes con las mismas necesidades de atención de enfermería reciben niveles comparables en todo el establecimiento.

La atención uniforme de los pacientes da como resultado el uso eficiente de los recursos, y permite la evaluación de los servicios con el mismo tipo de atención a través de toda la organización; por ejemplo, se podrán observar los mismos cuidados de un paciente adulto mayor en urgencias, quirófano y hospitalización o los mismos estándares de atención para un paciente pediátrico o adulto que se le administrará sangre o hemoderivados.

Elementos Medibles de COP.1

1. Los directores del establecimiento colaboran para proporcionar procesos de atención uniformes.
2. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones relevantes.
3. Se proporciona una atención uniforme que cumple con los siguientes requisitos:
    a) El acceso y la idoneidad de la atención y del tratamiento no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago (por ejemplo, a través de una aseguradora, pacientes que se atienden por convenio o pago en efectivo).
    b) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por personal calificado, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
    c) El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
    d) La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad en todo el establecimiento.
    e) Los pacientes con las mismas necesidades de atención de enfermería reciben niveles comparables en todo el establecimiento.

Estándar COP.2

Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente.

Propósito de COP.2

El proceso de atención al paciente es dinámico e involucra a varios profesionales de la salud, y puede involucrar múltiples áreas, departamentos y servicios del establecimiento.

La integración y coordinación de las actividades de atención del paciente son objetivos que resultan en procesos de atención eficientes, un uso más efectivo de los recursos, y la probabilidad de obtener mejores resultados para el paciente. Los líderes emplean herramientas y técnicas para integrar y coordinar mejor la atención de sus pacientes, por ejemplo, atención con equipos multidisciplinarios. *(Ver AOP.4)*

El expediente clínico facilita y refleja la integración y la coordinación de la atención. En particular, en el expediente clínico se documentan observaciones, tratamientos y conclusiones de las sesiones multidisciplinarias o discusiones similares para la atención del paciente.

Elementos Medibles de COP.2

1. La planificación de la atención está integrada y coordinada entre todas las áreas, departamentos y servicios.
2. La atención prestada está integrada y coordinada entre entornos y servicios.
3. Los resultados o conclusiones de las sesiones multidisciplinarias se anotan en el expediente clínico del paciente.

Estándar COP.2.1

La atención prestada a cada paciente se planea y documenta en el expediente clínico del paciente.

Propósito de COP.2.1

Los procesos de atención al paciente se planean cuidadosamente a fin de lograr resultados óptimos. El proceso de planeación utiliza los datos de la evaluación inicial y de revaloraciones periódicas, para identificar y priorizar los tratamientos, procedimientos, atención de enfermería y demás tipos de atención para cubrir las necesidades del paciente. El paciente y la familia participan en el proceso de planeación. El plan se documenta en el expediente clínico.

El plan de atención se elabora dentro de las 24 horas posteriores al ingreso del paciente. Se actualiza el plan basándose en las revaloraciones realizadas por todos los profesionales de la atención que participan en la atención del paciente, a fin de reflejar la condición del paciente.

La atención planeada debe estar relacionada con las necesidades del paciente. Dichas necesidades pueden cambiar, como resultado de mejoras clínicas, nueva información proveniente de una reevaluación de rutina (por ejemplo: resultados anormales de análisis de laboratorio o radiografías) o pueden ser evidentes ante un cambio repentino en el estado del paciente (por ejemplo, pérdida del conocimiento). Los cambios se anotan en el expediente a modo de comentarios del plan inicial o pueden resultar en un nuevo plan.

Nota: es preferible que haya un único plan integrado al expediente clínico de cada paciente en vez de que cada profesional incluya un plan de atención por separado. El plan de atención para cada paciente también debe reflejar metas de atención, personalizadas, objetivas y realistas, a fin de facilitar las reevaluaciones y la revisión del plan de atención.

Elementos Medibles de COP.2.1

1. El médico responsable, junto con la enfermera y los demás profesionales de la salud, planean la atención de cada paciente dentro de las 24 horas posteriores su ingreso.
2. La atención planeada está personalizada y se basa en los datos de la evaluación inicial del paciente.
3. El plan se actualiza o se revisa, según sea adecuado, basándose en la revaloración del paciente que realizan los prestadores de atención.
4. La atención planeada para cada paciente se anota en el expediente clínico del paciente.
5. Se presta la atención planeada.
6. El profesional que brinda la atención anotará la atención prestada a cada paciente en el expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar COP.2.2

Los profesionales que participan en la atención del paciente registran las órdenes/indicaciones, sugerencias y recomendaciones en los formatos correspondientes que se integran al expediente clínico, en un lugar uniforme.

Propósito de COP.2.2

Las actividades de atención al paciente incluyen órdenes/indicaciones, por ejemplo, para análisis de laboratorio, administración de medicamentos, atención de enfermería y terapia nutricional. Personal calificado será quien ordene los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, entre otros. Dichas órdenes/indicaciones deberán estar en un lugar accesible a fin de ser llevadas a cabo en forma oportuna. *(Ver MMU.4 y MMU.4.1)*

La ubicación de las órdenes/indicaciones en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo. Las órdenes/indicaciones por escrito ayudan al personal a entender los puntos específicos de una orden, cuándo debe llevarse a cabo y quién debe hacerlo.

Las órdenes/indicaciones pueden estar escritas en una hoja que se anexa al expediente clínico en forma periódica o en el momento del alta, siempre y cuando se encuentren accesibles al equipo multidisciplinario para que pueda dar seguimiento a la atención.

La política establece:

a) toda excepción en servicios especializados, como urgencias y unidades de cuidados intensivos;
b) quién está autorizado a emitir órdenes;
c) dónde deben ubicarse las órdenes dentro del expediente clínico; y
d) qué tipo de órdenes/indicaciones requieren una justificación explicita para su realización.

Elementos Medibles de COP.2.2

1. Se cuenta con una política que estandariza las órdenes/indicaciones para la atención del paciente, la cual incluye establece:
   a) toda excepción en servicios especializados, como urgencias y unidades de cuidados intensivos;
   b) quién está autorizado a emitir órdenes;
   c) dónde deben ubicarse las órdenes dentro del expediente clínico; y
   d) qué tipo de órdenes/indicaciones requieren una justificación explicita para su realización.
2. Las órdenes/indicaciones cumplen la política del establecimiento.
3. Todas las órdenes/indicaciones para exámenes de diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio clínico incluyen una indicación/justificación clínica cuando sea necesario para su interpretación.
4. Sólo emiten órdenes/indicaciones quienes están autorizados para hacerlo.
5. Las órdenes/indicaciones se encuentran en un lugar uniforme dentro de los expedientes clínicos.

Estándar COP.2.3

Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.

Propósito de COP.2.3

Los procedimientos de diagnóstico y demás procedimientos realizados, junto con sus resultados, se anotan en el expediente clínico del paciente. Entre tales procedimientos se incluyen endoscopías, cateterismos cardiacos y demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento invasivo y no invasivos. *(Ver ASC.7.2, EM 2 y COP.2.1, EM 6)*

Elementos Medibles de COP.2.3

1. Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.
2. Los resultados de los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.

Estándar COP.2.4

Se informa a los pacientes y sus familiares acerca de los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos.

Propósito de COP.2.4

El proceso de atención y tratamiento es un ciclo constante de evaluaciones, revaloraciones, planificación, prestación de atención y evaluación de resultados. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados del proceso de evaluación; así como, sobre la atención y el tratamiento planificados. Por consiguiente, a fin de completar el ciclo es preciso que estén informados de los resultados de la atención y del tratamiento. Esto incluye que sean informados sobre cualquier resultado imprevisto de la atención. *(Ver PFR.2.1.1)*

Elementos Medibles de COP.2.4

1. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados de su atención y tratamiento.
2. Se informa a los pacientes y familiares acerca de cualquier resultado imprevisto de su atención y tratamiento.

ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO

COP.3 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.

Propósito de COP.3

Los establecimientos de atención médica atienden una variedad de pacientes con diferentes necesidades de atención médica. Algunos pacientes son considerados de alto riesgo debido a su edad, estado de salud o naturaleza crítica de sus necesidades; por ejemplo, los niños y adultos mayores con frecuencia no pueden expresarse por sí mismos, no entienden el proceso de atención y no pueden participar en las decisiones respecto a su atención. En forma similar, los pacientes en situación de urgencia o en terapia intensiva se encuentran temerosos, confundidos o comatosos y son incapaces de entender el proceso de atención cuando es preciso prestar la atención en forma eficiente y rápida.

Los establecimientos de atención médica también prestan diferentes servicios, algunos de los cuales son considerados de alto riesgo debido al equipo necesario para tratar una situación que amenaza la vida (pacientes de diálisis), la naturaleza del tratamiento (uso de sangre y hemoderivados), el potencial de daño al paciente (sujeción) o los efectos tóxicos de determinados medicamentos de alto riesgo (quimioterapia).

Las políticas y procedimientos son herramientas importantes para que el personal comprenda a estos pacientes y servicios, para brindar una atención especial como pacientes de alto riesgo y para responder de manera competente y uniforme. Los líderes son responsables de:

- identificar a los pacientes y servicios considerados de alto riesgo en el establecimiento;
- emplear un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos relevantes; y
- capacitar al personal para la implementación de las políticas y procedimientos.

Se incluyen en el proceso a los pacientes y servicios identificados en COP.3.1 hasta COP.3.9, siempre que estén presentes en el establecimiento. ***Se incluyen pacientes y servicios adicionales cuando están representados en la población de pacientes y en los servicios del establecimiento.***

Es probable que los establecimientos deseen identificar los riesgos colaterales como resultado de cualquier procedimiento o plan de atención (por ejemplo, la necesidad de prevenir una trombosis venosa profunda y úlceras por presión). Tales riesgos, cuando están presentes, se pueden prevenir educando al personal y elaborando políticas y procedimientos adecuados.

Elementos Medibles de COP.3

1. Los líderes del establecimiento identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo.
2. Los líderes emplean un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos para los pacientes y servicios de alto riesgo.
3. El personal recibió capacitación y emplea las políticas y procedimientos para guiar la atención.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar COP.3.1
Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en situación de urgencia.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar COP.3.2
Las políticas y los procedimientos guían los servicios de reanimación en todo el establecimiento.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar COP.3.3
Las políticas y los procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se administra sangre y/o hemoderivados.

Estándar COP.3.4
Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes comatosos o en soporte vital. ***(Ver PFR.1.5)***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar COP.3.5
Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas e inmunodeprimidos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar COP.3.6
Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes que dializados en el establecimiento ***(diálisis peritoneal y hemodiálisis en unidad de hemodiálisis, hospitalización y/o terapias intensivas).***

Estándar COP.3.7
Las políticas y procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se utiliza la sujeción en los procesos de atención.

Estándar COP.3.8
Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes adultos mayores, los pacientes con discapacidad y pacientes pediátricos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar COP.3.9

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia, medicamentos experimentales y radiactivos.

Propósito de COP.3.1 hasta COP.3.9

Las políticas y procedimientos deben hacerse a la medida de la población de pacientes en riesgo o del servicio de alto riesgo a fin de ser efectivos y adecuados en la reducción del riesgo relacionado.

Es particularmente importante que las políticas y procedimientos identifiquen:

a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera; (Ver PFR.6.4.1)
d) los requisitos de monitorización del paciente;
e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

Las guías clínicas, rutas clínicas y protocolos de atención suelen ser útiles para elaborar políticas y procedimientos, y pueden incorporarse a ellas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.1 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en situación de urgencia.

Elementos Medibles de COP.3.1

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes en situación de urgencia.
2. Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.2 Las políticas y los procedimientos guían los servicios de reanimación en todo el establecimiento.

Elementos Medibles de COP.3.2

1. Hay políticas y procedimientos que guían los servicios de reanimación en todo el establecimiento.
2. La reanimación se lleva a cabo conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.3 Las políticas y los procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se administra sangre y/o hemoderivados.

Elementos Medibles de COP.3.3

1. Hay políticas y procedimientos que guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.
2. ***Las políticas y procedimientos priorizan situaciones críticas, por ejemplo hemorragia vaginal de la mujer gestante.***
3. ***Las políticas y procedimientos garantizan la existencia de sangre y hemoderivados las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.***
4. La sangre y los hemoderivados se administran conforme a las políticas y procedimientos.

COP.3.4 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes comatosos o en soporte vital. ***(Ver PFR.1.5)***

Elementos Medibles de COP.3.4

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes comatosos.
2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes en soporte vital.
3. Los pacientes comatosos reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
4. Los pacientes en soporte vital reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.5 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas e inmunodeprimidos.

Elementos Medibles de COP.3.5

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas.
2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes inmunodeprimidos.
3. *Los pacientes inmunodeprimidos reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.*
4. Los con enfermedades contagiosas reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.6 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes que dializados en el establecimiento (diálisis peritoneal y hemodiálisis en unidad de hemodiálisis, hospitalización y/o terapias intensivas).

Elementos Medibles de COP.3.6

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes dializados.
2. Los pacientes dializados reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

COP.3.7 Las políticas y procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se utiliza la sujeción en los procesos *de atención.*

Elementos Medibles de 3.7

1. Hay políticas y procedimientos que guían el empleo de la sujeción.
2. Los pacientes con sujeción reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

COP.3.8 Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes adultos mayores, los pacientes con discapacidad y pacientes pediátricos.

Elementos Medibles de COP.3.8

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes adultos mayores.
2. Los pacientes adultos mayores reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
3. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con discapacidad.
4. Los pacientes con discapacidad reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
5. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes pediátricos.
6. Los pacientes pediátricos reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.9 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia, medicamentos experimentales y radiactivos.

Elementos Medibles de COP.3.9

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.
2. Los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ALIMENTOS Y NUTRICIÓN

Estándar COP.4

Los alimentos se brindan a los pacientes acorde con su atención clínica y son adecuados a su edad, preferencias culturales y alimenticias.

Propósito de COP.4

La nutrición adecuadas es importante para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Hay alimentos adecuados para la edad, preferencias culturales y alimenticias del paciente, éstas deben estar disponibles de manera regular. El paciente participa en la planificación y selección de alimentos, y la familia del paciente podrá, cuando sea adecuado, participar en el suministro de alimentos, en forma coherente con su cultura, religión y demás tradiciones y prácticas. Basándose en las necesidades evaluadas y en el plan de atención del paciente, el médico u otro profesional calificado ordenarán los alimentos u otros nutrientes adecuados para el paciente.

Cuando la familia u otras personas suministren alimentos al paciente, habrán sido educados respecto a los alimentos contraindicados conforme a las necesidades y planes de atención del paciente, incluso con información sobre todo medicamento asociado a interacciones con alimentos. Cuando sea posible, se ofrecerá a los pacientes una variedad de opciones de alimentos de acuerdo con su estado nutricional.

Todos los pacientes son identificados al momento de la dotación de alimentos, con los dos datos de identificación (identificadores) seleccionados por la organización con el propósito de prevenir errores con dietas equivocadas.

Elementos Medibles de COP.4

1. Los alimentos o la nutrición adecuadas para el paciente están regularmente disponibles.
2. Todos los pacientes tienen una dieta indicada en su expediente.
3. La indicación se basa en el estado y las necesidades nutricionales del paciente.
4. Los pacientes cuentan con una variedad de opciones de alimentos, según su estado y atención.
5. Cuando los familiares suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.
6. ***Existe un proceso para identificar errores en la indicación de alimentación.***

Estándar COP.4.1

La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de los alimentos son seguros y cumplen con las leyes, reglamentaciones y prácticas vigentes y aceptadas.

Propósito de COP.4.1

La preparación, almacenamiento y distribución de los alimentos se controlan para garantizar la seguridad y el cumplimiento con las leyes, reglamentaciones y prácticas vigentes y aceptadas. Las prácticas de preparación y almacenamiento de alimentos disminuyen el riesgo de contaminación y putrefacción. Los alimentos se distribuyen a los pacientes en horarios específicos. Hay alimentos y productos nutricionales disponibles, incluidos productos de nutrición enteral, para cubrir las necesidades especiales del paciente.

Elementos Medibles de COP.4.1

1. Los alimentos se preparan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
2. Los alimentos se almacenan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
3. Los productos de nutrición enteral se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante y la política del establecimiento.
4. La distribución de alimentos es puntual, y se cumplen las solicitudes especiales.
5. La preparación, almacenamiento y distribución de los alimentos se controlan para garantizar la seguridad y el cumplimiento de las leyes, reglamentaciones y prácticas aceptables.

6. ***Se identifica a los pacientes con los dos identificadores establecidos por la organización al momento de la dotación de alimentos.*** *(Ver MISP.1)*
7. ***Existe un proceso para identificar errores en la distribución de dietas.*** *(Ver MISP.1, COP.4)*

Estándar COP.5

Los pacientes con riesgos nutricionales reciben terapia nutricional.

Propósito de COP.5

En la evaluación inicial, se identifica a los pacientes con riesgo nutricional, de acuerdo a los criterios establecidos por la organización. Estos pacientes son valorados o interconsultados posteriormente por un nutriólogo para realizarles una evaluación exhaustiva. Cuando se determina que un paciente tiene un riesgo nutricional, se establece un plan de soporte nutricional. Se controla la evolución del paciente y se deja constancia de la misma en su expediente. Los médicos, el personal de enfermería, los nutriólogos y, cuando correspondiera, la familia del paciente, colaboran en la planificación y la administración de terapia nutricional. *(Ver AOP.1.6)*

Elementos Medibles de COP.5

1. Los pacientes con riesgo nutricional reciben soporte nutricional.
2. Se emplea un proceso de colaboración para planificar, administrar y controlar el estado nutricional del paciente con riesgo nutricional.
3. Se controla la respuesta del paciente al soporte nutricional.
4. Se deja constancia de la respuesta del paciente al plan de soporte nutricional en su expediente.

MANEJO DEL DOLOR

Los pacientes que padecen dolor, así como sus familias, requieren una atención que se centre en sus necesidades. Es posible que los pacientes padezcan dolor asociado con tratamientos o procedimientos tales como dolor postoperatorio, durante una sesión de fisioterapia o asociado con enfermedades crónicas o agudas, así como mujeres en trabajo de parto.

El manejo del dolor tiene en cuenta el entorno donde se presta la atención o el servicio, el tipo de servicios prestados y la población de pacientes atendida. El establecimiento elabora procesos para manejar el dolor, los cuales:

- aseguran a los pacientes que su dolor y sus síntomas serán evaluados y manejados debidamente;
- garantizan que los pacientes que padecen dolor sean tratados con dignidad y respeto (Ver COP.8.3);
- evalúan a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar dolor;
- planifican enfoques preventivos y terapéuticos para manejar el dolor; y
- educan a los pacientes y al personal acerca del manejo del dolor.

Estándares COP.6

Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.

Propósito de COP.6

El dolor puede ser habitual en la experiencia del paciente; el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y manejo adecuados del dolor. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos para evaluar y manejar el dolor en forma adecuada a todos los pacientes, incluidos:

a) la identificación de pacientes con dolor durante la valoración inicial y las revaloraciones, *(Ver AOP.1.8.2)*;
b) el manejo del dolor conforme a las política del establecimiento;
c) la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas; y
d) la educación de los prestadores de atención médica acerca de la evaluación y el manejo del dolor.

Elementos Medibles de COP.6

1. A todos los pacientes se les evalúa el dolor desde su evaluación inicial y se reevalúa de acuerdo a la política del establecimiento.
2. Existe una política que guía el manejo del dolor en todo la organización y que incluye al menos lo siguiente:
   a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
   b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
   c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera; (Ver PFR.6.4.1)
   d) los requisitos de control del paciente;
   e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
   f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.
3. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme a la política.
4. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos de comunicación y educación de pacientes y familiares respecto al dolor.
5. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento capacita al personal acerca de la evaluación y manejo del dolor.

ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES

Los pacientes que se acercan al final de su vida, así como sus familias, requieren una atención que se centre en sus necesidades. Es posible que los pacientes en etapa terminal también experimenten otros síntomas relacionados con la evolución de la enfermedad o con los tratamientos de curación, o que necesiten ayuda para lidiar con los problemas psicosociales, espirituales y culturales asociados con la muerte. Las familias y las personas que acompañan al paciente en esta etapa pueden necesitar un descanso o ayuda para sobrellevar la pena y la pérdida.

El objetivo del establecimiento en la atención de enfermos terminales tiene en cuenta el entorno donde se presta la atención o el servicio (como por ejemplo una residencia para enfermos terminales o una unidad de cuidados paliativos), el tipo de servicios prestados y la población de pacientes atendida. El establecimiento elabora procesos para prestar la atención de enfermedades terminales, los cuales:

- aseguran a los pacientes que sus síntomas serán evaluados y manejados debidamente;
- garantizan que los pacientes que son enfermos terminales sean tratados con dignidad y respeto;
- evalúan a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar dolor y otros síntomas;
- planifican enfoques preventivos y terapéuticos para manejar el dolor y demás síntomas; y
- educan a los pacientes y al personal acerca del manejo del dolor y demás síntomas.

Estándar COP.7

El establecimiento se ocupa de la atención de enfermedades terminales.

Propósito de COP.7

Los pacientes que se encuentran en etapa terminal tienen necesidades únicas de recibir atención respetuosa y compasiva. Para lograr esto, todo el personal toma conciencia de las necesidades de los pacientes que padecen dolor o que se encuentran al final de su vida. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente debe guiar todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de la vida. La atención de enfermedades terminales proporcionadas por el establecimiento incluye:

a) brindar el tratamiento adecuado para todo síntoma, conforme a los deseos del paciente y de la familia;
b) la atención sensible a temas como la autopsia y la donación de órganos;
c) el respeto de los valores, la religión y las preferencias culturales del paciente *(Ver PFR.1.1, EM 1; AOP.1.2);*
d) la participación del paciente y de la familia en todos los aspectos de la atención; y
e) una respuesta ante las inquietudes psicológicas, emocionales, espirituales y culturales del paciente y de su familia.

Para lograr estos objetivos, todo el personal toma conciencia de las necesidades de los pacientes al final de la vida. *(Ver PFR.2.5)*

Elementos Medibles de COP.7

1. El personal toma conciencia de las necesidades únicas del paciente hacia el final de su vida.
2. La atención de enfermedades terminales se ocupa de las necesidades de los pacientes y su familia e incluye al menos los siguientes elementos:
   a) Brindar el tratamiento adecuado para todo síntoma, conforme a los deseos del paciente y de la familia.
   b) La atención sensible a temas como la autopsia y la donación de órganos.
   c) El respeto de los valores, la religión y las preferencias culturales del paciente.
   d) La participación del paciente y de la familia en todos los aspectos de la atención.
   e) Una respuesta ante las inquietudes psicológicas, emocionales, espirituales y culturales del paciente y de su familia.

Estándar COP.7.1

Según sea adecuado para la atención y los servicios proporcionados, las evaluaciones y revaloraciones del paciente en agonía y su familia se diseñan de tal modo que cubran sus necesidades particulares.

Propósito de COP.7.1

Cuando un paciente se encuentra en el final de su vida, las valoraciones y revaloraciones tienen que ser personalizadas, a fin de atender las necesidades de los pacientes y familiares. Las evaluaciones y revaloraciones contemplan, según corresponda:

a) los síntomas tales como náuseas y disnea;
b) los factores que alivian o agravan los síntomas físicos;
c) el manejo de los síntomas y la respuesta del paciente;
d) la orientación espiritual del paciente y su familia y, según corresponda, la participación en un grupo religioso;
e) las inquietudes o necesidades espirituales del paciente y la familia, tales como desesperación, sufrimiento, culpa o perdón;
f) el estado psicosocial del paciente y de la familia, como por ejemplo las relaciones familiares, la idoneidad del entorno domiciliario, los mecanismos para sobrellevar la situación, las reacciones del paciente y su familia ante la enfermedad;
g) la necesidad de servicios de apoyo para que la familia o quien cuida o acompaña al paciente pueda descansar;
h) la necesidad de un entorno o nivel de atención alternativos; y
i) la identificación de factores de riesgo en familiares o personas cercanas que potencialmente pueden presentar reacciones patológicas al duelo.

Elementos Medibles de COP.7.1

1. Se evalúa y revalora a los pacientes y sus familiares en búsqueda de los siguientes elementos, según corresponda:
   a) Los síntomas tales como náuseas y disnea
   b) Los factores que alivian o agravan los síntomas físicos
   c) El manejo de los síntomas y la respuesta del paciente
   d) La orientación espiritual del paciente y su familia y, según corresponda, la participación en un grupo religioso
   e) Las inquietudes o necesidades espirituales del paciente y la familia, tales como desesperación, sufrimiento, culpa o perdón
   f) El estado psicosocial del paciente y de la familia, como por ejemplo las relaciones familiares, la idoneidad del entorno domiciliario, los mecanismos para sobrellevar la situación, las reacciones del paciente y su familia ante la enfermedad
   g) La necesidad de servicios de apoyo para que la familia o quien cuida o acompaña al paciente pueda descansar
   h) La necesidad de un entorno o nivel de atención alternativos
   i) La identificación de factores de riesgo en familiares o personas cercanas que potencialmente pueden presentar reacciones patológicas al duelo.
2. Los hallazgos de la evaluación guían la atención y los servicios prestados. (Ver AOP.2, EM 2)

Estándar COP.7.2

La atención del paciente en etapa terminal optimiza su comodidad y su dignidad.

Propósito de COP.7.2

El establecimiento asegura una atención adecuada para aquellos pacientes en etapa terminal, a través de:

- una intervención para manejar el dolor y los síntomas primarios o secundarios;
- la prevención de síntomas, en la medida que sea razonablemente posible;
- intervenciones que se ocupen de las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales del paciente y de su familia respecto a la muerte y el duelo;
- intervenciones que se ocupen de las inquietudes religiosas y culturales del paciente y de su familia; y
- la participación del paciente y su familia en las decisiones sobre la atención.

Elementos Medibles COP.7.2

1. Se realizan intervenciones para manejar el dolor y los síntomas primarios o secundarios. (Ver PFR.2.4, EM 1)
2. Se previenen los síntomas, en la medida que sea razonablemente posible.
3. Las intervenciones se ocupan de las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales del paciente y su familia respecto a la muerte y el duelo.
4. Las intervenciones se ocupan de las inquietudes religiosas y culturales del paciente y su familia.
5. El paciente y su familia participan en las decisiones sobre la atención. (Véase PFR.2, ME 1 y PFR.2.1, EM 4)

SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y PERINATAL

Estándar COP.8

Existen políticas y procedimientos que guían la atención de la salud reproductiva.

Propósito de COP.8

Es prioridad de todos los establecimientos garantizar la atención en salud reproductiva, este proceso de atención debe permitir la prestación de servicios accesibles, de calidad y seguridad de acuerdo a leyes, políticas, lineamientos y normas vigentes. El establecimiento debe asegurar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, con particular énfasis en la planificación familiar, consejería a la población adolescente y violencia familiar, así como, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.

Elementos Medibles de COP.8

1. ***Existen políticas y procedimientos que guían la atención del embarazo, parto y puerperio.***
2. ***La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.***
3. ***A todas las mujeres en trabajo se les realiza un partograma de manera sistemática y conforme a la normatividad vigente.***
4. ***Los recién nacidos, cuando corresponde, reciben el esquema de vacunación.***
5. ***A los recién nacidos, cuando corresponde, se les realiza el Tamiz Neonatal.***
6. ***Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían la Planificación Familiar.***
7. ***Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían sobre la atención a víctimas de violencia familiar.***
8. ***Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían sobre detección oportuna de cáncer.***

Estándar COP.8.1

Las políticas y procedimientos guían la interrupción del embarazo en cualquier etapa del mismo conforme a las leyes, reglamentos, normas y lineamientos vigentes (ver COP.3.10).

Propósito de COP.8.1

La cesárea y el legrado uterino instrumentado conllevan un riesgo elevado, por lo que la planeación y la selección del procedimiento deben estar debidamente justificadas basándose en la valoración del estado clínico de la paciente y *realizarse previa información de riesgos, beneficios y alternativas.*

La justificación de la indicación cesárea o de legrado intrauterino se documenta en el expediente clínico, antes de realizar el procedimiento.

El establecimiento cuenta con un comité multidisciplinario que analiza la tasa de cesárea del establecimiento, su morbilidad y mortalidad asociadas, tanto materna como perinatal, y retroalimenta al personal médico; dicho comité tendrá al menos las siguientes funciones:

a) Analizar la morbilidad y mortalidad materna asociada a la práctica de la operación cesárea
b) Analizar la morbilidad y mortalidad neonatal asociada a la práctica de la operación cesárea
c) Analizar las causas y justificaciones de las Cesáreas de primera vez practicadas (Ver COP.8.1.1)
d) Auditar la relación de partos-cesáreas por cada médico practicante. (Ver SQE.11)
e) Retroalimentar al personal médico correspondiente sobre las cesáreas de primera vez.

Elementos Medibles de COP.8.1

1. ***El establecimiento ha definido las indicaciones para practicar una cesárea.***
2. ***Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar una cesárea.***
3. ***El establecimiento ha definido las indicaciones para la realización de legrado uterino instrumentado.***
4. ***La indicación y el procedimiento se encuentran documentados en el expediente.***
5. ***Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar una cesárea o un legrado (Ver PFR.6.4, ASC.4, ASC.7.1)***
6. ***Se cuenta con comité que analiza la tasa de cesárea del establecimiento, su morbilidad y mortalidad asociadas, tanto materna como perinatal, y retroalimenta al personal médico.***

Estándar COP.8.1.1

Se cuenta con un proceso para supervisar y analizar las cesáreas de primera vez.

Propósito de COP.8.1.1

El porcentaje de cesáreas en los hospitales es un indicador de calidad de la atención médica, ya que una cesárea sin indicación precisa aumenta innecesariamente el riesgo de complicaciones tanto en el neonato como en la madre, además de que incrementa de manera importante el costo de un nacimiento.

Con el propósito de disminuir el índice de cesáreas de primera vez se lleva a cabo una supervisión estricta del manejo de la misma, sus causas y justificación, la información otorgada a la paciente acerca de los riesgos, beneficios y de su futuro ginecobstétrico; asímismo se analizan la mortalidad y morbilidad tanto maternas como perinatales que puedan ser causa de una mal manejo de la cesárea de primera vez (Ver COP.8.1).

Elementos Medibles de COP.8.1.1

1. ***Antes de realizar una cesárea de primera vez se informa a la paciente acerca de los riesgos, beneficios y sobre su futuro ginecobstétrico.***
2. ***En el expediente clínico de la paciente se documenta la justificación para realizar la cesárea de primera vez.***
3. ***Se analiza la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal en pacientes a quienes se les realizó una cesárea de primera vez. (Ver COP.8.2 EM 5)***
4. ***En hospitales con médicos residentes de ginecología y obstetricia, perinatología o medicina materno fetal, un médico especialista supervisa y valida la indicación de realizar una cesárea de primera vez por un médico residente capacitado para realizarlo.***

Estándar COP.8.2

Las políticas y procedimientos guían la atención del trabajo de parto, parto y puerperio de acuerdo a las leyes, reglamentos, normas y lineamientos vigentes.

Propósito de COP.8.2

La atención del trabajo de parto, parto y puerperio es una de las principales causas de atención médica en los hospitales, la mortalidad y morbilidad maternas son indicadores de calidad de los sistemas de salud y son prevenibles, por lo que es indispensable que políticas y procedimientos acordes a la normatividad y reglamentación vigente guíen la atención obstétrica.

Elementos Medibles de COP.8.2

1. ***La atención obstétrica se lleva a cabo de acuerdo a las normatividad vigente.***
2. ***Se informa a las pacientes sobre los procesos y procedimientos quirúrgicos y/o invasivos que se realizarán durante la atención (cesárea, episiotomía, legrado uterino, uso de fórceps, tacto vaginal).***
3. ***La información se otorga antes de efectuar los procedimientos y se explican las razones para efectuarlo.***
4. ***Se encuentran estandarizados los días de internamiento para un puerperio fisiológico y para un puerperio quirúrgico sin complicaciones y se establece en la planificación del alta.*** *(Ver AOP.1.8.1)*
5. ***Existe un grupo colegiado o comité que analice la notificación de casos de muerte materna y perinatal, dé seguimiento puntual a sus recomendaciones y retroalimente las acciones de mejora de la calidad y seguridad.***

Estándar COP.8.3

El establecimiento otorga atención a las pacientes obstétricas y ginecológicas, respetando sus derechos bajo un marco ético definido.

Propósito de COP.8.3

Los derechos de las pacientes obstétricas y ginecológicas deben respetarse en todas las etapas de su proceso de atención, haciendo énfasis en el respeto a su privacidad, al acceso a la información incluyendo la posibilidad de obtener una segunda opinión, de conocer beneficios, riesgos y alternativas de los procedimientos y de la consiguiente aceptación o no de los mismos.

Elementos Medibles de COP.8.3

1. ***Se respeta la privacidad de la mujer durante las exploraciones y valoraciones obstétricas y ginecológicas.***
2. ***Existe un proceso definido para explicar a las pacientes en lenguaje sencillo y comprensible, en qué consisten y cuáles son los propósitos del tacto vaginal, los procedimientos quirúrgicos e invasivos y los cuidados postparto.***
3. ***Se cuenta con un proceso definido para obtener una segunda opinión acerca de la terminación del embarazo, si se requiere o si se solicita, de acuerdo con la normatividad vigente.***
4. ***Se respeta la decisión de la mujer de aceptar o no aceptar algún método anticonceptivo.***
5. ***Se cuenta con políticas y procedimientos que respaldan el respeto de los derechos de las mujeres que reciben atención obstétrica o ginecológica.***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.8.4 Las políticas guían la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.

Propósito de COP.8.4

Los servicios de obstetricia y ginecología cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.

Hay servicios de obstetricia y ginecología disponibles fuera del horario habitual de atención.

Las políticas y procedimientos para la atención de emergencias obstétricas y neonatales (Ver ACC.1.1.1, COP.3 y COP.3.1) deben hacerse a la medida del servicio y de la atención proporcionada acorde con la misión e infraestructura del hospital; a fin de ser efectivos con la seguridad del paciente y reducir los riesgos relacionados.

Es particularmente importante que la política identifique:

a) la forma en que tendrá lugar la planificación del la atención,
b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;
d) los requisitos de control de la paciente;
e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención;
f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.
g) En qué situaciones será necesario referir y trasladar un paciente a otro establecimiento que cuente con la infraestructura necesaria.

Elementos Medibles de COP.8.4

1. ***Existe una política que guía la atención de las emergencias obstétricas.***
2. ***Existe una política que guía la atención de las urgencias neonatales.***
3. ***Estas políticas garantizan el "cero rechazo" en pacientes embarazadas y puérperas.***
4. **Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.**
5. ***Se da prioridad en la atención de urgencia y/o se clasifica como emergencia (alto riesgo, riesgo inminente, nivel rojo) a las pacientes que presentan desprendimiento de placenta, parto pretérmino, sepsis puerperal con complicaciones sistémicas, preeclampsia severa, eclampsia y pacientes embarazadas politraumatizadas).***
6. ***Existe un procedimiento definido para estabilizar, referir y trasladar a las pacientes con emergencias obstétricas oportunamente a otro establecimiento, cuando no se cuenta con la infraestructura necesaria.***
7. ***Se educa a las pacientes embarazadas y puérperas; así como a sus familiares en la identificación de factores de riesgo y signos de alarma con el fin de solicitar atención en forma inmediata en el caso que se presente una urgencia obstétrica.***

MEDICINA COMPLEMENTARIA: ACUPUNTURA

COP.9 *Existen políticas y procedimientos que guían la práctica de acupuntura.*

Propósito de COP.9

En los establecimientos en donde se practique acupuntura, se deberá llevar a cabo de acuerdo a la NOM-172-SSA1-1998, "Prestación de servicios de salud. Actividades auxiliares. Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados".

Elementos Medibles de COP.9

1. ***Existen políticas y procedimientos que guían práctica de Acupuntura de acuerdo a las reglamentaciones y normatividad vigente.***
2. ***Las políticas y procedimientos incluyen las circunstancias y/o padecimientos en los que la acupuntura únicamente puede ser utilizada como paliativo del dolor en etapa terminal. (Ver COP.6, COP.7.2)***
3. ***El médico especialista en acupuntura cuenta con las competencias necesarias según la normatividad vigente.***
4. ***El equipo, instrumental, material y demás insumos para la atención de la salud que se utilicen en la práctica de la acupuntura están aprobados mediante protocolos, por la Secretaría de Salud.***

5. ***Las agujas de acupuntura, agujas de tres filos, tachuelas y cualquier medio que se introduzca en el cuerpo humano, deberán estar esterilizadas y cada paciente tendrá su propio juego, conservadas en tubo de ensayo o recipiente debidamente rotulado. (ver PCI.7.1)***
6. ***La aplicación de acupuntura se registra y documenta en el expediente clínico.***
7. ***Se obtiene el consentimiento informado en los pacientes de primera vez y se integra en el expediente clínico. (Ver PFR.6, PFR.6.1, PFR.6.2, PFR.6.4.1)***

PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Estándar COP.10

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Propósito de COP.10

La obesidad es un problema de salud pública nacional, México es el segundo lugar en obesidad en adultos a nivel mundial y el primer lugar en obesidad infantil.. Además cerca del 40% de muertes en nuestro país están relacionadas con la obesidad, diabetes, hipertensión arterial e infarto al miocardio, por lo que es necesario otorgar a los pacientes con sobrepeso y obesidad un tratamiento integral y multidisciplinario en establecimientos que cuenten con la infraestructura necesaria.

El establecimiento debe de contar con políticas y procedimientos que garanticen la atención a los pacientes con sobrepeso y obesidad y, en caso de que se realice cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad mórbida, se debe contar con médicos capacitados para su realización, así como con políticas y procedimientos que guíen la atención y seguimiento.

Es particularmente importante que las políticas y procedimientos identifiquen:

a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera; (Ver PFR.6.4.1)
d) los requisitos de monitorización del paciente;
e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

Las guías clínicas, rutas clínicas y protocolos de atención suelen ser útiles para elaborar políticas y procedimientos, y pueden incorporarse a ellas.

Elementos Medibles de COP.10

1. ***Existen políticas y procedimientos que guían el tratamiento integral y multidisciplinario del paciente con sobrepeso y obesidad.***
2. ***Las políticas incluyen el asesoramiento psicológico y nutricional.***
3. ***Las políticas y procedimientos incluyen la adopción y/o adaptación de guías y/o vías clínicas para el tratamiento del sobrepeso y obesidad.***
4. ***Cuando corresponde, se cuenta con políticas y procedimientos que guían la Cirugía Bariátrica.***
5. ***Los pacientes con sobrepeso y obesidad reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.***

ASC
ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA
Anesthesia and Surgical Care

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Anesthesia and Surgical Care

PERSPECTIVA GENERAL

El empleo de anestesia y sedación; así como, las intervenciones quirúrgicas son procesos comunes y complejos dentro de un hospital, por lo cual, requieren una evaluación completa, atención coordinada e integral, control constante del paciente y énfasis en la continuidad de la atención.

Este capítulo no trata sobre el uso de la sedación mínima (ansiolisis), por consiguiente, el empleo del término "anestesia" incluye la sedación moderada y la profunda.

Los estándares para anestesia y cirugía son aplicables en todos los entornos donde se utilicen anestesia y/o sedación moderada o profunda, al igual que donde se lleven a cabo procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos que requieran un consentimiento informado, por ejemplo en: quirófano, unidades de cirugía ambulatoria, clínicas dentales, servicios de urgencia y áreas de cuidados intensivos.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Estándar ASC.1

Los servicios de anestesiología están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen los estándares, leyes, reglamentos y normatividad correspondiente.

Propósito de ASC.1

El establecimiento cuenta con proceso sistemático para proporcionar los servicios de anestesia (incluidas la sedación moderada y profunda) requeridos por sus pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los prestadores de atención médica. Los servicios de anestesia, sean propios o subrogados, cumplen los estándares, leyes y reglamentos y normatividad correspondiente. Hay servicios de anestesia disponibles para casos de urgencia.

Toda subrogación de servicios de anestesia se basa en un sus antecedentes, capacidad técnica, un historial aceptable de calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de ASC.1

1. Los servicios de anestesia, propios o subrogados, cumplen los estándares, leyes reglamentos y normatividad correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de anestesia adecuados para atender las necesidades de los paciente.
3. Hay servicios de anestesia disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.
4. Los Servicios subrogados de Anestesiología se seleccionan basándose en un sus antecedentes, capacidad técnica y un historial aceptable de calidad y seguridad del paciente.

Estándar ASC.2

Un médico anestesiólogo es el responsable de gestionar los servicios de anestesia.

Propósito de ASC.2

Los servicios de anestesia se encuentran bajo la dirección de un médico anestesiólogo de conformidad con las leyes, reglamentos y normas correspondientes. Este profesional asume la responsabilidad de los servicios de anestesia proporcionados. Las responsabilidades incluyen:

- la elaboración, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- la implementación de un programa de control de calidad;
- la recomendación de subrogar servicios; y
- el control y la revisión de todos los servicios de anestesia.

Elementos Medibles de ASC.2

1. Los servicios de anestesia se encuentran bajo la dirección y responsabilidad de un médico anestesiólogo, de conformidad con las leyes, reglamentos y normatividad vigentes.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de subrogar servicios de anestesia.
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de todos los servicios de anestesia.
7. El médico anestesiólogo lleva a cabo las responsabilidades.

SEDACIÓN Y ANESTESIA

Estándar ASC.3
Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

Estándar ASC.3.1
El anestesiólogo lleva a cabo una evaluación presedación.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ASC.3.2
Durante la sedación y el periodo de recuperación se monitoriza al paciente.

Propósito de ASC.3, ASC.3.1 y ASC.3.2
La sedación, en particular la moderada y profunda, representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso administrarla empleando políticas y procedimientos. Entre los elementos importantes a tener en cuenta se incluyen la capacidad del paciente para mantener los reflejos de protección, una vía respiratoria independiente continua y la respuesta a los estímulos físicos o las órdenes verbales.

Las políticas y procedimientos de sedación identifican:
a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
c) el consentimiento informado;
d) las evaluaciones y monitorización del paciente;
e) las competencias del personal involucrado en el proceso de sedación;
f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado; y
g) los servicios y médicos no anestesiólogos que pueden aplicar sedación.

El anestesiólogo realiza una evaluación previa a la sedación para asegurarse de que el nivel de sedación planeado sea adecuado para el paciente. La política del establecimiento define el alcance y el contenido de esta evaluación.
El médico anestesiólogo es el responsable de llevar a cabo un control ininterrumpido de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o reanimación.
Los anestesiólogos son los responsables de realizar el control y proporcionar el equipo y suministros para sedación proporcionada en otras áreas dentro del establecimiento, por ejemplo en la sala de operaciones y en la clínica odontológica ambulatoria; por consiguiente, se mantiene un único nivel de atención. *(Véanse también COP.1, EM 3 y GLD.3.2.1, EM 3)*

ASC.3 Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.
Elementos Medibles de ASC.3
1. Hay políticas y procedimientos que se utilizan para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda; en donde se identifican al menos los siguientes elementos: *(Ver AOP.2, EM 2 y MMU.4, EM 1)*
   a) la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales
   b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
   c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera
   d) los requisitos de control del paciente
   e) las competencias del personal involucrado en el proceso de sedación
   f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado

2. ***Las políticas y procedimientos guían el proceso de aplicación de sedación por un médico no anestesiólogo. Se identifican los médicos y los servicios autorizados.***
3. El médico anestesiólogo participa en la elaboración de las políticas y procedimientos.
4. La sedación moderada y profunda se administran conforme a la política del hospital.

ASC.3.1 El anestesiólogo lleva a cabo una evaluación presedación.
Elementos Medibles de ASC.3.1

1. Se cuenta con una política que define el alcance y contenido de la evaluación presedación.
2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un médico anestesiólogo o autorizado, conforme a la política del establecimiento.
3. Se documenta en el expediente clínico los resultados de dicha evaluación.

ASC.3.2 Durante la sedación y el periodo de recuperación se monitoriza al paciente.
Elementos Medibles de ASC.3.2

1. Los pacientes son monitorizados durante la sedación.
2. Los pacientes son monitorizados durante el periodo de recuperación.
3. Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ASC.4
El anestesiólogo lleva a cabo una evaluación preanestésica y otra previa a la inducción.

Propósito de ASC.4
Como la anestesia conlleva un alto nivel de riesgo, su administración se planifica minuciosamente. Se cuenta con políticas y procedimientos que guíen la administración de anestesia.

La evaluación preanestésica proporciona información necesaria para:

- seleccionar la anestesia y su planificación;
- administrar el anestésico adecuado en forma segura; e
- interpretar los hallazgos del control del paciente.

En todo procedimiento programado o de urgencia que requiera anestesia, obligadamente el médico anestesiólogo realizará una valoración preanestésica en un marco corto de tiempo. Como la evaluación preanestésica puede llevarse a cabo previa a la admisión o previa al procedimiento quirúrgico, se vuelve a evaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.

Elementos Medibles de ASC.4

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente. Se vuelve a evaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
2. Las dos valoraciones las realizan médicos anestesiólogos.
3. Las dos valoraciones se documentan en el expediente clínico.

Estándar ASC.5
Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente.

Propósito de ASC.5
La atención anestésica se planifica y documenta en el expediente clínico. El plan tiene en cuenta la información de otras evaluaciones, identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y líquidos, los procedimientos de control durante la cirugía y la atención postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.5

1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.
2. Se documenta el plan.

Estándar ASC.5.1

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

Propósito de ASC.5.1

El proceso de planeación anestésica incluye la educación del paciente, de su familia o de las personas responsables de tomar decisiones, sobre los riesgos, beneficios y alternativas relacionadas con la anestesia planeada y la analgesia posoperatoria. Esta información se otorga como parte del proceso de obtención del consentimiento anestésico. Esta educación la imparte un anestesiólogo.

Elementos Medibles de ASC.5.1

1. Se educa al paciente, la familia y a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.
2. Esta educación la imparte un anestesiólogo.

Estándar ASC.5.2

Se anota en el expediente del paciente la anestesia y la técnica anestésica utilizada.

Propósito de ASC.5.2

Se anota en el expediente del paciente la anestesia y la técnica anestésica utilizada.

Elementos Medibles de ASC.5.2

1. Se anota en el expediente del paciente la anestesia utilizada.
2. Se anota en el expediente del paciente la técnica anestésica utilizada.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ASC.5.3

Durante la administración de anestesia, se controla permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente.

Propósito de ASC.5.3

El control fisiológico ofrece información confiable acerca del estado del paciente durante la administración de la anestesia y en el periodo de recuperación. Los métodos de control dependen del estado del paciente previo a la anestesia, la elección de anestesia y la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo durante la anestesia. No obstante, en todos los casos, el proceso de control es continuo, y los resultados se anotan en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de ASC.5.3

1. Se monitoriza permanentemente el estado fisiológico durante la administración de la anestesia. Los resultados del control se anotan en el expediente.
2. Políticas y procedimientos guían la monitorización del paciente durante la administración de anestesia.
3. ***El procedimiento de inicio y finalización de aplicación de anestesia se realiza en presencia de un médico anestesiólogo calificado o un médico residente de anestesiología supervisado (Ver SQE.8.3 y SQE.8.3.1)***

Estándar ASC.6

Se controla y documenta el estado postanestésico de cada paciente. Cada paciente es dado de alta del área de recuperación por un médico anestesiólogo calificado.

Propósito de ASC.6

El control durante la anestesia es la base del control durante el periodo de recuperación postanestésica. La recolección y el análisis de datos permanentes y sistemáticos, sobre el estado del paciente en recuperación, respaldan las decisiones sobre el traslado del paciente a otras áreas y a servicios menos intensivos. El registro de los datos de control proporciona la documentación para respaldar las decisiones del alta.

El alta del área de recuperación postanestésica se da a través de una de las siguientes vías:

a) Un médico anestesiólogo responsable de gestionar los servicios de anestesia, dará de alta al paciente.
b) Un médico anestesiólogo dará de alta al paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica, y el alta se documentará en el expediente clínico del paciente.
c) El paciente es dado de alta y trasladado a un área para la recuperación postanestésica, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras.

Se registran la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

Elementos Medibles de ASC.6

1. Durante el periodo postanestésico se controla a los pacientes de acuerdo a su estado. (Véase AOP.2, EM 3)
2. Los hallazgos del control se ingresan en el expediente clínico del paciente. (Ver MCI.19.1, EM 4)
3. Los pacientes son dados de alta de la unidad de recuperación postanestésica conforme a las alternativas siguientes:
    a. Un médico anestesiólogo responsable de gestionar los servicios de anestesia, dará de alta al paciente.
    b. Un médico anestesiólogo dará de alta al paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica, y el alta se documentará en el expediente clínico del paciente.
    c. El paciente es dado de alta y trasladado a un área para la recuperación postanestésica, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras.
4. La hora de inicio y terminación de la recuperación se registran en el expediente clínico.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Estándar ASC.7

Se planea y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.

Propósito de ASC.7

Debido a que la cirugía conlleva un alto riesgo, su planeación es una actividad crítica. La o las evaluaciones del paciente son la base para la selección del procedimiento quirúrgico adecuado y proporcionan la información necesaria para:

- seleccionar el procedimiento y momento adecuado;
- llevar a cabo los procedimientos en forma segura; e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La selección del procedimiento depende de los antecedentes, estado físico y diagnóstico del paciente, así como de los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento. La selección del procedimiento tiene en cuenta la información de la evaluación en la admisión, los análisis de diagnóstico y demás fuentes disponibles. El proceso de evaluación se lleva a cabo en un breve marco de tiempo en caso de que un paciente de urgencia necesite ser intervenido.
La atención quirúrgica planeada se documenta en el expediente clínico, incluido un diagnóstico preoperatorio. El nombre del procedimiento quirúrgico por sí solo no constituye un diagnóstico.

Elementos Medibles de ASC.7

1. Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.
2. El proceso de planeación tiene en cuenta toda la información de la evaluación. (Ver AOP.1.5.1, EM 1; SAD.1.3, EM 3 y SAD.2.4, EM 3)
3. Previo al procedimiento, se documenta un diagnóstico preoperatorio. (Ver MCI.19.1, EM 2)
4. Previo al procedimiento, se documenta la atención quirúrgica planeada.

Estándar ASC.7.1

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o con quienes toman decisiones en nombre del paciente.

Propósito de ASC.7.1

Los pacientes y sus familiares, o las personas responsables de la toma de decisiones, reciben la información adecuada para participar en las decisiones de atención y otorgar el consentimiento informado exigido en PFR.6.4. La información incluye:

- los riesgos del procedimiento planeado;
- los beneficios del procedimiento planeado;
- las posibles complicaciones; y
- las opciones (alternativas) quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para tratar al paciente.

Además, cuando pueda necesitarse sangre o hemoderivados, se comentará la información sobre los riesgos y las alternativas. El cirujano del paciente u otra persona calificada, proporcionará esta información.

Elementos Medibles de ASC.7.1

1. Se educa al paciente, a la familia y a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico planeado.
2. La educación incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas en lo que respecta al uso de sangre y hemoderivados.
3. El cirujano del paciente, u otro médico del equipo quirúrgico, imparte la educación.

Estándar ASC.7.2

Se integra al expediente clínico la nota postquirúrgica.

Propósito de ASC.7.2

La atención postquirúrgica depende de los eventos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. Por consiguiente, en el expediente clínico se incluye un diagnóstico postoperatorio, una descripción del procedimiento quirúrgico y de los hallazgos (incluidas muestras quirúrgicas enviadas a Patología), así como los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos. A fin de respaldar la continuación de la atención, las notas quirúrgicas estarán disponibles antes de que el paciente salga del área de recuperación postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.7.2

1. Se documenta un diagnóstico postoperatorio en el expediente clínico.
2. Se documenta la descripción del procedimiento quirúrgico y los hallazgos encontrados.
3. ***Se documentan en el expediente clínico los incidentes y accidentes quirúrgicos.***
4. ***Se documenta en el expediente clínico la cuantificación de sangrado y el reporte de gasas y compresas.***
5. Se documentan los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos.
6. La nota postquirúrgica está disponible antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésica.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ASC.7.3

Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se controla permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en el expediente clínico.

Propósito de ASC.7.3

El estado fisiológico del paciente se controla durante la cirugía e inmediatamente después de la misma. El control se adecua al estado del paciente y al procedimiento realizado.

Los resultados del control activan las decisiones transoperatorias, al igual que las decisiones postoperatorias tales como una reintervención, la transferencia a otro nivel de atención o el alta. El control de la información guía la atención médica y de enfermería e identifica la necesidad del diagnóstico. Los hallazgos de la monitorización se documentan en el expediente clínico. Este estándar está relacionado con el mismo requisito de control fisiológico durante la anestesia. *(Ver ASC.5.3)*

Elementos Medibles de ASC.7.3

1. El estado fisiológico del paciente se controla permanentemente durante la cirugía.
2. El estado fisiológico del paciente se controla durante el periodo inmediatamente posterior a la cirugía.
3. Los hallazgos se documentan en el expediente clínico del paciente.

Estándar ASC.7.4

Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía.

Propósito de ASC.7.4

Las necesidades de atención médica y de enfermería postquirúrgicas en cada paciente son diferentes, por lo tanto, es necesario planearlas, incluyendo el nivel y entorno de atención, el control o tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicamentos. La planeación de la atención postquirúrgica puede comenzar antes de la cirugía, basándose en las necesidades evaluadas y en el estado del paciente. La atención planeada se documenta en el expediente clínico del paciente a fin de asegurar la continuidad de los servicios durante el periodo de recuperación o rehabilitación.

Elementos Medibles de ASC.7.4

1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.
2. El o los planes se documentan en el expediente clínico del paciente

Estándar ASC.7.3

Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se controla permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en el expediente clínico.

Propósito de ASC.7.3

El estado fisiológico del paciente se controla durante la cirugía e inmediatamente después de la misma. El control se adecua al estado del paciente y al procedimiento realizado.

Los resultados del control activan las decisiones transoperatorias, al igual que las decisiones postoperatorias tales como una reintervención, la transferencia a otro nivel de atención o el alta. El control de la información guía la atención médica y de enfermería e identifica la necesidad del diagnóstico. Los hallazgos de la monitorización se documentan en el expediente clínico. Este estándar está relacionado con el mismo requisito de control fisiológico durante la anestesia. *(Ver ASC.5.3)*

Elementos Medibles de ASC.7.3

1. El estado fisiológico del paciente se controla permanentemente durante la cirugía.
2. El estado fisiológico del paciente se controla durante el periodo inmediatamente posterior a la cirugía.
3. Los hallazgos se documentan en el expediente clínico del paciente.

Estándar ASC.7.4

Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía.

Propósito de ASC.7.4

Las necesidades de atención médica y de enfermería postquirúrgicas en cada paciente son diferentes, por lo tanto, es necesario planearlas, incluyendo el nivel y entorno de atención, el control o tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicamentos. La planeación de la atención postquirúrgica puede comenzar antes de la cirugía, basándose en las necesidades evaluadas y en el estado del paciente. La atención planeada se documenta en el expediente clínico del paciente a fin de asegurar la continuidad de los servicios durante el periodo de recuperación o rehabilitación.

Elementos Medibles de ASC.7.4

1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.
2. El o los planes se documentan en el expediente clínico del paciente

MMU

MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS

Medication Management and Use

MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS

Medication Management and Use

PERSPECTIVA GENERAL

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 los procesos que emplea el establecimiento para administrar farmacoterapia a sus pacientes, así como los principios de diseño, implementación y mejora efectivos del proceso para seleccionar, adquirir, almacenar, prescribir, transcribir, distribuir, dispensar, preparar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos. Los procesos de manejo de medicamentos para la seguridad del paciente son universales.

Una guía para implementar un sistema de manejo y uso de medicamentos de manera multidisciplinaria, integral y sistemática donde todos los procesos se correlacionen entre sí, es el Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria.

ORGANIZACIÓN Y MANEJO

Estándar MMU.1

El manejo y uso de medicamentos en el establecimiento cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes, y está organizado de manera eficiente a fin de cubrir las necesidades del paciente.

Propósito de MMU.1

Los medicamentos, como un importante recurso en la atención médica, deben organizarse de manera efectiva y eficiente. El manejo y el uso de los medicamentos no sólo es responsabilidad del servicio farmacéutico, sino también de los directores y prestadores de atención médica. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos del establecimiento. En los casos en los que no existe una farmacia, los medicamentos deben manejarse en cada unidad clínica, según la política del establecimiento. Cuando existe una farmacia central, ésta podrá organizar y controlar los medicamentos de todo el establecimiento. El manejo efectivo de los medicamentos involucra a todo el establecimiento, los servicios de hospitalización, ambulatorios y de especialidades.

Elementos Medibles de MMU.1

1. Existe un plan o programa que identifica y describe el modo en que los medicamentos se organizan, manejan y se utilizan (Sistema de Medicación) en todo el establecimiento.
2. Se incluyen en la estructura organizacional todos los servicios y personal que maneja procesos de medicación.
3. El plan o programa cuenta con políticas que guían todas las fases del manejo y uso de medicamentos dentro del establecimiento.
4. La farmacia o el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar MMU.1.1

El Sistema de manejo y uso de medicamentos se supervisa por personal calificado.

Propósito de MMU.1.1

Todo el sistema de medicación es supervisado por una persona, un departamento o un comité con un enfoque multidisciplinario abarcando los procesos clínicos y de gestión. Quien o quienes realizan esta supervisión cuentan con las habilitaciones, certificaciones y capacitación necesarias. La supervisión incluye todos los procesos descritos en el apartado de Manejo y Uso de Medicamentos (MMU)

Elementos Medibles de MMU.1.1

1. Una persona, departamento o comité supervisa el sistema de medicación. *(Ver GLD.5, EM 1)*
2. Quien o quienes realizan la supervisión cuentan con las habilitaciones, certificaciones y capacitación necesarias.
3. La supervisión incluye a todo el sistema de medicación.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.1.1.1
El establecimiento evalúa los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación.

Propósito de MMU.1.1.1
El establecimiento identifica y prioriza los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación desde la selección y adquisición de los medicamentos hasta el control de los mismos incluyendo la farmacovigilancia y el reporte y análisis de los errores de medicación.

Esta revisión del sistema se lleva a cabo de manera multidisciplinaria, al menos una vez al año y se documenta.
La evaluación tiene como propósito identificar riesgos y áreas de oportunidad para calidad y la seguridad del paciente dentro de los procesos que conforman el sistema, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.

La organización selecciona al menos uno de los riesgos prioritarios y adopta e implementa una buena práctica basada en la evidencia para mejorar la seguridad del paciente.

Elementos Medibles de MMU.1.1.1

1. El establecimiento identifica los riesgos asociados cada una de las fases del sistema de medicación.
2. El establecimiento prioriza los riesgos identificados.
3. Los riesgos identificados se utilizan para rediseñar los procesos del sistema de medicación.
4. Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica.

SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN

Estándar MMU.2

Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para su prescripción.

Propósito de MMU.2

Cada hospital debe establecer y mantener su inventario mínimo de medicamentos para surtir las prescripciones médicas *(Ver estándares 4.2.1, 4.2.2 y 4.2.3 de la Autoevaluación).* Esta decisión estará basada en la misión del establecimiento, las necesidades del paciente y los tipos de servicios prestados. El establecimiento elabora una lista de todos los medicamentos que tiene en existencias o que pueden obtener de forma inmediata. En algunos casos, los establecimientos se rigen por reglamentaciones que determinan el inventario de medicamentos (Cuadro Básico). La selección de medicamentos es un proceso de colaboración que tiene en cuenta las necesidades del paciente, su seguridad y el aspecto económico.

Cuando no se cuente con algún medicamento debido a retrasos en la entrega, escasez a nivel nacional o por otros motivos, el establecimiento tiene sistematizada su respuesta para notificar la escasez a quienes prescriben y sugieren medicamentos alternativos.

Elementos Medibles de MMU.2

1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión del establecimiento, las necesidades del paciente y los servicios prestados.
2. Existe una lista de medicamentos existentes dentro del establecimiento o que se pueden obtener de manera inmediata.
3. *Se utilizó un proceso de colaboración para elaborar la lista.*
4. Existe un proceso establecido saber cómo actuar en aquellos casos en los que no esté disponible algún medicamento, que incluye una notificación a quienes prescriben, y sugerencia de alternativas.

Estándar MMU.2.1

Existe un método de supervisión de la lista de medicamentos y del uso de los medicamentos en el establecimiento.

Propósito de MMU.2.1

El establecimiento cuenta con un mecanismo de supervisión; por ejemplo un **Comité de Farmacia y Terapéutica** *(COFAT, Ver Glosario)* para mantener y controlar la lista de medicamentos, así como controlar su uso. Los involucrados en la supervisión de la lista son el personal que participa en el proceso de ordenar, dispensar, administrar y controlar los medicamentos.

Existen criterios que guían las decisiones respecto a agregar o eliminar medicamentos de la lista, que incluyen las indicaciones de uso, efectividad, riesgos y costos. Existe un proceso para controlar la respuesta del paciente a los medicamentos recién añadidos. Por ejemplo, cuando se toma la decisión de agregar una nueva clase de fármacos a la *lista, existe un proceso para controlar la idoneidad de la indicación, la forma en que se prescribe el fármaco (dosis o vía)* y cualquier evento adverso asociado con él. La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información actualizada sobre seguridad, eficacia, uso y efectos secundarios y reacciones adversas.

El establecimiento asegura que los medicamentos estén protegidos contra robo o extravíos, tanto en la farmacia como en cualquier otro sitio donde se almacenen o dispensen medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.2.1

1. Existe un método de supervisión del uso de medicamentos en el establecimiento.
2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en todo el establecimiento.
3. Los profesionales de la salud involucrados en prescribir, dispensar, administrar y controlar los medicamentos colaboran en el control y actualización de la lista.
4. Hay criterios que guían las decisiones de agregar o eliminar medicamentos de la lista.
5. Existe un proceso o mecanismo para controlar la respuesta del paciente a los medicamentos recién añadidos a la lista.
6. La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información sobre seguridad y eficacia.

Estándar MMU.2.2

El establecimiento puede obtener de inmediato los medicamentos que no tiene en existencia, que no están normalmente disponibles para la organización o en las ocasiones en las que la farmacia está cerrada.

Propósito de MMU.2.2

Eventualmente, son necesarios medicamentos de los que no hay existencias o que no están a inmediata disposición del establecimiento. Existe un proceso para aprobar y obtener tales medicamentos. Además, en algunas ocasiones se necesitan medicamentos durante la noche, cuando la farmacia está cerrada o cuando los medicamentos están bajo llave. Cada organización necesita establecer la forma de actuar en estos casos y educa al personal sobre los procedimientos a seguir. *(Ver GLD.3.2.1)*

Elementos Medibles

1. Existe un proceso para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento.
2. Existe un proceso para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o el suministro de medicamentos está bajo llave.
3. El personal implementa estos procesos cuando son necesarios.

ALMACENAMIENTO

Estándar MMU.3

Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.

Propósito de MMU.3

Los medicamentos se pueden resguardar en un área de almacenamiento, en una farmacia, servicio farmacéutico o en la central de enfermería. El estándar MMU.1 exige un mecanismo de supervisión para todos los lugares donde se almacenan medicamentos. En todos los lugares donde se almacenan medicamentos, se hace evidente lo siguiente:

a) los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto;
b) se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes;
c) los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias;
d) los electrólitos concentrados no se almacenan en las unidades de atención; cuando esto necesario desde el punto de vista clínico, hay estrategias o acciones para evitar errores en su preparación y administración *(Ver MISP.3);*

e) todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los se encuentren debidamente resguardados y almacenados;
f) la política del establecimiento define cómo se identifican, resguardan y almacenan los medicamentos que el paciente trae consigo.

Elementos Medibles de MMU.3

1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.
2. Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.
3. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.
4. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los se encuentran debidamente resguardados y almacenados.
5. Una política define cómo identificar, resguardar y almacenar los medicamentos que el paciente trae consigo al establecimiento.

Estándar MMU.3.1

La política del establecimiento asegura el almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos de nutrición correspondientes.

Propósito de MMU.3.1

Existen algunos tipos de medicamentos que debido a su alto riesgo (medicamentos radiactivos), circunstancias inusuales (traídos por el paciente), la oportunidad para abusar de ellos o hacer mal uso (medicamentos de muestra y medicamentos de urgencia) o su naturaleza especial (productos nutricionales) están mejor respaldados por políticas que guían el almacenamiento y el control de su uso. Las políticas se ocupan del proceso de recepción, identificación de medicamentos, almacenamiento y de todo tipo de distribución.

Elementos Medibles de MMU.3.1

1. La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los productos nutricionales.
2. La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.
3. La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra.
4. La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia.
5. Todo almacenamiento se realiza en conformidad con la política del establecimiento.

Estándar MMU.3.2

Los medicamentos de urgencia que se guardan fuera de la farmacia están disponibles, controlados y reguardados en forma segura.

Propósito de MMU.3.2

Cuando ocurre una urgencia con un paciente, es fundamental el rápido acceso a dichos medicamentos.
Cada establecimiento identifica los medicamentos de urgencia y los sitios donde serán almacenados, por ejemplo: en quirófano se encuentran agentes para revertir la anestesia, en los servicios de urgencias obstétricas se cuenta con los medicamentos necesarios para dar atención a la mujer embarazada con toxemia y hemorragia obstétrica *(Ver COP.8.4)*.

A fin de garantizar el acceso y resguardo de dichos medicamentos, el establecimiento implementa un proceso para:

- Evitar el abuso, robo o extravío de dichos medicamentos.
- Asegurar que los medicamentos sean reemplazados cuando se usan, dañan o vencen.

Por consiguiente, el establecimiento entiende el equilibrio entre el rápido acceso y el resguardo en los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia.

Elementos Medibles de MMU.3.2

1. Los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, y están fácilmente accesibles dentro del establecimiento, para cumplir con las necesidades de urgencia.
2. Los medicamentos de urgencia están protegidos contra extravíos o robos.
3. Los medicamentos de urgencia se controlan y reemplazan oportunamente luego de usarse, cuando se vencen o dañan.

Estándar MMU.3.3

El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de medicamentos.

Propósito de MMU.3.3

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir medicamentos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa del adecuado desecho de medicamentos vencidos o caducados, conforme a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de MMU.3.3

1. Hay un sistema implementado de retiro de medicamentos caducos o fuera de uso.
2. Las políticas y procedimientos impiden el uso de los medicamentos caducos o fuera de uso.
3. Las políticas y procedimientos se ocupan del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo a la normatividad vigente.
4. Las políticas y procedimientos están implementados.

PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN

Estándar MMU.4

Hay políticas y procedimientos, basadas buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción de medicamentos.

Propósito de MMU.4

Existen políticas y procedimientos que guían la prescripción segura de medicamentos. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar las políticas y procedimientos. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. Como las prescripciones de medicamentos ilegibles ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, la política del establecimiento prevé acciones para disminuir la ilegibilidad.

Elementos Medibles de MMU.4

1. Las políticas y procedimientos guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento.
2. Existe un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos aplicables.
3. Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.
4. El personal relevante está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.4.1

El establecimiento define los elementos de una prescripción completa, y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable.

Propósito de MMU.4.1

A fin de reducir la variación y mejorar la seguridad del paciente, el establecimiento define en su política los elementos aceptables de una prescripción de medicamentos completa.

Los elementos incluidos en las políticas incluyen al menos lo siguiente:

a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. (Ver MISP.1)
b) Los elementos de la prescripción de medicamentos.
c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca.
d) Si se necesitan indicaciones (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento y cuándo.
e) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo escribir en mayúsculas o con diferente color estos fármacos).
f) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir medicamentos de alto riesgo.
g) Los tipos de órdenes/indicaciones adicionales permitidas, tales como órdenes de urgencia, permanentes o de suspender la administración de un medicamento sin valoración médica (detención automática), por ejemplo, terminar un esquema de antibióticos a los 5 días, un plan de soluciones parenterales que se suspende a las 12 horas o un anticoagulante que se suspende 4 horas antes de la intervención quirúrgica; así como, todo elemento requerido en tales órdenes/indicaciones.
h) Los tipos de órdenes basadas en el peso, por ejemplo, en pacientes pediátricos.

Por consiguiente, este estándar define los requerimientos para las órdenes/indicaciones de medicamentos en todo el establecimiento. La política implementada se verá reflejada en que se ingresen órdenes/indicaciones completas en el expediente clínico, en que la farmacia o la unidad dispensadora reciban la información necesaria para dispensar, y en que la administración de los medicamentos se base en una prescripción completa.

Elementos Medibles de MMU.4.1

1. Las prescripciones de medicamentos aceptables están definidas en la(s) política(s), y al menos abarcan los siguientes elementos:
    a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud.
    b) Los elementos de la prescripción o la solicitud de medicamentos.
    c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca.
    d) Si se necesitan indicaciones PRN (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento y cuándo.
    e) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecidos.
    f) Las medidas a tomar ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.
    g) Los tipos de órdenes adicionales permitidas tales como órdenes de urgencia, permanentes, de detención automática y todo elemento requerido en tales órdenes.
    h) La aceptación de órdenes verbales y/o telefónicas, y el proceso para verificar dichas órdenes.
    i) Los tipos de órdenes basadas en el peso, por ejemplo en pacientes pediátricos.
2. Las prescripciones de medicamentos se completan según la política del establecimiento.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.4.2

El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para prescribir medicamentos.

Propósito de MMU.4.2

La selección de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento específico y experiencia. Cada establecimiento es responsable de identificar al personal con las competencias necesarias para prescribir medicamentos. El establecimiento puede fijar límites al personal en cuanto prescribir medicamentos controlados, agentes de quimioterapia o radiactivos y medicamentos experimentales. El servicio farmacéutico u otros que dispensen medicamentos, así como, quienes los preparan y administran, identifican a las personas autorizadas para prescribir medicamentos. En situaciones de urgencia, el establecimiento identifica al personal que cuenta con autorización para prescribir medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.4.2

1. Sólo el personal autorizado por el establecimiento, las habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, prescribe medicamentos.
2. Existe un proceso para poner límites, cuando corresponda, a las prácticas del personal para prescribir medicamentos.
3. El servicio farmacéutico u otros que dispensen medicamento, así como quienes los preparan y administran, identifican al personal autorizado para prescribir medicamentos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.4.3

Se cuenta con un proceso que garantice que las transcripciones de medicamentos se realizan de manera segura.

Propósito de MMU.4.3

Existen políticas y procedimientos que guían las transcripciones seguras de medicamentos. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar las políticas y procedimientos. El personal está capacitado en las prácticas correctas para transcribir las indicaciones de medicamentos, ya sea por personal de enfermería, por médicos en formación o por personal médico autorizado para realizarlo, por ejemplo para actualización de indicaciones. Como las transcripciones de medicamentos ilegibles ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, la política del hospital establece acciones para disminuir la ilegibilidad y otros riesgos identificados.

Elementos Medibles de MMU.4

1. ***Las políticas y procedimientos establecen las acciones para garantizar la correcta transcripción de las indicaciones médicas y las acciones a seguir cuando las transcripciones son ilegibles.***
2. ***Las transcripciones de medicamentos se realizan de manera correcta para garantizar la seguridad del paciente.***

Estándar MMU.4.4

Los medicamentos prescritos y administrados se documentan en el expediente clínico del paciente.

Propósito de MMU.4.4

El expediente clínico contiene una lista de los medicamentos prescritos para el paciente, las dosis y horas en que deben administrarse. Se incluyen los medicamentos administrados "por razón necesaria" autorizados por el médico tratante. Si esta información se registra en un formulario de medicamentos aparte, el mismo se introduce en el expediente clínico del paciente en el momento del alta o de la transferencia.

Elementos Medibles de MMU.4.4

1. Se registran los medicamentos prescritos a cada paciente.
2. Se registra cada dosis de medicamento administrada.
3. La información sobre los medicamentos se encuentra disponible durante el proceso de atención y se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.4.5

Se realiza a todos los pacientes un proceso de conciliación de medicamentos a su ingreso, cuando hay cambio de médico responsable o de área en el hospital y a su egreso.

Propósito de MMU.4.5

Una de las causas más importantes de los errores de medicación es la falta de comunicación sobre la medicación entre el personal de salud y los pacientes y sus familiares.

El riesgo de errores de medicación se incrementa durante las transiciones en la atención del paciente, por ejemplo, a su ingreso, en el traslado de terapia intensiva a hospitalización, cuando hay cambio de responsable de la atención y en el alta hospitalaria.

El hospital asegura la adecuada medicación al realizar el proceso de conciliación de medicamentos durante estas transiciones, este proceso consta de tres fases:

a) Obtención de la historia farmacológica del paciente
b) Verificación de la medicación actual con la previa
c) Comunicación de los cambios o riesgos en la prescripción

La organización realiza la conciliación al comparar la lista de los medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión con los prescritos en las indicaciones médicas a su ingreso, al alta y en todo traslado, transición o cuando hay cambio de responsable de la atención; con el propósito de dar continuidad a la atención e identificar y resolver discrepancias, las cuales incluyen omisiones, duplicaciones, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación.

Se incluye, en el expediente clínico, una lista de todos los medicamentos que el paciente toma en el momento de la atención, la cual estará a disposición del personal calificado que realice la conciliación de los medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.4.5

1. ***Existen políticas guían el proceso de conciliación de medicamentos.***
2. Los expedientes clínicos contienen una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión; esta información se pone a disposición del personal calificado que realice la conciliación de los medicamentos.
3. ***Las indicaciones médicas al ingreso del paciente se comparan con la lista de medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión, de acuerdo al proceso establecido por el establecimiento.***
4. ***A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o cambio de responsable.***
5. ***A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso.***

PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.5
Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.

Propósito de MMU.5
La farmacia, el servicio farmacéutico, las enfermeras o el personal calificado que prepara y dispensa los medicamentos lo lleva a cabo en un entorno higiénico y seguro que cumple con las leyes y normatividad correspondiente. El establecimiento identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. Los medicamentos almacenados y dispensados fuera de la farmacia, por ejemplo en unidades de atención al paciente, cumplen con las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara los productos estériles compuestos (como vías IV y epidurales) está capacitado en técnicas asépticas. De manera similar, hay materiales de protección disponibles y se utilizan cuando las prácticas profesionales lo indican, por ejemplo, en el caso de medicamentos citotóxicos.

Elementos Medibles de MMU.5
1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados. (Ver PCI.7, EM 1 y 2)
2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.
3. El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.5.1
Se revisa de la idoneidad de la prescripción de medicamentos.

Propósito de MMU.5.1
El farmacéutico, técnico o profesional capacitados y habilitados revisan la idoneidad de cada prescripción (recién ordenada o cuando cambia la dosis). El establecimiento define qué información del paciente se necesita para una revisión efectiva de la prescripción. Esto sucede antes de la administración cuando los medicamentos. Cuando surgen dudas, se contacta a la persona que prescribió el medicamento.

El proceso para revisar una prescripción incluye la evaluación de:
a) la idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración;
b) la duplicación terapéutica;
c) las alergias o sensibilidades;
d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;
e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento;
f) el peso del paciente y demás información fisiológica; y
g) otras contraindicaciones.

Quienes revisan las prescripciones de medicamentos cuentan con la competencia para hacerlo debido a su educación y capacitación. La revisión de la idoneidad puede no ser necesaria o apropiada en una emergencia o cuando el médico que prescribe está presente a la hora de la preparación, administración y la monitorización del paciente (por ejemplo en el quirófano y en el servicio de urgencias); o en un estudio de radiología intervencionista o de diagnóstico por imagen donde el medicamento forma parte del procedimiento. *(Ver MMU.4.5)*

A fin de facilitar la revisión, existe un expediente (perfil farmacoterapéutico) para todos los medicamentos administrados a un paciente, salvo los de urgencia y los administrados como parte de un procedimiento.

Cuando se usan programas de software informático para verificar las interacciones entre fármacos y las alergias a fármacos, se actualiza dicho software según un cronograma adecuado.

Elementos Medibles de MMU.5.1

1. ***Se cuenta con un proceso efectivo para revisar la idoneidad de la prescripción.***
2. El establecimiento define qué información específica del paciente necesita para llevar a cabo un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción.
3. Se revisa la idoneidad de cada prescripción, incluye los siguientes elementos;
   a) la idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración;
   b) la duplicación terapéutica;
   c) *las alergias o sensibilidades;*
   d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;
   e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento
   f) el peso del paciente y demás información fisiológica;
   g) otras contraindicaciones.
4. Se revisa la idoneidad de cada prescripción antes de la dispensación o administración.
5. Cuando surgen dudas, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que prescribió el medicamento.
6. El personal autorizado para revisar las prescripciones es competentes para dicha tarea.
7. La revisión se facilita mediante un expediente (perfil farmacoterapéutico) para todos los pacientes que reciben medicamentos.
8. Se actualiza periódicamente el software, cuando éste se utiliza, para verificar las interacciones entre fármacos y alergias a fármacos.

Estándar MMU.5.2

Se emplea un sistema para dispensar los medicamentos en la dosis correcta, al paciente correcto y a la hora correcta.

Propósito de MMU.5.2

El establecimiento dispensa medicamentos en la forma más adecuada, a fin de minimizar las posibilidades de error durante la distribución y la administración. La farmacia central y otros puntos de distribución de medicamentos en toda la organización emplean el mismo sistema, el cual respalda la dispensación precisa. El sistema respalda la dispensación precisa de los medicamentos de manera puntual.

Elementos Medibles de MMU.5.2

1. Existe en el establecimiento un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.
2. Los medicamentos se etiquetan debidamente luego de su preparación.
3. Los medicamentos se dispensan de la manera más adecuada.
4. El sistema respalda la dispensación precisa.
5. El sistema respalda la dispensación puntual.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.5.3
La alimentación parenteral se prepara y se dosifica en un entorno seguro e higiénico.

Propósito de MMU.5.3
La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en un entorno higiénico y seguro que cumple con las leyes y normatividad correspondiente. El establecimiento identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. El personal que prepara la alimentación parenteral está capacitado en técnicas asépticas. De manera similar, hay materiales de protección disponibles y se utilizan cuando las prácticas profesionales lo indican.

Cuando el establecimiento cuenta con servicios subrogados para la preparación de alimentación parenteral, se revisan periódicamente los resultados de control de calidad de dicha fuente.

Elementos Medibles de MMU.5.3

1. ***La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados. (Ver PCI.7, EM 1 y 2)***
2. ***La preparación y dispensación de la alimentación parenteral cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.***
3. ***El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas***
4. ***Los resultados de control de calidad de los servicios subrogados de alimentación parenteral se revisan periódicamente.(Ver GLD.3.3)***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.5.4
Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.5.4.1
El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.

Propósito de MMU.5.4 y MMU.5.4.1
Un riesgo para la seguridad del paciente se presenta cuando no se identifican los medicamentos o las soluciones inmediatamente después de ser preparadas durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo, inclusive cuando se utiliza un solo medicamento.

El etiquetado de los medicamentos es una práctica que reduce el riesgo de errores de medicación; por lo cual la organización reduce el riesgo al etiquetar los medicamentos inmediatamente después de prepararse o verterse en diferentes contenedores, en el etiquetado se identifican, al menos, los siguientes datos:

a) Nombre del medicamento
b) Dosis
c) Concentración
d) Vía
e) Dilución
f) Fecha de preparación y de caducidad en el caso de medicamentos multidosis o medicamentos que serán utilizados en procedimientos de larga duración.

Únicamente se puede omitir el etiquetado si el medicamento se administra inmediatamente después de prepararlo.

Los medicamentos ya preparados se verifican de manera verbal y visual utilizando el etiquetado antes de ser administrados, además, se utiliza una doble verificación cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará.

Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis basado en las buenas prácticas de medicación y acorde a las prácticas de control de infecciones.

MMU.5.4 Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.

Elementos Medibles de MMU.5.4

1. ***Los medicamentos utilizados durante procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo son etiquetados inmediatamente después de su preparación.***
2. ***El etiquetado incluye al menos los siguientes datos:***
   - ***a) Nombre del medicamento***
   - ***b) Dosis***
   - ***c) Concentración, si corresponde***
   - ***d) Vía***
   - ***e) Dilución***
   - ***f) Fecha/hora de preparación y de caducidad en el caso de medicamentos multidosis o medicamentos que serán utilizados en procedimientos de larga duración.***
3. ***Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser administrados***
4. ***Se utiliza doble verificación cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará.***

MMU.5.4.1 El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.

Elementos Medibles de MMU.5.4

1. ***Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis acorde a las prácticas de control de infecciones.***
2. ***Los medicamentos multidosis son etiquetados inmediatamente después de su preparación.***
3. ***El etiquetado incluye al menos los siguientes datos:***
   - ***a) Nombre del medicamento***
   - ***b) Dosis***
   - ***c) Concentración, si corresponde***
   - ***d) Vía***
   - ***e) Dilución***
   - ***f) Fecha/hora de preparación y de caducidad***

ADMINISTRACIÓN

Estándar MMU.6

El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para administrar medicamentos.

Propósito de MMU.6

La administración de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento y experiencia. Cada establecimiento es responsable de identificar al personal con el conocimiento y la experiencia requeridos y que además esté autorizado por habilitación, certificación, las leyes o reglamentaciones para administrar medicamentos. Un establecimiento puede fijar límites a una persona en cuanto a la administración de medicamentos, como por ejemplo en

el caso de sustancias controladas o medicamentos radiactivos y experimentales. En situaciones de urgencia, el establecimiento identifica a todo personal adicional que cuente con un permiso para administrar medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.6

1. El establecimiento identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto, el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos o de asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
2. Sólo el personal autorizado por el establecimiento, habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, administra medicamentos.
3. Existe un proceso para poner límites a los profesionales, cuando corresponda, a las prácticas de administración de medicamentos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.6.1

La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.

Propósito de MMU.6.1

La administración segura de medicamentos incluye la verificación de **SIETE CORRECTOS** de la administración de medicamentos:

a) la identidad del paciente. *(Ver MISP.1)*
b) el medicamento prescrito;
c) la caducidad,
d) la hora y la frecuencia de administración prescrita;
e) la dosis prescrita;
f) la vía de administración prescrita; y
g) la velocidad de infusión

El establecimiento define el proceso de verificación a utilizar en la administración de medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.6.1

1. ***Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización***
2. Se verifican los medicamentos con la prescripción.
3. ***Se verifica la caducidad del medicamento a administrar***
4. Se verifica la dosis del medicamento con la prescripción.
5. Se verifica la vía de administración con la prescripción.
6. ***Se verifica la velocidad de infusión correcta.***
7. Los medicamentos se administran puntualmente.
8. Los medicamentos se administran tal como se prescriben, y se anotan en el expediente clínico.

Estándar MMU.6.2

Hay políticas y procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos al establecimiento para que el paciente se autoadministre o a modo de muestras.

Propósito de MMU.6.2

La supervisión del uso de medicamentos requiere de la identificación de todos los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso en el hospital. El médico del paciente conoce los medicamentos que el paciente o su familia traen al establecimiento, y los anota en el expediente clínico. Cuando las políticas de la organización autorizan la auto administración de medicamentos, el médico del paciente está al tanto de este proceso (ya sean los que el paciente trajo a la organización o los que se prescribieron dentro de la misma), y lo anota en el expediente clínico del paciente.
El establecimiento controla la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.6.2

1. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la auto administración de medicamentos por parte del paciente.
2. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la documentación y el manejo de todo medicamento que el paciente ingrese al establecimiento.
3. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.
4. ***Hay políticas y procedimientos que guían las acciones de promoción de los visitadores médicos en sus instalaciones.***

CONTROL

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.7

Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.

Propósito de MMU.7

El médico, el personal de enfermería y demás profesionales de la salud, trabajan juntos para controlar la respuesta de los pacientes a la farmacoterapia con el propósito de monitorizar el efecto del medicamento sobre los síntomas, biometría hemática, función renal, función hepática y detectar **Acontecimientos Adversos por Medicamentos** (AAM); ya sean errores de medicación, reacciones adversas a medicamentos (RAM) o efectos secundarios. Basándose en el control, la dosis o el tipo de medicamento se puede ajustar cuando sea necesario. Es adecuado controlar la respuesta del paciente ante la(s) primera(s) dosis de un medicamento nuevo, dicho control pretende identificar la respuesta terapéutica de manera anticipada, por ejemplo, reacciones alérgicas, interacciones medicamentosas y cambios en el paciente que en aumentan el riesgo de caídas, etc.

El control de los efectos de los medicamentos incluye la observación y documentación de todo Acontecimiento Adverso por Medicamentos:

- El establecimiento cuenta con una política que identifica todas las reacciones adversas que deben registrarse en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia y aquellos que deben informarse en el marco de la normatividad vigente. La sospecha de reacción adversa grave o letal deberá ser reportada hasta 7 días naturales después de su identificación y no más de 15 días si se trata de 1 solo caso, cuando se trate de 3 o más casos iguales con el mismo medicamento o se presente en el mismo lugar, deberán ser reportados inmediatamente.
- El establecimiento cuenta con un proceso de reporte y análisis de errores de medicación (Ver MMU.7.1)

Elementos Medibles de MMU.7

1. Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.
2. Se cuenta con un proceso para la detección de Acontecimientos Adversos por Medicamentos.
3. En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.
4. ***Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.***
5. ***Las reacciones adversas a medicamentos y las sospechas de reacción adversa, se notifican dentro del marco de tiempo exigido por la normatividad vigente, en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia.***

Estándar MMU.7.1

Los errores y cuasifallas de medicación se reportan mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento.

Propósito de MMU.7.1

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, reportar y analizar los errores y las cuasifallas de medicación. El proceso incluye la definición de un error de medicación y cuasifalla, empleando un formato estandarizado para el reporte, y la educación del personal en cuanto al proceso y sensibilización acerca de la importancia de reportar dichos eventos. El proceso de reporte y análisis forma parte del programa de calidad y seguridad del paciente. El programa se centra en la prevención de errores de medicación mediante la comprensión de los tipos de errores que ocurren en el establecimiento y en otras organizaciones, y por qué tienen lugar las cuasifallas. Las mejoras de los procesos de medicación y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro. El responsable de supervisar el sistema de manejo y uso de medicamentos así como el responsable de calidad participan en la capacitación del personal.

Elementos Medibles de MMU.7.1

1. Se cuenta con una definición operativa de los errores de medicación y las cuasifallas en medicación.
2. Los errores de medicación y las cuasifallas se reportan y analizan en forma oportuna, utilizando un proceso establecido.
3. El establecimiento emplea la información sobre errores de medicación y las cuasifallas para mejorar los procesos de de manejo y uso de medicamentos.
4. ***El personal está capacitado para identificar y reportar errores y cuasifallas de medicación.***

VACUNACIÓN

Estándar MMU.8

Garantizar el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas según las leyes, lineamientos y normas vigentes.

Propósito de MMU.8

De acuerdo al contexto, recursos y tipo de población o pacientes que atiende un establecimiento, es importante que realice actividades de prevención, como la vacunación; en este contexto, cuenta con políticas y procedimientos que guían la conservación, almacenamiento y administración de vacunas.

De acuerdo con el tipo de población que atiende el hospital, se deberá contar con políticas y procedimientos específicos para este tipo de pacientes, por ejemplo, recién nacidos, mujeres embarazadas, adultos mayores e inclusive el personal del hospital, como parte del Programa de Salud para el Personal. *(Ver SQE 8.4.EM 5).*

Elementos Medibles de MMU.8

1. ***Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos que guían conservación y almacenamiento adecuados, así como, la administración oportuna de vacunas.***
2. ***El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para la vacunación en grupos específicos de la población (por ejemplo mujeres embarazadas, personal del establecimiento, menores de 5 años, adultos mayores; según corresponda)***
3. ***Si corresponde, el establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para garantizar una cobertura de BCG.***
4. ***La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.***

PFE

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Patient and family education

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Patient and Family Education

PERSPECTIVA GENERAL

La educación al paciente y a su familia ayuda mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con su o sus médicos, con el personal de enfermería, y con otros profesionales de la salud como rehabilitadores, psicólogos y nutriólogos. Como gran parte del personal educa a los pacientes y familiares, es importante que coordinen sus actividades y se centren en lo que el paciente necesita aprender.

La educación efectiva comienza con una evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia. Esta evaluación determina lo que el paciente y su familia necesitan aprender, así como la mejor manera en que debe darse el aprendizaje. El aprendizaje es más efectivo cuando se adapta a los valores culturales, religiosos y destrezas, así también cuando tiene lugar en los puntos adecuados del proceso de atención.

La educación incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención, como el necesario una vez que el paciente es dado de alta, por ejemplo, atención médica para el seguimiento y las circunstancias en que debe solicitar atención médica de urgencia.
La educación es efectiva cuando un establecimiento emplea diversas técnicas acordes a las necesidades del paciente.

Estándar PFE.1

El establecimiento proporciona orientación, capacitación e información sobre el proceso de atención para el conocimiento y participación del paciente y de su familia para la toma de decisiones sobre su atención.

Propósito de PFE.1

El establecimiento educa al paciente y a su familia a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar en sus procesos de atención, basándose en la misión, los servicios prestados y el entorno de los pacientes. La organización planifica sus recursos, para educar al paciente y a su familia, de manera eficiente y efectiva. Por consiguiente, puede optar por designar un coordinador de educación o un comité de educación, crear un servicio o simplemente trabajar con todo el personal para proporcionar la educación de manera coordinada.

Elementos Medibles de PFE.1

1. El establecimiento planifica la educación de modo tal que coincida con su misión, servicios y población de pacientes.
2. Existe una estructura y un proceso adecuado para la educación en todo el establecimiento.
3. Los recursos educativos se organizan de manera eficiente y efectiva.

Estándar PFE.2

Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se incluyen en su expediente clínico.

Propósito de PFE.2

La educación se centra en el conocimiento y destrezas que el paciente y su familia necesitarán para tomar decisiones sobre la atención, así como para participar y continuar la atención en el domicilio. Debe existir un proceso de evaluación que identifique los tipos de procedimientos quirúrgicos, invasivos, tratamientos planificados y las necesidades de enfermería que conllevan la atención después del alta. Esta evaluación, que inicia en el momento de la evaluación inicial, permite a los profesionales brindar la información e impartir la educación necesaria 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, se documenta en el expediente clínico del paciente.

Cuando un paciente o su familia participan directamente en los cuidados (por ejemplo, cambiando vendas, alimentando al paciente, administrando medicamentos y tratamientos), necesitan recibir educación. Una vez identificadas las necesidades educativas, se anotan en el expediente clínico. Esto ayuda a todos los profesionales que atienden al paciente a participar en el proceso de educación en forma coordinada. Cada establecimiento decide el lugar y el formato de la evaluación, planificación e inclusión de la información educativa.

Elementos Medibles de PFE.2

1. ***Se evalúan las necesidades educativas del paciente y su familia desde la evaluación inicial y durante todo el proceso de atención.***
2. Los hallazgos de dichas evaluaciones se documentan en el expediente clínico del paciente.
3. Todo el personal registra la educación que brinda al paciente, de manera uniforme.
4. Los pacientes y sus familiares, si corresponde, aprenden a otorgar consentimientos informados.
5. Los pacientes y sus familiares aprenden cómo participar en las decisiones sobre la atención.
6. Los pacientes y sus familiares aprenden sobre su estado de salud y todo diagnóstico confirmado.
7. Los pacientes y sus familiares aprenden sobre su derecho a participar en el proceso de atención según corresponda.

Estándar PFE.2.1

Se evalúa, en el paciente y familiares, los factores emocionales e intelectuales que pudieran obstaculizar sus capacidades y disposición para aprender.

Propósito de PFE.2.1

Se identifican los conocimientos y habilidades del paciente y de su familia para planificar su educación. Existen muchas variables que determinan si el paciente y su familia están dispuestos a aprender y si son capaces de hacerlo.

Por lo tanto, para planificar la educación, el establecimiento debe identificar como parte de la evaluación inicial:

a) las creencias y valores del paciente y de su familia;
b) su nivel de alfabetización, su nivel educativo y su idioma;
c) las barreras emocionales y las motivaciones;
d) las limitaciones físicas y cognitivas;
e) la disposición del paciente para aprender; y
f) la habilidad para realizar un procedimiento.

Elementos Medibles de PFE.2.1

1. ***Durante la evaluación inicial y según sea adecuado durante el proceso de atención, se identifican los siguientes elementos, tanto en el paciente como en su familia.***
   - ***a) las creencias y valores;***
   - ***b) el nivel de alfabetización, nivel educativo e idioma;***
   - ***c) las barreras emocionales y las motivaciones;***
   - ***d) las limitaciones físicas y cognitivas;***
   - ***e) la disposición del paciente para aprender; y***
   - ***f) la habilidad para realizar un procedimiento.***
2. Los hallazgos de la evaluación se utilizan para planificar la educación.

Estándar PFE.3

La educación y la capacitación ayudan a atender las necesidades constantes de atención médica del paciente.

Propósito de PFE.3

Los pacientes con frecuencia necesitan seguimiento en la atención para cubrir sus necesidades o para alcanzar un estado de salud óptimo. La información general de salud que el establecimiento o los recursos comunitarios brindan debe incluir información sobre cuándo retomar las actividades cotidianas después del alta, las medidas preventivas y si es necesario, información sobre cómo sobrellevar la enfermedad o discapacidad.

El establecimiento identifica los recursos educativos y de capacitación disponibles en la comunidad. En particular se identifican organizaciones comunitarias que apoyan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, cuando es posible, se establecen relaciones de cooperación.

Elementos Medibles de PFE.3

1. Los pacientes y sus familiares reciben educación y capacitación para cubrir sus necesidades constantes de atención médica o para alcanzar sus objetivos de salud. (Ver MCI.3, EM 1 y 2)
2. El establecimiento identifica y establece relaciones con recursos comunitarios que apoyan la promoción permanente de la salud y la educación sobre prevención de enfermedades. (Ver ACC.3.1, EM 2 y GLD.3.1, EM 2)
3. Se deriva a los pacientes a estos recursos cuando sea adecuado y estén disponibles. (Véase GLD.3.1, EM 2)

Estándar PFE.4

La educación del paciente y de su familia 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.

Propósito de PFE.4

El establecimiento ofrece educación en áreas que conllevan un alto riesgo para los pacientes.

El establecimiento 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 (Ver el Glosario) de los medicamentos;
- el uso seguro y efectivo de equipo médico (Ver el Glosario);
- las interacciones potenciales entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos (incluidas preparaciones de venta libre) y los alimentos;
- dieta y nutrición;
- manejo del dolor;
- técnicas de rehabilitación; e
- *higiene de manos dentro del establecimiento*

Elementos Medibles de PFE.4

1. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos y sus potenciales efectos secundarios.
2. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipo médico.
3. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la prevención de interacciones entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos (incluidas preparaciones de venta libre) y los alimentos.
4. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta y la nutrición adecuadas.
5. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del dolor. (Ver COP.6, EM 3)
6. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.
7. ***Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre higiene de manos dentro del establecimiento. (Ver PC.11 y MISP. 5)***

Estándar PFE.4.1

La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, según sea adecuado para la atención del paciente: consejería para adolescentes, planificación familiar, violencia familiar, enfermedades crónico-degenerativas, patologías oncológicas, adicciones, vacunación, datos de alarma en las embarazadas.

Propósito de PFE.4.1

El establecimiento ofrece educación en áreas que conllevan un alto riesgo para los pacientes y que además son temas y/o programas de salud prioritarios en México.

El establecimiento emplea materiales y procesos estandarizados para educar, cuando así corresponda, a los pacientes en, por lo menos, los siguientes temas:

- Planificación familiar
- Violencia Familiar
- Enfermedades crónico-degenerativas
- Patologías oncológicas
- Adicciones
- *Enfermedades prevenibles por vacunación*
- Datos de alarma en embarazadas

Elementos Medibles de PFE.4.1

1. ***Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre planificación familiar, Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico (APEO), consejería para adolescentes y violencia familiar.***
2. ***Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención y autocuidado, especialmente en grupos con obesidad, diabetes Mellitus, padecimientos cardio y cerebrovasculares.***
3. ***Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.***
4. ***Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.***
5. ***Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre enfermedades prevenibles por vacunación. (Ver MMU.8)***
6. ***Cuando corresponde, las pacientes embarazadas y sus familiares reciben educación para identificar datos de alarma para solicitar atención en forma inmediata.***

Estándar PFE.5

Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia, y posibilitan una interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal a fin de que la educación se logre.

Propósito de PFE.5

El aprendizaje tiene lugar cuando se presta atención a los métodos empleados para educar. Entender las necesidades de los pacientes y de sus familias, ayuda a que el establecimiento seleccione los métodos educativos y los educadores adecuados, y que identifique el rol de la familia.

Se alienta a los pacientes y familiares a participar en el proceso de atención, diciendo lo que piensan y haciendo preguntas al personal para asegurarse de una correcta comprensión de la información. El personal reconoce el papel importante que desempeña el paciente en la prestación de atención médica segura y de buena calidad.

La oportunidad de interacción entre el personal, el paciente y su familia permite una retroalimentación que asegura que la información se comprenda, sea adecuada y útil. (Ver MCI.3, ME 1 y 2). El establecimiento decide cuándo y cómo reforzar la educación verbal con materiales escritos, a fin de mejorar la comprensión y ofrecer una referencia educativa futura.

Elementos Medibles de PFE.5

1. La interacción entre el personal, el paciente y su familia confirma que se comprendió la información. Quienes imparten educación, alientan a los pacientes y sus familiares a hacer preguntas y a decir lo que piensan, como *participantes activos*.
2. La información verbal se refuerza con material escrito, según sea adecuado para las necesidades y preferencias de aprendizaje del paciente.

Estándar PFE.6

Los profesionales de la salud que atienden al paciente colaboran en la educación.

Propósito de PFE.6

Cuando los profesionales de la salud entienden la importancia y beneficios de la educación del paciente pueden colaborar de manera más efectiva. Por su parte, la colaboración ayuda a asegurar que la información que los pacientes y sus familiares reciben sea completa, coherente y tan efectiva como sea posible. La colaboración se basa en las necesidades del paciente, y puede que no siempre sea necesaria o adecuada.

El conocimiento del tema, el tiempo adecuado disponible y la capacidad de comunicarse efectivamente son cosas importantes a tener en cuenta para una educación efectiva.

Elementos Medibles de PFE.6

1. La educación del paciente y de su familia se proporciona en colaboración, cuando corresponde.
2. Quienes imparten educación cuentan con un conocimiento del tema para hacerlo.
3. Quienes imparten educación cuentan con el tiempo adecuado para hacerlo.
4. Quienes imparten educación cuentan con las destrezas de comunicación para hacerlo. (Ver ASC.5.1, EM 2)

3

SECCIÓN 3

Estándares Centrados en la Gestión

QPS
MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Quality Improvement and Patient Safety

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Quality Improvement and Patient Safety

PERSPECTIVA GENERAL

Este capítulo describe un enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, donde la reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal forman parte de las acciones para la mejora 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 de la mejora de la calidad y seguridad del paciente;
- el diseño de procesos clínicos y de gestión;
- la mejora de procesos mediante el uso de indicadores;
- el análisis y comparación de datos; y
- la implementación y estandarización de las mejoras.

El **plan o programa de mejora de la calidad y seguridad** del paciente:

- es dirigido por líderes;
- impacta en la cultura de la organización;
- identifica y reduce los riesgos en forma proactiva;
- usan los datos para definir y atender prioridades; y
- demuestra mejoras sostenidas.

La calidad y la seguridad deben estar arraigadas en el trabajo diario de todos y cada uno de los miembros del establecimiento. Este apartado guía en la comprensión, del personal médico y de enfermería, sobre cómo llevar a cabo mejoras reales para ayudar a sus pacientes y reducir los riesgos. En forma similar, los directivos, el personal de apoyo y otros, deben aplicar los estándares a su trabajo diario, para entender cómo pueden hacer más eficientes los procesos, cómo pueden usarse los recursos en forma más eficiente y cómo pueden reducirse los riesgos.

Este capítulo enfatiza que la planificación, el diseño, el control, el análisis y las mejoras continuas de los procesos clínicos y de gestión deben estar bien organizados y contar con un claro liderazgo a fin de obtener los máximos beneficios. El enfoque sistémico de la mejora de la calidad y seguridad del paciente toma en cuenta que la mayoría de los procesos de atención clínica involucran a más de un área; asímismo, considera que la mayoría de los problemas de calidad clínicos y de gestión están interrelacionados; y por consiguiente, los esfuerzos para mejorar estos procesos deben estar guiados, orientados y supervisados por el **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente**, una buena práctica para la integración y funcionamiento del dicho comité, está disponible en la Instrucción 171/2009 de SICALIDAD.

Los establecimientos que siguen este enfoque sistémico:

- gradualmente, con el liderazgo del director, involucrarán a toda la organización en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente;
- capacitarán y harán participar a más personal;
- establecerán prioridades más claras sobre qué mejorar y controlar;
- basarán sus decisiones en la medición, análisis y seguimiento de sus indicadores; y
- mejorarán basándose en comparaciones con otras organizaciones, tanto a nivel nacional como internacional.

LIDERAZGO Y PLANIFICACIÓN

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar QPS.1

Los líderes del establecimiento participan en la elaboración y control del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1

Si una organización va a iniciar, mantener mejoras y reducir los riesgos para los pacientes y el personal, es fundamental que cuente con liderazgo y planificación, las cuales provienen del cuerpo de gobierno del establecimiento, junto con otros líderes informales, con quienes a diario, manejan las actividades clínicas y de gestión del establecimiento. En forma colectiva, ellos representan el liderazgo del hospital y tienen la responsabilidad de establecer el compromiso de la organización, el enfoque en pro de las mejoras y la seguridad, y la gestión, seguimiento y evaluación del plan o programa.

El **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)** junto con los líderes del establecimiento elaboran el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y, mediante su visión y respaldo, crean y mantienen la cultura de calidad del establecimiento. Para lograr este propósito, con un enfoque proactivo, sistémico y multidisciplinario, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente articula a los demás comités del establecimiento para que el **Plan o Programa de Calidad y Seguridad del Paciente** se relacione con todos los demás apartados de la Cédula para Certificar Hospitales.

El cuerpo de gobierno o directivos, son los responsables finales de la calidad y la seguridad del paciente dentro del establecimiento y, por ende, tienen la función de aprobar el plan o programa correspondiente *(Ver GLD.1.6)*, evaluar su instrumentación y actuar según los resultados.

Elementos Medibles de QPS.1

1. ***Existe un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente con objetivos y funciones definidas para planificar, coordinar y controlar las acciones prioritarias para mejorar la calidad y seguridad del paciente, encabezado por el director del establecimiento, que sesiona periódicamente, da seguimiento puntual a sus acuerdos y toma decisiones con base en análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.***
2. ***El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente articula a los diferentes comités existentes en el establecimiento. (por ejemplo: Mortalidad, Expediente Clínico, Farmacia y Terapéutica, Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, Comisión de Seguridad e Higiene, Comité de Seguridad y Atención Médica en caso de desastre)***
3. ***Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, diseñado de manera multidisciplinaria, que abarca todo el establecimiento con un enfoque sistémico y proactivo. (El contenido del plan se puntualiza en QPS.1.2, QPS.2.1, QPS.3, QPS.5, QPS.6, QPS.7 y QPS.10)***
4. Los miembros del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y los líderes del establecimiento, incluyendo al responsable de calidad, participan en la elaboración del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
5. Los miembros del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y los líderes del establecimiento, incluyendo al responsable de calidad, participan en el control del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
6. Los miembros del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y los líderes del establecimiento, incluyendo al responsable de calidad, definen el proceso o mecanismo de supervisión del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
7. Los responsables de las áreas en el establecimiento informan al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y al cuerpo de gobierno o directivos acerca de la instrumentación del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Estándar QPS.1.1

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento colaboran para implementar el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.1

Los líderes del establecimiento trabajan para que impulsar una cultura de calidad y seguridad del paciente e impacte sobre todos los procesos y sistemas críticos del hospital. Esto requiere colaboración y compromiso, a través de un enfoque multidisciplinario.

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento se aseguran de que el plan o programa se ocupe de:

- el rol de cada uno de los componentes del sistema de atención en el diseño y rediseño de los procesos de mejora;
- un enfoque multidisciplinario que incluya a todas las áreas y servicios del establecimiento dentro del programa;
- la coordinación es evidente entre las áreas y servicios involucrados con la calidad y la seguridad del paciente; asímismo, se encuentran reflejados en el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente todos los programas o planes que se relacionen con la calidad y seguridad del paciente, por ejemplo, el programa de control de calidad del laboratorio clínico, y el programa de administración de riesgos. El plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente incluye a todos los departamentos, servicios y/o tipos de personal clínico;
- un enfoque sistémico en el que se empleen procesos de calidad y conocimientos similares o uniformes para llevar a cabo todas las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

El hospital cuenta con un responsable de Calidad y Seguridad del Paciente que preferentemente forme parte del cuerpo de gobierno para garantizar el cumplimiento del plan o programa.

Elementos Medibles de QPS.1.1

1. Los líderes del establecimiento colaboran para llevar a cabo el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
2. El plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente abarca a todo el establecimiento.
3. El plan o programa se ocupa de los sistemas del establecimiento y del rol de diseño y rediseño del sistema en la mejora de la calidad y la seguridad.
4. El plan o programa se ocupa de la coordinación entre todos los componentes de las actividades de control, seguimiento y evaluación de la calidad del establecimiento.
5. El plan o programa emplea un enfoque sistémico y multidisciplinario para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

Estándar QPS.1.2

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento priorizan qué procesos deben controlarse y qué actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente deben llevarse a cabo.

Propósito de QPS.1.2

Una función esencial de los directivos y responsables de las áreas del establecimiento es definir prioridades empleando datos e información. Generalmente los recursos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente son escasos, por lo tanto los directivos definen prioridades a partir de una evaluación integral de riesgos y problemas en los sistemas (MMU, PCI, SQE, FMS, quejas, reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas, accidentes de trabajo, entre otros)- y procesos críticos para la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones, se incluyen en este proceso las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de QPS.1.2

1. ***Los directivos y responsables de áreas del establecimiento identifican riesgos y problemas relacionados con sistemas y procesos críticos relacionados la calidad de la atención médica, seguridad del paciente, personal e instalaciones.***
2. Los directivos y responsables de las áreas del hospital establecen prioridades para las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. Los directivos y responsables de las áreas del hospital establecen prioridades para las actividades de control.
4. Las prioridades incluyen la correcta implementación y seguimiento de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Estándar QPS.1.3

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento proporcionan apoyo tecnológico y de otro tipo al plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.3

El control de las funciones clínicas y de gestión en un establecimiento de atención médica da como resultado la acumulación de datos e información. El seguimiento del plan o programa depende del análisis de los datos, la información histórica y de la comparación con otros establecimientos e instituciones. En el caso de establecimientos grandes o complejos, el rastreo y comparación probablemente requieran tecnología y/o personal con experiencia en el manejo de datos. Los directivos, el responsable de calidad y seguridad del paciente y los responsables de las áreas del establecimiento, deben entender las prioridades de control y proporcionar el respaldo necesario, de modo que concuerde con los recursos del establecimiento y la mejora de la calidad.

Elementos Medibles de QPS.1.3

1. Los directivos, el responsable de calidad y seguridad del paciente y, los responsables de las áreas del establecimiento entienden la tecnología y demás requisitos de apoyo para rastrear y comparar los resultados del control.
2. Los directivos, el responsable de calidad y seguridad y, los responsables de las áreas del establecimiento proporcionan tecnología y respaldo, de acuerdo con los recursos del establecimiento, para rastrear y comparar los resultados del control.

Estándar QPS.1.4

Se comunica al personal la información acerca de la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.4

Es esencial la comunicación permanente al personal sobre la información del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. La comunicación se realiza regularmente mediante canales efectivos, como boletines informativos, carteleras, reuniones de personal y procesos de recursos humanos. La información puede tratarse de proyectos de mejora nuevos o recién terminados, del progreso en el cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, de los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos, de investigación reciente o de programas de referencia, etc.

Elementos Medibles de QPS.1.4

1. Se comunica al personal la información sobre el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
2. Las comunicaciones se realizan regularmente, mediante canales efectivos y formales.
3. Las comunicaciones incluyen el progreso en el cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Estándar QPS.1.5

El personal está capacitado para participar en el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.5

La participación en la recolección y el análisis de datos, así como en la planificación e implementación de las mejoras de la calidad y seguridad requieren conocimientos y destrezas de los que carece la mayoría del personal, o los cuales no utiliza habitualmente. Por consiguiente, cuando se les solicita que participen en el plan o programa, el personal recibe capacitación acorde a su rol en la actividad planificada. Puede que sea necesario ajustar los horarios del personal para destinar el suficiente tiempo a la participación completa en las actividades de capacitación y mejora como parte de las tareas laborales habituales. El establecimiento cuenta con un docente, que puede ser el responsable de calidad o un integrante de su equipo, con el conocimiento técnico y profesional pertinente para impartir la capacitación. Cuando la capacitación es impartida por personal externo los directivos se aseguran que cuente con conocimiento técnico y experiencia profesional, así como, la capacidad docente.

Elementos Medibles de QPS.1.5

1. Existe un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.
2. Una persona capacitada con experiencia, conocimientos y nivel profesional pertinente, imparte la capacitación.
3. El personal participa en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.
4. Cuando la capacitación es impartida por personal externo se demuestra conocimiento técnico, experiencia profesional, habilidades docentes.

DISEÑO DE LOS PROCESOS CLÍNICOS Y DE GESTIÓN

Estándar QPS.2

En el establecimiento de atención médica se modifican y diseñan sistemas y procesos conforme a los principios de mejora de la calidad.

Propósito de QPS.2

A menudo, los establecimientos de atención médica tienen la oportunidad de diseñar nuevos procesos o la necesidad de modificar los existentes, lo cuales se sustentan en leyes, reglamentaciones y normas oficiales, según corresponda, así como en guías y lineamientos de práctica clínica, estándares nacionales, programas, entre otros. El diseño de procesos nuevos o modificados también puede tener como fuente de información las experiencias de terceros consideradas como la mejor práctica, una mejor práctica o una buena práctica; éstas podrán ser evaluadas, implementadas y ser utilizadas. Cuando los procesos o servicios están bien diseñados, recurren a una variedad de fuentes de información.

Un buen proceso de diseño:

a) coincide con la misión y los planes del establecimiento;
b) cubre las necesidades de los pacientes, las familias, el personal y otros;
c) emplea las normas, programas, guías, lineamientos de práctica clínica, literatura científica y otra información relevante basada en evidencia;
d) tiene en cuenta la información relevante sobre el manejo de riesgos;
e) se basa en el conocimiento y las destrezas disponibles en el establecimiento;
f) se basa en la mejor práctica, en una práctica mejor que la propia o en buenas prácticas de otras organizaciones;
g) utiliza información de actividades de mejora relacionadas; e
h) integra y conecta procesos y sistemas.

Cuando en un establecimiento se diseñan procesos nuevos, seleccionan indicadores para medirlos y una vez implementados, recogen los datos para comprobar si los procesos estás funcionando como se esperaba.

Elementos Medibles de QPS.2

1. Los principios y las herramientas de mejora de calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados.
2. Los siguientes elementos de diseño se tienen en cuenta cuando son relevantes para el proceso que se está diseñando o modificando:
   a) coincide con la misión y los planes del establecimiento;
   b) cubre las necesidades de los pacientes, las familias, el personal y otros;
   c) emplea las normas, programas, guías, lineamientos de práctica clínica, literatura científica y otra información relevante basada en evidencia;
   d) tiene en cuenta la información relevante sobre el manejo de riesgos;
   e) se basa en el conocimiento y las destrezas disponibles en el establecimiento;
   f) se basa en la mejor práctica, en una práctica mejor que la propia o en buenas prácticas de otras organizaciones;
   g) utiliza información de actividades de mejora relacionadas; e
   h) integra y conecta procesos y sistemas.
3. Se seleccionan indicadores para medir el desempeño del proceso recién diseñado o rediseñado.
4. Los resultados de los indicadores se analizan para evaluar el desempeño constante del proceso.

Estándar QPS.2.1

Se utilizan guías de práctica clínica y protocolos de atención para proporcionar la atención clínica.

Propósito de QPS.2.1

Los objetivos de los establecimientos de atención médica incluyen:

- la estandarización de los procesos de atención médica;
- la reducción de los riesgos
- los procesos de atención, en particular de aquellos asociados con las decisiones críticas;
- la prestación de atención médica de manera oportuna y efectiva, empleando en forma eficiente los recursos disponibles.

Para lo anterior, se emplean una variedad de herramientas, por ejemplo: los médicos procuran elaborar procesos de atención clínica y tomar decisiones basados en la mejor evidencia científica disponible. Las guías de práctica clínica constituyen herramientas útiles en este esfuerzo para entender y aplicar la mejor evidencia científica a un diagnóstico o un padecimiento específico. Los protocolos de atención son herramientas útiles para garantizar la integración y coordinación de la atención, así como, de eficientar los recursos. Ambas coadyuvan a la estandarización de los procesos de atención.

Las guías y lineamientos de práctica clínica relevantes para la población de pacientes y para la misión del establecimiento:

a) se seleccionan entre las que corresponden a los servicios y pacientes del establecimiento (en este proceso se incluyen las guías clínicas o protocolos de atención nacionales obligatorias, si las hubiera);
b) *se evalúan por su aplicabilidad y ciencia;*
c) se adaptan cuando es preciso a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la normativa profesional nacional aceptada;
d) se aprueban o adoptan formalmente por parte del establecimiento;
e) se implementan y se controlan, para que su uso sea constante y efectivo;
f) están respaldadas por personal calificado para aplicarlas; y
g) se actualizan periódicamente.

Se espera que los establecimientos hayan atravesado por el proceso descrito desde a) hasta f) para, al menos, la implementación de una guía o lineamiento de práctica clínica y una ruta clínica por año.

Elementos Medibles de QPS.2.1

1. Se emplean guías de práctica clínica para dar atención al paciente.
2. Se emplean vías clínicas o protocolos de atención para estandarizar la atención de padecimientos y/o procesos específicos.

3. El establecimiento sigue el proceso descrito desde a) hasta f) para implementar guías de práctica clínica y vías clínicas o protocolos de atención.
   a) se seleccionan entre las que corresponden a los servicios y pacientes del establecimiento (en este proceso se incluyen las guías o lineamientos nacionales obligatorias, si las hubiera)
   b) se evalúan por su aplicabilidad y ciencia
   c) se adaptan cuando es preciso a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la normativa profesional nacional aceptada
   d) se aprueban o adoptan formalmente por parte del establecimiento
   e) se implementan y se controlan, para que su uso sea constante y efectivo
   f) están respaldadas por personal calificado para aplicarlas
   g) se actualizan periódicamente.
4. El proceso se utiliza para adaptar, adoptar o actualizar al menos una guía de práctica clínica y una vía clínica o protocolo de atención en un periodo de 12 meses.

INDICADORES DE MEJORA DE LA CALIDAD

Estándares QPS.3 a QPS.3.21: INDICADORES (MEDIDAS CLAVE)

Estándar QPS.3
Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican medidas claves (indicadores) para mejorar procesos y resultados clínicos, de gestión y controlar la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Estándar QPS.3.1
El método de monitorización es confiable y adecuado a los procesos que se quieren mejorar y controlar.

Estándar QPS.3.2
El control tiene como prioridad la correcta implementación y seguimiento de las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

INDICADORES CON ENFOQUE CLÍNICO (QPS.3.2 – QPS.3.13)

Estándar QPS.3.3
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con la ***prevención y el control de eventos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y de sus familiares.***

Estándar QPS.3.4
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la evaluación del paciente.***

Estándar QPS.3.5
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los servicios de laboratorio.***

Estándar QPS.3.6
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.***

Estándar QPS.3.7
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los procedimientos quirúrgicos.***

Estándar QPS.3.8
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el uso de medicamentos.***

Estándar QPS.3.9
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los errores de medicación y las cuasifallas en medicación.***

Estándar QPS.3.10
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el empleo de anestesia y sedación.***

Estándar QPS.3.11
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el uso de sangre y hemoderivados.***

Estándar QPS.3.12
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el contenido y uso de los expedientes clínicos.***

Estándar QPS.3.13
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la prevención, reducción y vigilancia de infecciones.***

INDICADORES CON ENFOQUE DE GESTIÓN (QPS.3.14 – QPS.3.21)

Estándar QPS.3.14
La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el abasto de insumos y medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente.***

Estándar QPS.3.15
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la verificación de cumplimiento de una disposición legal, un reglamento o una Norma Oficial Mexicana en materia de salud, seguridad o higiene.***

Estándar QPS.3.16
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la administración de riesgos (del personal, de la instalación y del entorno de la organización).***

Estándar QPS.3.17
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la planeación, organización, dirección y control de recursos.***

Estándar QPS.3.18
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.***

Estándar QPS.3.19
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***las expectativas y la satisfacción del personal.***

Estándar QPS.3.20
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los datos demográficos y diagnósticos clínicos del paciente.***

Estándar QPS.3.21
La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la administración financiera.**

Propósito de QPS.3 hasta QPS.3.21
La mejora de la calidad y la seguridad del paciente está dirigida y sustentada por los datos. Como la mayoría de los establecimientos de atención médica cuentan con recursos limitados, no pueden recolectar datos para monitorizar todo lo que desean, por consiguiente, cada establecimiento debe elegir cuáles procesos, resultados clínicos y de gestión, son los más importantes a mejorar, basándose en su misión, las necesidades del paciente y los servicios. El control y la mejora de la calidad a menudo se centra en aquellos procesos de alto riesgo para los pacientes, los de mayor frecuencia y/o los que tienden a presentar problemas.

Los directivos y responsables de áreas del establecimiento deben hacer la selección final de los indicadores a incluir en las actividades de control y mejora de la calidad. Las medidas seleccionadas están relacionadas con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, áreas clínicas y de gestión importantes *(identificadas en los estándares QPS.3.2 hasta QPS.3.22).* Para cada una de estas áreas, los directivos y responsables de áreas del establecimiento deciden:

- el proceso, procedimiento o resultado a medir;
- la disponibilidad de "ciencia" o "evidencia" que respalde la medida;
- el método de monitorización;
- el modo en que los indicadores se incorporan al plan o programa de calidad y la seguridad del paciente;

La identificación del proceso, procedimiento o del resultado a medir es el paso más importante. Es preciso que la selección se concentre en, por ejemplo: los puntos de riesgo en los procesos, los procedimientos que con frecuencia presentan problemas o se realizan con mucha frecuencia y los resultados que pueden definirse claramente y que están bajo el control de la unidad. Un establecimiento puede optar por medir un procedimiento quirúrgico en particular (por ejemplo, la reparación de un labio leporino) o una clase de procedimientos quirúrgicos (por ejemplo, la atención tocoquirúrgica); asímismo, quizá desee medir el proceso empleado para seleccionar el procedimiento quirúrgico para la reparación del labio leporino y desee medir el proceso de alineación de prótesis en un procedimiento de artroplastía de cadera.

La frecuencia de la recolección de datos está asociada con la frecuencia con la cual se realiza el proceso o se lleva a cabo el procedimiento en particular, se necesitan datos suficientes de todos los casos o un muestreo de casos, para respaldar las conclusiones y las recomendaciones.
Cuando una medida (indicador) existente ya no proporciona datos útiles para analizar los procesos o resultados, se diseñan nuevas medidas (indicadores). Cuando el desempeño que muestra un indicador presenta un cumplimiento sostenido de la meta establecida, la organización puede modificar la meta. Cuando un proceso ha sido mejorado al punto que satisface las expectativas del personal operativo y directivo y el desempeño que muestra el indicador del proceso se mantiene dentro de lo que la organización considera adecuado, ese indicador ya no formará parte de la mejora de la calidad sino del control de calidad, por lo que la organización deberá seleccionar otro proceso para mejorar. Por lo tanto, los indicadores, metas y procesos para mejorar la calidad están en constante cambio. El establecimiento debe contar con un historial documentado de los indicadores que ha medido y que se encuentran en control y en mejora de la calidad.

A fin de mejorar los procesos, resulta necesario determinar el método de monitorización, con el propósito de que las mediciones sean confiables y adecuadas a los procesos que se quieren mejorar y mantener en control. Las mediciones son la clave para comprender mejor o examinar profundamente las áreas bajo estudio. Del mismo modo, el análisis de los datos *(Ver QPS.4 hasta QPS.5)* puede dar como resultado estrategias para mejorar la calidad. La monitorización es entonces útil para comprender la efectividad de la estrategia de mejora.

QPS.3 Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican medidas claves (indicadores) para mejorar procesos y resultados clínicos, de gestión y controlar la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de QPS.3

1. ***Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para controlar la correcta implementación y seguimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.***
2. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para mejorar los procesos clínicos.
3. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para mejorar los procesos de gestión.
4. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento tienen en cuenta las medidas de respaldo seleccionadas, como la evidencia científica.
5. La mejora y el control incluyen medidas relacionadas con procesos y resultados.
6. La mejora y el control forman parte del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.
7. Los resultados de la mejora y control se comunican al mecanismo de supervisión y periódicamente a los directivos y responsables de las áreas del establecimiento

Estándar QPS.3.1 El método de monitorización es confiable y adecuado a los procesos que se quieren mejorar y controlar.

Elementos Medibles de QPS.3.1

1. La técnica para la recolección de datos es confiable y adecuada al proceso seleccionado.
2. La herramienta seleccionada para la recolección de datos es confiable y adecuada al proceso seleccionado.
3. La o las personas responsables de recolectar la información han sido capacitadas para llevar a cabo el proceso.
4. La frecuencia de la recolección de datos es adecuada al proceso seleccionado.
5. El alcance de la medición es adecuada al proceso seleccionado.

QPS.3.2 El control tiene como prioridad la correcta implementación y seguimiento de las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Elementos Medibles de QPS.3.2

1. El control incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretenden mejorar.
3. Los datos se usan para controlar y evaluar la efectividad de las mejoras.

INDICADORES CON ENFOQUE CLÍNICO (QPS.3.3 – QPS.3.11)

QPS.3.3 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la prevención y el control de eventos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y de sus familiares.***

Elementos Medibles de QPS.3.3

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.4 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la evaluación del paciente.***

Elementos Medibles de QPS.3.4

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.5 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los servicios de laboratorio.***

Elementos Medibles de QPS.3.5

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.6 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.***

Elementos Medibles de QPS.3.6

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.7 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los procedimientos quirúrgicos.***

Elementos Medibles de QPS.3.7

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.8 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el uso de medicamentos.***

Elementos Medibles de QPS.3.8

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.9 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los errores de medicación y las cuasifallas en medicación.***

Elementos Medibles de QPS.3.9

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.10 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el empleo de anestesia y sedación.***

Elementos Medibles de QPS.3.10

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.11 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el uso de sangre y hemoderivados.***

Elementos Medibles de QPS.3.11

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.12 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el contenido y uso de los expedientes clínicos.***

Elementos Medibles de QPS.3.12

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.13 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la prevención, reducción y vigilancia de infecciones.***

Elementos Medibles de QPS.3.13

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

INDICADORES CON ENFOQUE DE GESTIÓN (QPS.3.14 – QPS.3.21)

QPS.3.14 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***el abasto de insumos y medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente.***

Elementos Medibles de QPS.3.15

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.15 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la verificación de cumplimiento de una disposición legal, un reglamento o una Norma Oficial Mexicana en materia de salud, seguridad o higiene.***

Elementos Medibles de QPS.3.16

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.16 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la administración de riesgos (del personal, la instalación y del entorno de la organización).***

Elementos Medibles de QPS.3.17

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.17 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la planeación, organización, dirección y control de recursos.***

Elementos Medibles de QPS.3.18

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.18 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.***

Elementos Medibles de QPS.3.19

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.29 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***las expectativas y la satisfacción del personal.***

Elementos Medibles de QPS.3.20

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.20 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***los datos demográficos y diagnósticos clínicos del paciente.***

Elementos Medibles de QPS.3.21

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.21 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con ***la administración financiera.***

Elementos Medibles de QPS.3.22

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Estándar QPS.4

El personal con la experiencia, conocimiento y habilidades adecuadas agrupan y analizan sistemáticamente los datos en el establecimiento.

Propósito de QPS.4

A fin de tomar decisiones, se deben analizar y transformar los datos en información útil. El análisis de datos involucra a personas que entienden el manejo de la información, están capacitadas en métodos de agrupación y categorización de datos y saben cómo usar diversas herramientas estadísticas. El análisis de datos involucra al personal responsable de la medición del proceso o del resultado, dicho personal podría pertenecer al área clínica, de gestión o a una combinación de ambas. Por consiguiente, el análisis de datos proporciona una retroalimentación constante de información sobre la gestión de la calidad, para ayudar a dichas personas a tomar decisiones y a mejorar continuamente los procesos clínicos y de gestión. La comprensión de las técnicas estadísticas resulta útil para el análisis de datos, en especial para interpretar la variación y decidir dónde se necesita mejorar.

Las gráficas de comportamiento, las de control, los histogramas y los diagramas de Pareto son ejemplos de herramientas estadísticas útiles para comprender las tendencias y las variaciones en los procesos y resultados.

Elementos Medibles de QPS.4

1. Los datos se categorizan, agrupan, analizan y transforman en información útil.
2. Las personas con la experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.
3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.

Estándar QPS.4.1

La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio y cumple con los requisitos del establecimiento.

Propósito de QPS.4.1

El establecimiento determina la frecuencia con la que se categorizan, agrupan y analizan datos. La frecuencia depende de la actividad o el área que se esté midiendo, la frecuencia de la medición *(Ver QPS.3)* y las prioridades de la organización. Por ejemplo, los datos de control de calidad del laboratorio clínico podrán analizarse semanalmente para cumplir con las reglamentaciones locales, y los datos sobre caídas de los pacientes podrán analizarse mensualmente, si las caídas fueran poco frecuentes. Por consiguiente, la agrupación y categorización de datos en determinados puntos en el tiempo permite al establecimiento juzgar la estabilidad de un proceso en particular o la predicción de un resultado en relación con las tendencias.

Elementos Medibles de QPS.4.1

1. La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.
2. La frecuencia del análisis de datos se adapta a los requisitos del establecimiento.

Estándar QPS.4.2

El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otros establecimientos, con estándares científicos y mejores prácticas.

Propósito de QPS.4.2

El objetivo del análisis de datos es poder comparar un establecimiento de cuatro formas:

a) Consigo mismo en diferentes periodos, por ejemplo mes a mes, o de un año a otro;
b) con otras organizaciones similares, por ejemplo mediante bases de datos de referencia;
c) con estándares de calidad reconocidos o los establecidos por leyes, reglamentaciones o programas; y
d) con las prácticas identificadas en la literatura como las mejores o con guías de práctica clínica.

Estas comparaciones ayudan al establecimiento a entender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a concentrar los esfuerzos por mejorar.

Elementos Medibles de QPS.4.2

1. Dentro del establecimiento las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.
2. Se hacen comparaciones con organizaciones similares.
3. Se hacen comparaciones con estándares de calidad reconocidos.
4. Se hacen comparaciones con las mejores prácticas conocidas.

Estándar QPS.5

Los directivos y responsables de áreas en el establecimiento emplean un proceso definido para identificar y dar seguimiento a los eventos centinela.

Propósito de QPS.5

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

a) muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente;
b) pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente;
c) cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado; y
d) muerte materna

La definición de evento centinela del establecimiento incluye los puntos a) hasta d) y puede incluir otros eventos si la organización lo estima adecuado para agregarlo a su lista. Todos los eventos reportados y conocidos que cumplen con la definición se evalúan mediante un análisis de causa-raíz. Cuando el resultado de este análisis revela que la aplicación de ciertas mejoras en los sistemas u otras acciones pueden prevenir o reducir el riesgo de que tales eventos vuelvan a ocurrir, el establecimiento rediseña los procesos y toma las medidas adicionales que sean adecuadas para tal fin.
Es importante notar que el término "evento centinela" no siempre hace referencia a un error o una equivocación, ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

Elementos Medibles de QPS.5

1. *Se ha establecido una definición operativa de evento centinela que incluye al menos los siguientes puntos:*
    a) muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente
    b) pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente
    c) cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
    d) muerte materna
2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de todos los eventos centinela reportados y conocidos.
3. Los eventos se analizan cuando ocurren, esto es lo más pronto posible.
4. Los directivos y responsables de áreas en el establecimiento toman medidas respecto a los resultados del análisis de las causas principales.

Estándar QPS.6

Se analizan a profundidad los datos cuando a partir de ellos se hacen evidentes tendencias y variaciones no deseadas.

Propósito de QPS.6

Ante una detección o sospecha de cambio no deseado respecto a lo esperado, inicia un intenso análisis para determinar dónde es mejor concentrar la mejora.

El análisis se inicia cuando en los indicadores de establecimiento se observan patrones o tendencias que varían *significativamente y de manera no deseada respecto de:*

- lo que se esperaba;
- los de otras organizaciones; o
- los estándares reconocidos.

Se realiza un análisis, al menos, para lo siguiente, con el propósito de identificar patrones y tendencias y además descartar o confirmar que el evento se haya debido a un error médico-:

a) *Todos los eventos adversos definidos por la organización.*
b) Todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si se aplicara al establecimiento.
c) Todos los reacciones adversas graves a medicamentos (Ver MMU.7)
d) Todos los errores de medicación (Ver MMU.7.1).
e) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
f) Reacciones adversas a la sedación o anestesia.
g) Brotes de enfermedades infecciosas.

Elementos Medibles de QPS.6

1. ***Se ha establecido una definición operativa de evento adverso y el tipo de eventos que deben reportarse.***
2. ***Se cuenta con un proceso para reportar y analizar los eventos adversos.***
3. ***Se analizan en su conjunto los eventos adversos con el propósito de identificar y analizar patrones y tendencias.***
4. Se analizan al menos los siguientes eventos adversos:
    a) Todos los eventos adversos definidos por la organización.
    b) Todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si se aplicara al establecimiento.
    c) Todos los reacciones adversas graves a medicamentos (Ver MMU.7)

d) Todos los errores de medicación (Ver MMU.7.1).

h) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.

i) Reacciones adversas a la sedación o anestesia.

j) Brotes de enfermedades infecciosas.

Estándar QPS.7

Se ha establecido un proceso para la identificación, reporte y análisis de las cuasifallas.

Propósito de QPS.7

Con el objetivo de aprender de manera proactiva dónde puede residir la vulnerabilidad del sistema para la ocurrencia de eventos adversos, el **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente** recolecta datos e información sobre tales eventos considerados como "cuasifallas" y los evalúa en un esfuerzo por prevenir que ocurran. En primer lugar, se establece una definición operativa de las cuasifallas que contienen el tipo de eventos que deben reportarse (Ver MMU.7.1). En segundo lugar, se implementa un mecanismo de reporte, y finalmente existe un proceso para agrupar, categorizar y analizar los datos para aprender dónde los cambios proactivos del proceso reducirían o eliminarían el evento adverso o la cuasifalla.

Elementos Medibles de QPS.7

1. Se ha establecido una definición operativa de cuasifalla que contiene el tipo de eventos que deben reportarse.
2. Se cuenta un proceso para reportar las cuasifallas.
3. Se analizan los datos y se toman medidas para reducir las cuasifallas.
4. Se ha capacitado al personal en la identificación y reporte de cuasifallas.

MEJORA

Estándar QPS.8

Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad.

Propósito de QPS.8

El establecimiento emplea la información proveniente del análisis de datos para identificar posibles mejoras o reducir (o prevenir) eventos adversos. Los resultados del control de calidad contribuyen a la identificación de dónde deben planificarse medidas correctivas. En particular, las mejoras se planifican para las áreas prioritarias de recolección de datos, identificadas por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento (Ver QPS.3.2 a QPS.3.21).

Elementos Medibles de QPS.8

1. El establecimiento planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.
2. El establecimiento documenta las mejoras logradas y sostenidas.
3. El establecimiento documenta las medidas correctivas.

Estándar QPS.9

Se emprenden actividades de mejora de la calidad y seguridad para las áreas prioritarias que identificaron los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Propósito de QPS.9

El establecimiento utiliza recursos adecuados e involucra al personal, áreas y servicios más cercanos a los procesos o actividades a mejorar. La responsabilidad de la planificación y realización de una mejora se asigna a personas individuales o a un equipo, se proporciona toda capacitación necesaria y se pone a disposición el manejo de la información y otros recursos.

Una vez planificado, los datos se recolectan durante un periodo de prueba para demostrar que el cambio planificado representó realmente una mejora. A fin de asegurar que la mejora es sostenida, se recolectan los datos de control para realizar un análisis permanente. Se incorporan los cambios efectivos al procedimiento habitual y se lleva a cabo la capacitación necesaria al personal. El establecimiento documenta y difunde las mejoras logradas y sostenidas como parte de su plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de QPS.9

1. Las áreas de prioridad que identifican los directivos y responsables de las áreas del establecimiento se incluyen en las actividades de mejora.
2. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.
3. Los cambios se planifican y se prueban.
4. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.
5. Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.
6. Se hacen cambios a la política a fin de planificar, llevar a cabo y sostener la mejora.
7. Se documentan y difunden en todo el establecimiento las mejoras exitosas.

Estándar QPS.10

Se define e implementa un programa permanente de identificación y reducción de eventos adversos y riesgos inesperados de seguridad para los pacientes y el personal.

Propósito de QPS.10

Los establecimientos de atención médica necesitan adoptar un proceso proactivo para analizar los cuasifallas y demás procesos identificados como de alto riesgo, en los cuales un error podría dar como resultado un evento centinela. Una herramienta que facilita dicho análisis proactivo de las consecuencias de un evento que podría ocurrir en un proceso crítico, de alto riesgo, es el Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF). También puede identificar y usar herramientas similares para identificar y reducir riesgos, como un análisis de vulnerabilidad de riesgo.

Para usar en forma efectiva ésta u otras herramientas similares, ***es preciso que los directivos y responsables de áreas del establecimiento, adopten y aprendan el enfoque, se pongan de acuerdo sobre una lista de procesos de alto riesgo en términos de seguridad del paciente, personal y las instalaciones, y que luego usen la herramienta proactiva en un proceso de riesgo prioritario***. Luego del análisis de los resultados, toman medidas para rediseñar el proceso o acciones similares para reducir el riesgo en el proceso, el cual se lleva a cabo al menos una vez por año y se documenta.

Elementos Medibles de QPS.10

1. Se ejecuta sistemáticamente un proceso mediante el cual se identifican áreas de alto riesgo en términos de seguridad del paciente, personal e instalaciones.
2. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento priorizan estos riesgos al menos una vez por año.
3. El establecimiento documenta el uso de una herramienta proactiva de reducción de riesgos, al menos una vez por año, sobre uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario.
4. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento toman medidas para rediseñar los procesos identificados como de alto riesgo basándose en el análisis.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Prevention and Control of Infections

PCI

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Prevention and Control of Infections

PCI

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Prevention And Control of Infections

PERSPECTIVA GENERAL

El objetivo del plan o programa de prevención y control de infecciones es identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes, el personal (propio y subrogado), los voluntarios, los estudiantes y los visitantes.

Los riesgos de infección y las actividades del programa pueden diferir de un establecimiento a otro, dependiendo de las actividades y servicios médicos que brinde, la o las poblaciones de pacientes que atiende, su ubicación geográfica, la infraestructura, el volumen de pacientes y la cantidad de empleados.

Los programas efectivos tienen en común líderes identificados, personal bien capacitado, métodos sistemáticos para identificar y ocuparse de los riesgos de infección en forma proactiva, políticas y procedimientos adecuados, educación del personal y coordinación en todo el establecimiento.

LIDERAZGO Y COORDINACIÓN DEL PROGRAMA

Estándar PCI.1

Uno o más profesionales supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones, las cuales se encuentran calificadas mediante su educación, capacitación, experiencia o certificaciones.

Propósito de PCI.1

El plan o programa de prevención y control de infecciones cuenta con una supervisión adecuada al tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo, la complejidad de las actividades y el alcance del programa. Uno o más profesionales proporcionan dicha supervisión como parte de sus responsabilidades asignadas o por la descripción de su(s) puesto(s). Su competencia depende de las actividades que realizarán y podrá obtenerse a través de:

- educación;
- capacitación;
- experiencia; y
- certificación o habilitación.

Elementos Medibles de PCI.1

1. ***Se cuenta con una Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de acuerdo a los recursos del hospital y de acuerdo a la normatividad vigente.***
2. ***La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria supervisa el Programa de Control y Reducción de infecciones Nosocomiales.***
3. Los profesionales están calificados técnicamente de acuerdo con el tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo, el alcance y la complejidad del programa.
4. Los profesionales cumplen con las responsabilidades de supervisión tal como están asignadas o establecidas en una descripción o perfil del puesto.

Estándar PCI.2

Se asegura que en el Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) y en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) participan entre otros, personal médico, de enfermería, técnicos de laboratorio y demás personal corresponsable de la seguridad del paciente en el establecimiento.

Propósito de PCI.2

Las actividades de prevención y control de infecciones involucran a todas las áreas del establecimiento de atención médica, por lo tanto involucran a personas en múltiples áreas y servicios, por ejemplo en servicios clínicos, mantenimiento de la instalación, servicios de alimentación, limpieza, laboratorio, farmacia y central de esterilización. Existe un mecanismo diseñado para coordinar el programa de manera integral a través del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), sus responsabilidades incluyen, entre otras: la determinación de criterios para definir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, el establecimiento de métodos para la recolección (vigilancia) de datos, el diseño de estrategias para ocuparse de la prevención de infecciones, el control de riesgos y la notificación. La coordinación implica comunicarse con todas las áreas del establecimiento para garantizar que el programa sea continuo y proactivo.

Elementos Medibles de PCI.2

1. Existe un mecanismo diseñado para la coordinación del plan o programa de prevención y control de infecciones.
2. ***La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria está constituida por el siguiente personal: epidemiólogo, infectólogo, enfermera en salud pública, jefe de enfermería del hospital o jefes de área o piso y personal de laboratorio y cuando es necesario, participa otro personal paramédico y administrativo***
3. ***El Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales supervisa mensualmente y evalúa semestralmente, las actividades vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones y se toman las medidas de ajuste y control con base a los reportes emitidos.***

Estándar PCI.3

El plan o programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, las guías de práctica clínica y las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Propósito de PCI.3

La información es esencial para un plan o programa de prevención y control de infecciones nosocomiales. La información científica actual es necesaria para comprender e implementar actividades efectivas de vigilancia, prevención y control, ésta puede provenir de muchas fuentes, tanto nacionales como internacionales; por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica guías para el lavado de manos.

Las guías y lineamientos de práctica clínica proporcionan información sobre actividades preventivas e infecciones asociadas al cuidado de la salud. Las leyes, reglamentos y normas correspondientes definen elementos del programa básico, la respuesta ante brotes de enfermedades infecciosas y todos los requisitos del informe que se debe presentar.

Elementos Medibles de PCI.3

1. El plan o programa de prevención y control infecciones se basa en el conocimiento científico actual.
2. El plan o programa de prevención y control de infecciones se basa en guías de práctica clínica.
3. El plan o programa de prevención y control de infecciones se basa en las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar PCI.4

Los directivos y responsables de área del establecimiento proporcionan recursos adecuados para respaldar el programa de control de infecciones.

Propósito de PCI.4

El plan o programa de prevención y control de infecciones nosocomiales requiere contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos del programa y las necesidades del establecimiento, según sean determinados por el mecanismo de supervisión y aprobados por los directivos del establecimiento.

La implementación del plan o programa necesita recursos para proporcionar educación a todo el personal e insumos, como soluciones antisépticas o desinfectantes con base de alcohol para la higiene de las manos. Los directivos y responsables de área del establecimiento, se aseguran de que el programa cuente con los recursos adecuados para llevarlo a cabo en forma efectiva.

Los sistemas de información son un recurso importante para respaldar el seguimiento de riesgos, tasas y tendencias en infecciones asociadas a la atención médica. El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados; los cuales se integran al plan o del programa de mejora de la calidad y seguridad del establecimiento.

Elementos Medibles de PCI.4

1. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento asignan a personal competente y suficiente para implementar el plan o programa de prevención y control de infecciones.
2. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento asignan los recursos necesarios para implementar el plan o programa de prevención y control de infecciones.
3. *El Sistema de Información respalda el plan o programa de prevención y control de infecciones. Se asegura el* acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las infecciones.

ENFOQUE DEL PROGRAMA

Estándar PCI.5

El establecimiento diseña e implementa un plan o programa integral para reducir los riesgos de infecciones

Propósito de PCI.5

Para que el plan o programa de prevención y control de infecciones sea efectivo, debe ser integral, abarcando tanto la atención al paciente como la salud de los empleados; por lo tanto, el programa identifica y atiende los problemas de infección que son importantes, desde el punto de vista epidemiológico, para el establecimiento; además, el plan o programa se adecuan al tamaño y a la ubicación geográfica del establecimiento, a sus servicios y pacientes y a los estándares señalados en las políticas nacionales de salud.

El plan o programa incluye la búsqueda intencionada de infecciones, la monitorización de las mismas y la investigación de brotes de enfermedades infecciosas. Existen políticas y procedimientos que guían el programa, en cuanto a: la evaluación periódica de los riesgos y la implementación de objetivos de reducción de riesgos.

Elementos Medibles de PCI.5

1. *Existe un plan o programa para la prevención y control de infecciones en los pacientes.*
2. Existe un plan o programa para la prevención y control de infecciones en los profesionales de la salud.
3. El programa o plan incluye actividades de vigilancia sistemática y proactiva para determinar las tasas habituales (endémicas) de infección.
4. El plan o programa incluye la investigación brotes de enfermedades infecciosas.
5. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían el programa o plan.
6. Los objetivos y metas para la reducción de riesgos, se definen y se revisan regularmente.
7. El programa o plan se adecua al tamaño, la ubicación geográfica del establecimiento, sus servicios y pacientes.

Estándar PCI.5.1

Todas las áreas de afluencia y permanencia de pacientes, familiares, personal y visitantes del establecimiento están incluidas en el programa o plan para la prevención y control de infecciones.

Propósito de PCI.5.1

Las infecciones pueden entrar al establecimiento a través de los pacientes, las familias, el personal, los voluntarios, los visitantes u otras personas, como visitadores médicos. Por consiguiente, deben incluirse en el plan o programa prevención y control de infecciones todas las áreas del establecimiento donde se encuentren y circulen estas personas.

Elementos Medibles de PCI.5.1

1. Todas las áreas del establecimiento donde se brinde atención a pacientes, están incluidas en el programa o plan para la prevención y control de infecciones.
2. Todas las áreas del establecimiento donde trabaja el personal, están incluidas en el programa o plan para la prevención y control de infecciones.
3. Todas las áreas del establecimiento por donde circulen los visitantes, están incluidas en el programa o plan para la prevención y control de infecciones.

Estándar PCI.6

La organización establece las prioridades del plan o programa de prevención y control de infecciones.

Propósito de PCI.6

Cada establecimiento de atención médica debe identificar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección, y los dispositivos y procedimientos asociados que proporcionarán el foco de atención de los esfuerzos para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones.

El establecimiento tiene en cuenta las infecciones y los procesos que afectan:

- las vías respiratorias, tales como los procedimientos y equipos asociados con la intubación, soporte de ventilación mecánica, traqueostomía, aspiración de secreciones, etc.;
- las vías urinarias, tales como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con las sondas urinarias permanentes, los sistemas de drenaje urinario y su atención, etc.;
- los dispositivos intravasculares invasivos, tales como la inserción y cuidado de catéteres venosos centrales, vías venosas periféricas, etc.;
- los sitios quirúrgicos, tales como su curación y tipo de vendaje, y los procedimientos asépticos asociados;
- las enfermedades y organismos más frecuentes desde el punto de vista epidemiológico, organismos resistentes a múltiples fármacos; e
- infecciones emergentes o recurrentes dentro de la comunidad.

Elementos Medibles de PCI.6

1. La organización estableció prioridades de atención en el plan o programa para prevenir o reducir la incidencia de las infecciones.
2. Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioritarias para el establecimiento.
3. Las infecciones de las vías urinarias se incluyen como prioritarias para el establecimiento.
4. Los dispositivos invasivos e invasivos intravasculares se incluyen como prioritarias para el establecimiento.
5. Las heridas quirúrgicas se incluyen como prioritarias para el establecimiento.
6. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como prioritarios para el establecimiento y su comunidad.
7. Las infecciones emergentes o recurrentes se incluyen como prioritarias para el establecimiento y su comunidad.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar PCI.7

El establecimiento identifica los procesos y procedimientos asociados a riesgo de infección e implementa estrategias para reducirlos.

Propósito de PCI.7

Los establecimientos de atención médica evalúan y atienden a los pacientes empleando procesos simples y complejos, cada uno de ellos asociado a un nivel de riesgo de infección para los pacientes y el personal; por lo tanto, es importante que se revisen y controlen estos procesos y, según corresponda, se implementen las políticas, procedimientos, capacitación y demás actividades necesarias para reducir el riesgo de infección.

Elementos Medibles de PCI.7

1. El establecimiento identifica los procesos asociados a riesgo de infección.
2. El establecimiento implementa estrategias para reducir el riesgo de infección en esos procesos.
3. El establecimiento identifica los riesgos (Ver PCI.7.1 hasta PCI.7.5) que requieren políticas y/o procedimientos, educación del personal, cambios de práctica y otras actividades, para apoyar la reducción de riesgos.
4. ***Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica.***

Estándar PCI.7.1

El establecimiento reduce el riesgo de infecciones asegurando la higiene y esterilización adecuadas del equipo, así como el debido manejo de la ropa sucia y la ropa de cama.

Propósito de PCI.7.1

El riesgo de infección se minimiza con los debidos procesos de limpieza, desinfección y esterilización, tales como la limpieza y desinfección de endoscopios, la esterilización del instrumental quirúrgico y demás equipos para procedimientos invasivos o no invasivos. La limpieza, desinfección y esterilización pueden darse en un área de esterilización centralizada o en otras áreas del establecimiento, tales como clínicas de endoscopía, con la correspondiente supervisión. Además, el manejo correcto de la ropa sucia y la ropa de cama puede dar como resultado una reducción de la contaminación de la ropa de cama limpia y del riesgo de infección para el personal.

El riesgo de infección aumenta con la reutilización de material y dispositivos desechables, por lo que debe existir una política que guíe dicha práctica. La política coincide con lo establecido en la normatividad correspondiente, e incluye la identificación de:

a) dispositivos y materiales que jamás pueden volver a ser utilizados;
b) el número de veces que los dispositivos y materiales se pueden reutilizar;
c) los tipos de desgaste que indican que el dispositivo no se debe volver a usar;
d) los procesos de limpieza de dispositivos, por ejemplo, la limpieza que debe comenzar inmediatamente después del uso, cuando se utiliza una técnica o protocolo específico para la limpieza; entre otros, y
e) el proceso de recolección, análisis y uso de datos de control de infecciones relacionadas con dispositivos y materiales reutilizados.

Elementos Medibles de PCI.7.1

1. Los métodos de limpieza y esterilización de equipos en la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.
2. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.
3. Cuando se vuelven a utilizar dispositivos y materiales desechables, existe una política que incluye los siguientes puntos, y se implementa la política:
    a) dispositivos y materiales que jamás pueden volver a ser utilizados;
    b) el número de veces que los dispositivos y materiales se pueden reutilizar;
    c) los tipos de desgaste que indican que el dispositivo no se debe volver a usar;
    d) los procesos de limpieza de dispositivos, por ejemplo, la limpieza que debe comenzar inmediatamente después del uso, cuando se utiliza una técnica o protocolo específico para la limpieza; entre otros, y
    e) el proceso de recolección, análisis y uso de datos de control de infecciones relacionadas con dispositivos y materiales reutilizados.
4. El manejo de la ropa sucia y la ropa de cama es adecuado para minimizar riesgos para el personal y los pacientes.
5. Existe un proceso coordinado de supervisión de la limpieza, desinfección y esterilización en todo el establecimiento.
6. ***Hay políticas y procedimientos que guían la reparación y/o renovación de equipo especializado e instrumental en la Central de Esterilización y Equipos.***

Estándar PCI.7.2

El establecimiento reduce el riesgo de infecciones mediante el desecho adecuado de residuos peligrosos biológico infecciosos.

Propósito de PCI.7.2

Los establecimientos de atención médica producen a diario un volumen considerable de residuos peligrosos biológico infecciosos, por consiguiente, su debido manejo (identificación, envasado, almacenamiento temporal, recolección y transporte externo) contribuye a la reducción del riesgo de infecciones en el establecimiento.

Elementos Medibles de PCI.7.2

1. El desecho de residuos peligrosos biológico infecciosos se maneja a modo de minimizar el riesgo de contagio.
2. El manejo y desecho de sangre y hemoderivados se maneja a modo de minimizar el riesgo de contagio.
3. La operación del área de depósito de cadáveres y autopsias se maneja a modo de minimizar el riesgo de contagio.

Estándar PCI.7.3

El establecimiento cuenta con una política y un procedimiento para desechar objetos punzocortantes y agujas.

Propósito de PCI.7.3

El desecho incorrecto de objetos punzocortantes y agujas representa un importante desafío de seguridad para el personal. El establecimiento garantiza que haya implementada una política que se ocupe debidamente de todos los pasos del proceso, desde el tipo de recipientes y su uso, el desecho de los recipientes y la vigilancia del proceso de desecho.

Elementos Medibles de PCI.7.3

1. Los objetos punzocortantes y las agujas se desechan en recipientes rojos rígidos herméticos, a prueba de perforaciones que no vuelven a usarse.
2. El personal del hospital desecha los objetos punzocortantes y las agujas en forma segura.
3. El desecho de objetos punzocortantes y agujas cumple con las políticas de control de infecciones del establecimiento.
4. El establecimiento garantiza que el destino final de estos desechos cumpla con la normatividad correspondiente.

Estándar PCI.7.4

El establecimiento reduce el riesgo de infecciones en la instalación asociadas con el funcionamiento del servicio de alimentación y de los controles mecánicos y de ingeniería.

Propósito de PCI.7.4

Los controles de ingeniería, por ejemplo, los sistemas de ventilación, los equipos de protección contra riesgos biológicos en laboratorios, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina, son ejemplos del importante rol que cumplen los estándares y controles del entorno que contribuyen con la buena higiene y la reducción de riesgos de infección en el establecimiento.

Elementos Medibles de PCI.7.4

1. Los controles de ingeniería se implementan, según sea adecuado, para minimizar el riesgo de infección en las áreas del establecimiento.
2. La higiene de la cocina, la preparación y manipulación de alimentos son adecuadas para minimizar el riesgo de infección.
3. ***Se realiza sistemáticamente el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos***
4. ***Se realiza sistemáticamente el control microbiológico de alimentos de acuerdo a la normatividad vigente.***
5. ***Si el agua potable procede de la red pública, se efectúan controles del nivel de cloración, de acuerdo a la normatividad vigente.***

Estándar PCI.7.5

El establecimiento reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante una demolición, construcción o adecuación de sus espacios.

Propósito de PCI.7.5

Al planificar una demolición, una construcción o adecuación estructural, el establecimiento emplea criterios de riesgo que se ocupan del impacto 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 urgencia.

Elementos Medibles de PCI.7.5

1. El establecimiento emplea criterios para evaluar el impacto de una demolición, una construcción o adecuación estructural.
2. Se evalúan y manejan los riesgos y el impacto de una demolición, una construcción o adecuación estructural sobre la calidad del aire y las actividades de control de infecciones.

PROCEDIMIENTOS DE AISLAMIENTO

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar PCI.8

El establecimiento cuenta con precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, visitantes y personal contra las enfermedades contagiosas, y protegen a los pacientes inmunodeprimidos contra las infecciones.

Propósito de PCI.8

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que establecen los métodos de aislamiento y de barrera, los cuales se basan en el método para evitar el contagio de enfermedades y se ocupan de cada paciente que pueda ser contagioso o estar inmunodeprimido. Los procedimientos de aislamiento se ocupan de evitar el contagio de enfermedades, la protección del personal y de los visitantes, del entorno del paciente y de la limpieza de la habitación durante la estadía del paciente y una vez que es dado de alta.

Elementos Medibles

1. Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o sospechadas, son aislados conforme las normas y las guías de práctica clínica recomendadas.
2. Las políticas y procedimientos se ocupan del aislamiento de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de los pacientes inmunodeprimidos y del personal expuesto.
3. **Se protege a los pacientes inmunodeprimidos contra las infecciones.**
4. Se cuenta con una estrategia para manejar una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas.
5. El personal recibe capacitación sobre el manejo de pacientes infectocontagiosos.

TÉCNICAS DE BARRERA E HIGIENE DE LAS MANOS

Estándar PCI.9

El establecimiento cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para aplicar correctamente las medidas de protección universales y llevar a cabo la higiene de manos.

Propósito de PCI.9

La higiene de las manos, las técnicas de barrera y los agentes de desinfección son herramientas fundamentales para la prevención y control de infecciones. El establecimiento identifica aquellas situaciones en las que se necesitan cubrebocas, protección ocular, batas y/o guantes, e imparte capacitación para usarlos correctamente. Los lavabos, jabón, los desinfectantes y las sanitas u otros medios de secado se encuentran en las áreas donde es necesario llevar a cabo procedimientos de lavado y desinfección de manos. El establecimiento adopta los lineamientos para la higiene de las manos, las publica en los lugares adecuados y el personal recibe capacitación sobre la forma correcta de lavarse las manos, de desinfectarlas y sobre procedimientos de desinfección de superficies.

Elementos Medibles de PCI.9

1. El establecimiento identifica las situaciones en las que es preciso usar guantes, cubrebocas y/o protección ocular.
2. Los guantes, cubrebocas y/o protección ocular se usan correctamente en dichas situaciones.
3. El establecimiento identifica las áreas en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dichas áreas y se evalúa su cumplimiento.
5. El establecimiento adopta los lineamientos basados en la evidencia para la higiene de las manos.

INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA CON LA MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estándar PCI.10

El plan o programa de prevención y control de infecciones está integrado al plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Estándar PCI.10.1

El establecimiento rastrea riesgos, tasas y tendencias de las infecciones asociadas con la atención médica.

Estándar PCI.10.2
La vigilancia incluye el uso de indicadores relacionados la prevención y reducción infecciones, que son importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.

Estándar PCI.10.3
El establecimiento emplea información de riesgos, tasas y tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de infecciones nosocomiales hasta llegar a los niveles más bajos que sean posibles.

Estándar PCI.10.4
El establecimiento compara sus tasas de infecciones con las de otras organizaciones.

Estándar PCI.10.5
Los resultados del plan o programa de prevención y control de infecciones se comunican regularmente a los directivos y al personal operativo.

Estándar PCI.10.6
El establecimiento notifica las infecciones a la autoridad sanitaria correspondiente.

Propósito de PCI.10 hasta PCI.10.6
El proceso de control de infecciones está diseñado para reducir el riesgo de infección para los pacientes, el personal y las demás personas. A fin de alcanzar este objetivo, el establecimiento debe controlar y rastrear, en forma intencionada, los riesgos, las tasas y las tendencias presentes en las infecciones, para lo cual utiliza la información para mejorar las actividades de prevención, control y reducción de las tasas de infecciones a los niveles más bajos que sean posibles. La mejor forma en que puede usar los datos y la información de control es comprendiendo las tasas y tendencias en otras organizaciones similares.

PCI.10 El plan o programa de prevención y control de infecciones está integrado al plan o programa de calidad y seguridad del paciente.
Elementos Medibles de PCI.10

1. La prevención y control de infecciones forman parte del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento. (Ver QPS.3.11)
2. Los responsables del plan o programa de calidad y seguridad del paciente participan en la supervisión del plan o programa de prevención y control de infecciones.

PCI.10.1 El establecimiento rastrea riesgos, tasas y tendencias de las infecciones asociadas con la atención médica.
Elementos Medibles de PCI.10.1

1. Se rastrean los riesgos de infecciones asociadas con la atención médica.
2. Se rastrean las tasas de infecciones asociadas con la atención médica.
3. Se rastrean las tendencias de infecciones asociadas con la atención médica.

PCI.10.2 La vigilancia incluye el uso de indicadores relacionados con la prevención y reducción infecciones que son importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.
Elementos Medibles de PCI.10.2

1. La vigilancia emplea indicadores de prevención y reducción de infecciones.
2. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.

PCI.10.3 El establecimiento emplea información de riesgos, tasas y tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de infecciones nosocomiales hasta llegar a los niveles más bajos que sean posibles.
Elementos Medibles de PCI.10.3

1. Se rediseñan los procesos basándose en los datos e información sobre los riesgos, las tasas y las tendencias.
2. Se rediseñan los procesos a fin de reducir al mínimo posible los riesgos de infección.

PCI.10.4 El establecimiento compara sus tasas de infecciones con las de otras organizaciones.
Elementos Medibles de PCI.10.4

1. Las tasas de infecciones nosocomiales se comparan con las tasas de otras organizaciones. (Ver QPS.4.2, EM 2 y MCI.20.3, EM 3)
2. El establecimiento compara sus tasas con las mejores prácticas y la evidencia científica.

PCI.10.5 Los resultados del plan o programa de prevención y control de infecciones se comunican regularmente a los directivos y al personal operativo.
Elementos Medibles de PCI.10.5

1. Se comunican formalmente los resultados del control al personal médico.
2. Se comunican formalmente los resultados del control al personal de enfermería.
3. Se comunican formalmente los resultados del control al cuerpo de gobierno.

PCI.10.6 El establecimiento notifica las infecciones a la autoridad sanitaria correspondiente.
Elementos Medibles de PCI.10.6

1. ***Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de infecciones nosocomiales, de acuerdo a la normatividad vigente.***
2. El establecimiento toma las debidas acciones en cuanto a medidas provenientes de la autoridad correspondiente.

EDUCACIÓN DEL PERSONAL ACERCA DEL PROGRAMA

Estándar PCI.11

El establecimiento imparte educación sobre prácticas de control de infecciones a los médicos, pacientes y, según corresponda, a los familiares y demás cuidadores.

Propósito de PCI.11

Para que un establecimiento tenga un programa efectivo de prevención y control de infecciones debe capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio en las políticas, procedimientos y prácticas. El programa de capacitación incluye personal clínico, no clínico, pacientes, familiares, proveedores y demás visitantes. Se exhorta a los pacientes y familiares a participar en la implementación y empleo de las prácticas de prevención y control de infecciones. La capacitación considera los hallazgos y las tendencias provenientes de las actividades de control.

Elementos Medibles de PCI.11

1. El establecimiento proporciona educación sobre la prevención y el control de infecciones.
2. Están incluidos en el programa el personal clínico y no clínico.
3. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde de acuerdo a las necesidades y el estado del paciente.
4. Todo el personal está orientado en lo que se refiere a las políticas, procedimientos y prácticas del programa de prevención y control de infecciones.
5. La educación periódica del personal incluye nuevas políticas y procedimientos.
6. La educación periódica del personal responde a las tendencias relevantes de los datos sobre infecciones.

GLD

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

Governance, Leadership and Direction

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

Governance, Leadership, and Direction

PERSPECTIVA GENERAL

Brindar una atención segura y con buena calidad al paciente requiere de un liderazgo efectivo, el cual proviene de varias fuentes dentro de un establecimiento de atención médica, incluidos los directivos, responsables de área y otras personas que ocupen puestos de dirección, responsabilidad y confianza. Se debe identificar a estas personas e involucrarlas para asegurar un liderazgo efectivo para la comunidad y para sus pacientes.

Los directivos y responsables de área deben identificar la misión del establecimiento y asegurarse de contar con los recursos necesarios para cumplirla. En muchos casos, esto no implica invertir más recursos, sino utilizar en forma más eficiente los ya existentes, aunque sean escasos. Además, los directivos y responsables de área deben trabajar juntos para coordinar e integrar todas las actividades diseñadas para mejorar la atención al paciente y los servicios clínicos.

El liderazgo efectivo comienza con la comprensión de las responsabilidades, la autoridad de las personas y la forma en que estas personas trabajan juntas. Quienes gobiernan, administran y conducen un establecimiento, tienen autoridad y responsabilidad; colectiva e individualmente; son responsables de cumplir con las leyes, reglamentos y normas vigentes, así como de cumplir con la responsabilidad del establecimiento para con la población de pacientes que atiende.

Con el tiempo, el liderazgo efectivo ayuda a superar las barreras percibidas y los problemas de comunicación entre los departamentos y servicios dentro del hospital. Los servicios se vuelven más integrados; en particular, la integración de todas las actividades de gestión y mejora de la calidad genera mejores resultados para los pacientes.

GOBIERNO DEL ESTABLECIMIENTO

Estándar GLD.1

Las responsabilidades del gobierno del establecimiento se describen en los estatutos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.

Propósito de GLD.1

El gobierno del establecimiento, sea una junta de gobierno, consejo de administración, corporativo o dueño es responsable de supervisar el funcionamiento del hospital y de proveer servicios de salud de buena calidad a su comunidad o a la población que busca la atención. Las responsabilidades del gobierno y de los directivos se describen en un documento que además señala cómo será evaluado su desempeño con criterios específicos.

El gobierno y la estructura directiva se identifican en un organigrama o en otro documento que muestre las líneas de autoridad y de rendición de cuentas.

Elementos Medibles de GLD.1

1. Está documentada la estructura del gobierno del establecimiento.
2. En los documentos se describen las responsabilidades del gobierno del establecimiento.
3. Los documentos describen el modo en que se evaluará el desempeño, bajo criterios específicos.
4. Hay al menos una evaluación documentada del desempeño del director o gerente realizada por el gobierno del establecimiento.
5. *Hay al menos una evaluación documentada del desempeño de los directivos del establecimiento.*
6. Se cuenta con un organigrama del establecimiento.
7. El gobierno del establecimiento y la estructura directiva están identificados por cargo o por nombre.

Estándar GLD.1.1

El gobierno del establecimiento aprueba y hace pública la declaración de la misión del hospital.

Estándar GLD.1.2

El gobierno del establecimiento aprueba las políticas, planes y programas para el funcionamiento del hospital.

Estándar GLD.1.3

El gobierno del establecimiento aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

Estándar GLD.1.4

El gobierno del establecimiento nombra al director o gerente general del hospital.

Estándar GLD.1.5

El gobierno del establecimiento colabora con los directivos del hospital.

Estándar GLD.1.6

El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones periódicamente basándose en los informes que se les presentan.

Propósito de GLD.1.1 hasta GLD.1.6

La prioridad para el gobierno del establecimiento es lograr que la organización tenga un claro liderazgo, funcione en forma eficiente y proporcione servicios de buena calidad. Por lo que sus responsabilidades se encuentran principalmente en el nivel de aprobación e incluyen:

- la aprobación de la misión del establecimiento;
- la aprobación (o definición de la autoridad de aprobación, cuando se delegue) de los planes o programas estratégicos y de gestión; y de las políticas y procedimientos necesarios para el funcionamiento diario del establecimiento;
- la aprobación de la participación del establecimiento en programas de educación para profesionales de la salud y en investigaciones, así como la supervisión de la calidad de tales programas;
- la aprobación del presupuesto para hacer funcionar al establecimiento; y
- el nombramiento o la aprobación de los mandos medios y superiores del establecimiento.

El gobierno del establecimiento desarrolla un proceso para la comunicación y cooperación con los directivos del hospital, con el objetivo de dar seguimiento a los planes y programas y cumplir con la misión.

GLD.1.1 El gobierno del establecimiento aprueba y hace pública la declaración de la misión del hospital.

Elementos Medibles de GLD.1.1

1. El gobierno del establecimiento aprueba la misión del establecimiento.
2. El gobierno del establecimiento garantiza la revisión periódica de la misión del establecimiento.
3. Los responsables del gobierno del establecimiento hacen pública de la misión del establecimiento.

GLD.1.2 El gobierno de establecimiento aprueba las políticas, planes y programas para el funcionamiento del hospital.

Elementos Medibles de GLD.1.2

1. El gobierno del establecimiento aprueba los planes y programas de gestión, así como las políticas y procedimientos para el funcionamiento del establecimiento.
2. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en las políticas y procedimientos del gobierno del establecimiento.
3. El gobierno del establecimiento aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asímismo supervisan la calidad de dichos programas.

GLD.1.3 El gobierno del establecimiento aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

Elementos Medibles de GLD.1.3

1. El gobierno del establecimiento aprueba el presupuesto para el funcionamiento del establecimiento.
2. El gobierno del establecimiento asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión del establecimiento.

GLD.1.4 El gobierno del establecimiento nombra al director o al gerente general del hospital.

Elementos Medibles de GLD.1.4

1. El gobierno del establecimiento designa al director o gerente general del establecimiento.
2. El gobierno del establecimiento evalúa el desempeño del director o gerente general del establecimiento.

GLD.1.5 El gobierno del establecimiento colabora con los directivos del hospital.

Elementos Medibles de GLD.1.5

1. El gobierno del establecimiento se comunica con los directivos.
2. El gobierno del establecimiento coopera con los directivos.

GLD.1.6 El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones periódicamente basándose en los informes que se les presentan.

Elementos Medibles de GLD.1.6

1. El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y la seguridad del paciente.
2. El gobierno del establecimiento recibe periodicamente informes sobre el programa de calidad y seguridad del paciente, y toma medidas basándose en los mismos.

LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO

Estándar GLD.2

Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar al establecimiento y de cumplir las leyes, reglamentos y normatividad aplicable.

Propósito de GLD.2

El liderazgo efectivo es fundamental para que una organización pueda funcionar de manera eficiente y cumplir cabalmente con su misión. El director o gerente general es responsable del funcionamiento diario del hospital, esto incluye, entre otras responsabilidades, el abasto de suministros esenciales, el mantenimiento de la instalación física, la administración financiera y la gestión de calidad. El director o gerente general cuenta con la capacitación, educación y experiencia necesarias para llevar a cabo estas responsabilidades.

El director o gerente general trabaja con los demás directivos para definir la misión y para planificar las políticas, procedimientos y servicios clínicos vinculados a tal misión; una vez aprobadas, el director o gerente general, es responsable de la implementación de todas y de asegurar que el personal las cumpla.

Además, el director o general será responsable de:

- el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes;
- la respuesta a todo informe de organismos de inspección y de regulación; y
- los procesos de administración y control de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

Elementos Medibles de GLD.2

1. El director o gerente general maneja el funcionamiento diario del hospital.
2. El director o gerente general posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades, de acuerdo al perfil del puesto y a la normatividad y reglamentación vigente.
3. El director o gerente general recomienda políticas al gobierno del establecimiento.
4. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las políticas aprobadas.
5. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes.
6. El director o gerente general responde todos los informes de los organismos de inspección y regulación.
7. El director o gerente general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos

Estándar GLD.3

Los líderes del establecimiento están identificados y son responsables, colectivamente, del cumplimiento de la misión.

Propósito de GLD.3

Los líderes de una organización pueden ser formales, como Director Médico o Jefa de Enfermería, o ser informales, debido a su reconocimiento por su antiguedad, su importancia o su contribución al establecimiento. Es importante que

todos los líderes sean reconocidos e incluidos en el proceso de definición de la misión, para luego, elaborar los planes y políticas necesarias para cumplirla. *(Ver ACC.1, EM 2 y 3)*

Elementos Medibles de GLD.3

1. Los líderes del establecimiento están formal o informalmente identificados.
2. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de la definición de la misión del establecimiento.
3. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de la creación de las políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.
4. Los líderes trabajan en colaboración para llevar a cabo la misión del establecimiento y asegurarse de que se sigan las políticas y los procedimientos aprobados.

Estándar GLD.3.1

Los líderes de la organización desarrollan planes con líderes de la comunidad y de otras organizaciones para cubrir las necesidades de atención médica de su comunidad.

Propósito de GLD.3.1

La misión de un hospital refleja la cobertura de las necesidades de su comunidad y de la población de pacientes que atiende dentro del área geográfica de influencia. Las necesidades de los pacientes suelen cambiar con el tiempo y, por consiguiente, es preciso que los líderes de la organización involucren a sus comunidades en su planificación estratégica y operativa, esto se logra mediante la búsqueda de opiniones o aportes, individuales o colectivo, a través de grupos asesores o grupos de trabajo. Por consiguiente, es importante que los líderes de la organización se articulen con líderes reconocidos de la comunidad y de otros establecimientos para elaborar planes en conjunto. Los líderes de la organización reconocen su responsabilidad para mejorar la salud en su comunidad. *(Ver MCI.1.1, EM 3)*

Elementos Medibles de GLD.3.1

1. Los líderes de la organización hacen planes con líderes reconocidos de la comunidad.
2. Los líderes de la organización hacen planes con líderes de otras organizaciones de atención médica de su comunidad.
3. Los líderes de la organización toman en cuenta las aportaciones de sus grupos de interés (stakeholders), como parte de su planificación estratégica y operativa.
4. El establecimiento participa en la educación de la comunidad sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Estándar GLD.3.2

Los líderes de la organización identifican y planifican el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende el establecimiento.

Propósito de GLD.3.2

Los servicios de atención al paciente se planifican y diseñan para responder a las necesidades de la población de pacientes que atienden. Los planes del establecimiento describen la atención y los servicios que se proporcionarán, conforme a su misión. Los responsables de las áreas y servicios clínicos del establecimiento determinan los servicios de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitación y otros esenciales para los pacientes. Los directivos también determinan el alcance y la capacidad física y resolutiva de los diferentes servicios que prestará el establecimiento, directa o indirectamente.

Los servicios planificados reflejan la dirección estratégica del establecimiento y la perspectiva de los pacientes que atienden. Cuando un establecimiento utiliza tecnología y/o productos farmacéuticos "experimentales" en procedimientos de atención a pacientes (ya sea a nivel nacional o internacional), existe un proceso para la revisión y aprobación de dicho uso. Es fundamental que dicha aprobación anteceda su uso y en todos los casos se solicite el consentimiento informado especial del paciente.

Elementos Medibles de GLD.3.2

1. Los planes del establecimiento describen la atención y los servicios que se proporcionarán.
2. La atención y los servicios que se ofrecerán coinciden con la misión del establecimiento.

3. Los directivos y responsables de áreas determinan el tipo de atención y servicios que prestará el establecimiento.
4. Los directivos y responsables de áreas cuentan con un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales.

Estándar GLD.3.2.1

Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.

Propósito de GLD.3.2.1

Los riesgos de la atención se reducen significativamente cuando se utiliza el equipo adecuado y este funciona de manera correcta. Esto es particularmente cierto en áreas clínicas tales como anestesia, radiología y diagnóstico por imagen, cardiología, radioterapia y otros servicios de alto riesgo. Los suministros y medicamentos adecuados también están a disposición y son adecuados para su uso planificado y situaciones de urgencia. Cada establecimiento entiende los equipos requeridos o recomendados, los insumos y los medicamentos necesarios para prestar los servicios planificados a su población de pacientes, los cuales pueden provenir de un organismo gubernamental, de organizaciones nacionales o internacionales o de otras organizaciones profesionales.

Elementos Medibles de GLD.3.2.1

1. El establecimiento identifica las recomendaciones de organismos gubernamentales y demás fuentes de autoridad en relación con el equipo y los insumos que se necesitarán para proporcionar los servicios planificados.
2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.
3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.

Estándar GLD.3.3

Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados.

Propósito de GLD.3.3

Los establecimientos proporcionan servicios de manera directa o a través de la subrogación, por ejemplo: servicios de radiología y diagnóstico, limpieza, vigilancia y cocina, en cuyo caso, debe existir un contrato que especifique los requerimientos de calidad de dicho servicio y una supervisión adecuada (técnica y directiva) a fin de asegurar que se cubran las necesidades del paciente como parte de las actividades de gestión y mejora de la calidad del establecimiento. Algunas fuentes que habitualmente se consideran para la definición de requerimientos de calidad son: la normatividad vigente, las guías y lineamientos, las políticas y programas del establecimiento, así como términos de referencia técnica.

Los directivos y responsables de áreas o servicios reciben informes de la calidad de los servicios subrogados y toman decisiones basándose en los mismos; asímismo, se aseguran de que los informes se incorporen al proceso de control de calidad del establecimiento, cuando corresponda. *(Ver ACC.4.1, ME 2; ACC.6; ACC.6.2; MMU.5.3 EM4; ASC.1 EM4, SAD.1.8; SAD.2.9)*

Elementos Medibles de GLD.3.3

1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte de los directivos y responsables de áreas técnicas correspondientes.
2. Los servicios subrogados cubren las necesidades de los pacientes.
3. Los servicios subrogados se controlan como parte del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.
4. Los directivos y responsables de áreas reciben informes de calidad de los servicios subrogados y toman medidas basándose en los mismos.
5. Todos los servicios subrogados, cuentan con la autorización del establecimiento para ser prestados, dicha autorización se basa en cláusulas de calidad para la prestación de servicios.

Estándar GLD.3.4

Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación activa en el proceso.

Propósito de GLD.3.4

El principal propósito de un establecimiento de atención médica es proporcionar atención al paciente y trabajar para mejorar los resultados de dicha atención aplicando los principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y otros necesitan: *(Ver QPS.1.5, SQE.11, SQE.14 y SQE.17)*

- 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; y
- garantizar que el control clínico incluya oportunidades para controlar a su vez el desempeño profesional.

Elementos Medibles de GLD.3.4

1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad.
2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. El desempeño profesional se controla como parte del control clínico.

Estándar GLD.3.5

Los directivos del establecimiento aseguran que haya programas estandarizados para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal.

Propósito de GLD.3.5

La capacidad de un establecimiento para atender a sus pacientes está directamente relacionada con su capacidad para atraer y retener personal calificado y competente. Los directivos y responsables de áreas reconocen que la retención del personal, más que el reclutamiento, proporciona un mayor beneficio a largo plazo. La retención aumenta cuando los líderes apoyan el avance del personal mediante la capacitación y educación continua, por lo tanto, planifican e implementan programas y procesos estandarizados relacionados con el reclutamiento, retención, desarrollo, capacitación y educación continua de cada una de las categorías del personal.

Elementos Medibles de GLD.3.5

1. Existe un proceso planificado para el reclutamiento del personal.
2. Existe un proceso planificado para la retención del personal.
3. Existe un proceso planificado para el desarrollo individual y la educación continua del personal.
4. La planificación se hace en colaboración, e incluye a todas las áreas y servicios del establecimiento.

Estándar GLD.4

Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planifican e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad.

Propósito de GLD.4

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con el establecimiento. Estos líderes:

- respaldan la buena comunicación entre los profesionales;
- planifican y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos;
- aseguran la práctica ética de sus profesiones; y
- supervisan la calidad de la atención al paciente.

Los líderes del personal médico y de enfermería crean una estructura organizacional adecuada y efectiva a fin de llevar a cabo estas responsabilidades. La estructura puede estar sumamente organizada con estatutos, reglas y reglamentaciones, estar constituida de manera informal. En general, la estructuras:

- incluye todo el personal clínico relevante;
- coincide con la misión y la estructura del establecimiento;
- es adecuada para la complejidad y la cantidad de personal profesional del establecimiento; y
- es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

Elementos Medibles de GLD.4

1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad del establecimiento.
3. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.
4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planificación clínica y la elaboración de políticas.
5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS

Estándar GLD.5

Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio del establecimiento.

Propósito de GLD.5

Los resultados de un establecimiento de atención médica se relacionan directamente con el desempeño de cada uno de sus servicios clínicos y departamentos administrativos; por lo tanto una organización será tan buena como lo sean cada uno de sus servicios o áreas por separado. Un buen desempeño por área o por servicio requiere un claro liderazgo por parte de una persona calificada. En servicios más grandes, el liderazgo puede estar compartido, en cuyo caso las responsabilidades se definen por escrito. *(Ver ACC.6.1, ASC.2, SAD.1.9; SAD.2.7; MMU.1.1)*

Elementos Medibles de GLD.5

1. Una persona con la debida capacitación, educación y experiencia dirige cada área o servicio del establecimiento.
2. Cuando hay más de una persona a cargo del área o servicio, se definen por escrito las responsabilidades y nombramiento de cada una.

Estándar GLD.5.1

Los responsables de cada área clínica identifican por escrito los servicios que proporcionará su área.

Estándar GLD.5.1.1

Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios del establecimiento.

Propósito de GLD.5.1 Y GLD.5.1.1

Los responsables de áreas clínicas del establecimiento colaboran para determinar el formato y contenido uniformes de los documentos de planificación específica sus áreas, conteniendo como mínimo: objetivos, políticas, procedimientos y los servicios actuales y planificados, así como el conocimiento, las destrezas y la disponibilidad del personal necesarios para evaluar y cumplir con las necesidades del paciente.

Los servicios clínicos prestados a los pacientes se coordinan e integran dentro de cada área o servicio; por ejemplo, la coordinación entre médicos y enfermeras. Además, cada departamento o servicio coordina e integra sus servicios con otras áreas y servicios, por ejemplo, el servicio de ginecobstetricia se coordina con el servicio de nutrición y con el de pediatría; con ello se evita o se elimina la duplicación innecesaria de servicios, a fin de hacer más eficiente el uso de los recursos.

GLD.5.1 Los responsables de cada área clínica identifican, por escrito, los servicios que proporcionará su área.

Elementos Medibles de GLD.5.1

1. Los responsables de cada área o servicio seleccionan y emplean un formato y contenido uniformes para planificar servicios.
2. Los documentos del área o servicio describen los servicios actuales y planificados que proporcionan.
3. Las políticas y procedimientos de cada área o servicio guían la prestación de servicios identificados.
4. Las políticas y procedimientos de cada área o servicio definen del conocimiento y las destrezas del personal necesarios para evaluar y cumplir con las necesidades del paciente.

GLD.5.1.1 Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios del establecimiento

Elementos Medibles de GLD.5.1.1

1. Existe una coordinación y una integración de servicios dentro de cada área.
2. Existe una coordinación y una integración de servicios con otras áreas o servicios.

Estándar GLD.5.2

Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan.

Propósito de GLD.5.2

Los responsables de cada área comunican a los directivos del establecimiento los recursos que requieren, esto ayuda a asegurarse que el personal, espacio, equipo y demás recursos necesarios sean adecuados y estén disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes. Si bien, los directores hacen recomendaciones sobre recursos humanos y sobre otros recursos necesarios, esas necesidades cambian o no se satisfacen completamente. Por consiguiente, los directores cuentan con un proceso para responder ante la escasez de recursos, a fin de asegurar una atención segura y efectiva para todos los pacientes.

Elementos Medibles de GLD.5.2

1. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.
2. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.
3. Los responsables de cada área o servicio recomiendan la cantidad y las competencias del personal necesarias para prestar servicios.
4. Los responsables de cada área o servicio recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.
5. Los responsables de cada área o servicio cuentan con un proceso para responder ante una escasez de recursos.

Estándar GLD.5.3

Los responsables de cada área o servicio recomiendan los criterios para la selección del personal profesional de las áreas, y eligen o recomiendan personas que cumplen con dichos criterios.

Propósito de GLD.5.3

Los responsables de cada área o servicio tienen en cuenta los servicios prestados y planificados, así como la capacitación, educación, destrezas, conocimiento y experiencia que deben tener el personal profesional para prestar dichos servicios. Los responsables de cada área o servicio elaboran criterios que reflejan esta consideración para luego seleccionar personal. Puede que los responsables de área trabajen también con Recursos Humanos u otros departamentos en el proceso de selección.

Elementos Medibles de GLD.5.3

1. El responsable de cada área o servicio elabora criterios relacionados con la educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesarios del personal profesional de las áreas.
2. El responsable de cada área o servicio emplea tales criterios para seleccionar o recomendar personal profesional.

Estándar GLD.5.4

Los responsables de cada área o servicio brindan orientación y capacitación a todo el personal del área o servicio de acuerdo con sus responsabilidades.

Propósito de GLD.5.4

Los responsables de cada área o servicio aseguran que todo el personal de las áreas comprenda sus responsabilidades y establecen la inducción y capacitación para los nuevos trabajadores. La inducción incluye la misión del establecimiento, la misión del área o servicio, el alcance de los servicios prestados y las políticas y procedimientos relacionados con la prestación de servicios; por ejemplo, todo el personal entiende los procedimientos de prevención y control de infecciones dentro del establecimiento y dentro del área o servicio. Cuando se implementan políticas o procedimientos nuevos o rediseñados, el personal recibe la capacitación pertinente. *(Ver SQE.7; SAD.1.1, EM 5; SAD.2.2, EM 6 y PCI.11, EM 4)*

Elementos Medibles de GLD.5.4

1. Los responsables de cada área o servicio establecieron un programa de inducción.
2. Todo el personal de las áreas o servicios cumplieron el programa.

Estándar GLD.5.5

Los responsables de áreas controlan sus servicios y el desempeño del personal.

Propósito de GLD.5.5

Una de las responsabilidades más importantes del encargado de un área o servicio es la implementación del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento dentro de su ámbito de competencia.

Dicha implementación está dirigida por:

a) las prioridades de control y mejora del establecimiento relacionadas con el área o servicio;
b) la evaluación de los servicios prestados a través de encuestas al paciente y análisis de quejas;
c) la necesidad de entender la eficiencia y la relación costo-efectividad de los servicios prestados; y
d) el control de los servicios subrogados. *(Ver GLD.3.3)*

Los directivos y los responsables de cada área o servicio son responsables de asegurar que las actividades de control que se implementen ofrezcan la oportunidad de evaluar tanto al personal como al proceso de atención, por consiguiente incluye todos los servicios prestados.

Elementos Medibles de GLD.5.5

1. Los responsables de cada área o servicio implementan controles de calidad en los servicios prestados en su área o servicio, incluidos los siguientes criterios, según sea adecuado para el área o servicio:
    a) las prioridades de control y mejora del establecimiento relacionadas con el área o servicio;
    b) la evaluación de los servicios prestados a través de encuestas al paciente y análisis de quejas;
    c) la necesidad de entender la eficiencia y la relación costo-efectividad de los servicios prestados; y
    d) el control de los servicios subrogados.
2. Los responsables de cada área o servicio implementan controles de calidad relacionados con el desempeño del personal, en cuanto al cumplimiento de sus responsabilidades.
3. Los responsables de cada área o servicio implementan, en su ámbito de competencia, el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
4. Se proporciona a los responsables de cada área o servicio los datos y la información que necesitan para manejar y mejorar la atención y los servicios.
5. Las actividades de mejora y control de la calidad de un área o servicio se informan periódicamente ante el mecanismo de supervisión de calidad del establecimiento.

ÉTICA DEL ESTABLECIMIENTO

Estándar GLD.6

El establecimiento define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.

Estándar GLD.6.1

El marco del establecimiento para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

Estándar GLD.6.2

El marco del establecimiento para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

Propósito de GLD.6 hasta GLD.6.2

Un establecimiento de atención médica tiene una responsabilidad ética y legal con sus pacientes, su personal y su comunidad. Los líderes entienden estas responsabilidades para lo cual crean documentos de orientación para brindar un marco coherente dentro del cual se lleven a cabo estas responsabilidades.

El establecimiento funciona dentro de este marco para:

- divulgar la propiedad y todo conflicto de intereses;
- describir honestamente sus servicios a los pacientes;
- ofrecer políticas claras de admisión, transferencia y alta;
- facturar sus servicios con precisión; y
- resolver conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.

El marco también respalda al personal profesional del establecimiento y a sus pacientes en caso de que se vean enfrentados a dilemas éticos de la atención al paciente, como por ejemplo: decisiones relacionadas con donaciones y trasplantes, desacuerdos entre los pacientes y sus familias, y entre pacientes y sus prestadores de atención respecto a las decisiones de atención, y discrepancias entre profesionales. Dicho apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

*La organización cuenta con un **Comité Hospitalario de Bioética** que realiza las siguientes funciones:*

- Resolver los problemas derivados de la atención médica
- Analizar, discutir y apoyar la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud
- Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas para la atención y docencia médica

El comité se conforma de manera interdisciplinaria de acuerdo a lo establecido en el Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud.

La organización cuenta con un **Comité de Bioseguridad** encargado de determinar y normar al interior del establecimiento el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética, con base en las disposiciones jurídicas aplicables.

GLD.6 El establecimiento define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.

Elementos Medibles de GLD.6

1. Los directivos definen normativas éticas y legales que protegen a los pacientes y sus derechos (Ver PFR.1).
2. Los directivos establecen un marco para el manejo ético del establecimiento.
3. ***El Comité Hospitalario de Bioética está conformado según la normatividad vigente y lleva a cabo sus funciones.***
4. ***El Comité Hospitalario de Bioseguridad está conformado según la normatividad vigente lleva a cabo sus funciones.***

GLD.6.1 El marco del establecimiento para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

Elementos Medibles de GLD.6.1

1. El establecimiento divulga quién o quiénes son sus propietarios.
2. El establecimiento describe honestamente sus servicios a los pacientes.
3. El establecimiento ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.
4. El establecimiento factura sus servicios con precisión.
5. El establecimiento resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención del paciente.

GLD.6.2 El marco del establecimiento para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

Elementos Medibles de GLD.6.2

1. El marco del establecimiento para el manejo ético respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.
2. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

FMS GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

Facility Management and Safety

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

Facility Management and Safety

PERSPECTIVA GENERAL

Los establecimientos de atención médica trabajan para proporcionar una instalación segura y funcional, que ofrezca apoyo a los pacientes, a las familias, al personal y a los visitantes. Para alcanzar este objetivo, debe existir una gestión efectiva de la instalación física, del equipo médico y no médico, y de las personas. En particular, esta gestión debe de:

- reducir y controlar los peligros y riesgos;
- prevenir accidentes y lesiones; y
- mantener condiciones seguras.

Una gestión efectiva incluye planificación, educación y control, de la siguiente manera:

- Los directores y responsables de las áreas planifican el espacio, el equipo y los recursos necesarios para respaldar en forma segura y efectiva los servicios clínicos prestados.
- Todo el personal recibe educación sobre las instalaciones, cómo reducir los riesgos y cómo controlar e informar situaciones que representan peligros y riesgos.
- Se emplean criterios de desempeño para controlar los sistemas importantes e identificar las áreas de oportunidad.

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

1. Seguridad y protección
   - Seguridad: el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal o los visitantes.
   - Protección: contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados.
2. Materiales y sustancias peligrosos: la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas, y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
3. Manejo de emergencias: existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
4. Seguridad contra incendios: la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
5. Equipo médico: el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).
6. Sistemas de servicios básicos: los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.

Las leyes, reglamentaciones e inspecciones realizadas por las autoridades locales determinan, en gran parte, el modo en que se diseña, utiliza y mantiene una instalación. Todos los establecimientos, independientemente de su tamaño y recursos, deben cumplir con estos requisitos como parte de sus responsabilidades para con los pacientes, los familiares, el personal y los visitantes.

Los establecimientos deben comenzar por cumplir con las leyes y las reglamentaciones aplicables; con el tiempo, adquieren más conocimiento respecto a los detalles de la instalación física que ocupan y comienzan a reunir datos, y en forma proactiva implementan estrategias para reducir los peligros y riesgos y con ello mejorar el entorno de atención al paciente.

LIDERAZGO Y PLANIFICACIÓN

Estándar FMS.1

El establecimiento cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación.

Propósito de FMS.1

Lo primero a tener en cuenta en cualquier instalación física son las leyes, reglamentaciones y demás requisitos relacionados con la instalación. Dichos requisitos pueden diferir, dependiendo de la antiguedad y la ubicación geográfica de la instalación, y de otros factores, por ejemplo, reglamentos de construcción de edificios, de seguridad contra incendios, etc.

Los directores del establecimiento son responsables de:

- conocer las leyes, reglamentaciones locales, nacionales y demás requisitos que correspondan a las instalaciones del establecimiento;
- implementar los requisitos correspondientes o los requisitos alternativos aprobados; y
- planificar y presupuestar las actualizaciones o sustituciones necesarias identificadas por los datos de control para cumplir con los requisitos correspondientes.

Cuando el establecimiento recibe un citatorio por no cumplir con los requisitos, los directores asumirán la responsabilidad de planificar y cumplir con el requisito dentro del marco de tiempo establecido.

Elementos Medibles de FMS.1

1. Los directores del establecimiento conocen las leyes, reglamentaciones y demás requisitos que corresponden a las instalaciones del establecimiento.
2. Los directores implementan los requisitos correspondientes o las alternativas aprobadas.
3. Los directores aseguran que el establecimiento cumpla con las condiciones referidas en los informes de inspección a las instalaciones.

Estándar FMS.2

El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa por escrito que describe el proceso de manejo de riesgos para los pacientes, las familias, los visitantes y el personal.

Propósito de FMS.2

El manejo de los riesgos dentro del entorno en el cual se trata a los pacientes y trabaja el personal requiere una planificación. El establecimiento elabora un plan o programas que incluyen lo siguiente:

a) **Seguridad y protección**
   - Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.
   - Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados

b) **Materiales y sustancias peligrosos**: la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.

c) **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 a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).

f) **Sistemas de servicios básicos**: los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.

El plan o programas se elaboran con base en una identificación de riesgos específicos del hospital. Dicho plan se hace por escrito y se actualiza, de modo que refleje las condiciones actuales dentro del establecimiento. Existe un proceso para su revisión y actualización.

Elementos Medibles de FMS.2

1. Existe un plan documentado, que se ocupa de las siguientes áreas de riesgo:
   a) **Seguridad y protección**
      - Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.
      - Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados
   b) **Materiales y sustancias peligrosos**: la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
   c) **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 a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).
   f) **Sistemas de servicios básicos**: los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.
2. El plan está vigente o actualizado.
3. El plan está plenamente implementado.
4. El establecimiento cuenta con un proceso para revisar y actualizar anualmente el plan o programa.

Estándar FMS.3

Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.

Estándar FMS.3.1

La información sobre incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Propósito de FMS.3 y FMS.3.1

El plan o programa de manejo de riesgos en una instalación o área, tanto en un establecimiento grande como en uno pequeño, requiere el nombramiento de una o más personas que brinden su liderazgo y supervisión. En una unidad pequeña, podrá nombrarse a una persona a medio tiempo, mientras que en una unidad más grande, deberán nombrarse varios ingenieros u otras personas especialmente capacitadas. En cualquiera de los casos, todos los aspectos del programa deben ser manejados en forma efectiva, de manera sistemática y continua.

La supervisión del programa incluye:

a) la planificación de todos los aspectos del programa;
b) la implementación del programa;
c) la educación del personal;
d) las pruebas y controles del programa;
e) la revisión y modificación periódica del programa;
f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa; y
g) la gestión de una organización coherente y continua.

Cuando resulte adecuado al tamaño y la complejidad del establecimiento, podrá formarse un comité que administre los riesgos de la instalación, el cual podrá tener la responsabilidad de la supervisión y la continuidad del programa; por ejemplo, la **Comisión de Seguridad e Higiene**, *(NOM-019-STPS-2004, Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo).*

El control de todos los aspectos del programa brinda datos valiosos para mejorarlo y para reducir aún más los riesgos dentro del establecimiento.

FMS.3 Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.

Elementos Medibles de FMS.3

1. La supervisión y dirección del programa se asigna a una o más personas.
2. La o las personas están calificadas ya sea por experiencia o por capacitación.
3. La o las personas supervisan el programa; dicha supervisión incluye los siguientes elementos:
   a) la planificación de todos los aspectos del programa
   b) la implementación del programa
   c) la educación del personal
   d) las pruebas y controles del programa
   e) la revisión y modificación periódica del programa
   f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa
   g) la gestión de una organización coherente y continua

Estándar FMS.3.1 La información sobre incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Elementos Medibles de FMS.3.1

1. Existe un plan para controlar todos los aspectos del programa de manejo de riesgos de la instalación.
2.
3. Se lleva un registro de los incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas.
4. Se utilizan los datos de control para mejorar continuamente el programa.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Estándar FMS.4

La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Estándar FMS.4.1

La dirección inspecciona todos los edificios donde se atienden pacientes, y cuenta con un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

Estándar FMS.4.2

La dirección planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, edificios o componentes claves, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.

Propósito de FMS.4 hasta FMS.4.2

Los directores y responsables de área del establecimiento utilizan bien los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura, efectiva y eficiente. La prevención y la planificación son fundamentales para crear una instalación segura. A fin de planificar de manera efectiva, la organización debe ser consciente de todos los riesgos presentes en la instalación, esto incluye todos los tipos de riesgo en la seguridad. El objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y
los visitantes, y reducir y controlar los riesgos y peligros. Esto cobra especial importancia durante periodos de construcción o remodelación del establecimiento. Además, para garantizar la seguridad, todo el personal, los visitantes, los vendedores y demás personas dentro del establecimiento están identificadas, para lo cual se les emite credenciales, permanentes o transitorias, u otras medidas de identificación; todas las áreas que necesitan ser seguras (por ejemplo los cuneros) están protegidas y controladas.

Esto puede hacerse mediante una inspección integral de las instalaciones, verificando todo, desde muebles con bordes filosos y rotos que podrían provocar lesiones hasta lugares que carecen de salida de emergencia para incendios o la imposibilidad de controlar un área protegida. Esta inspección periódica se documenta, y ayuda al establecimiento a planificar, llevar a cabo mejoras y a presupuestar actualizaciones de la instalación a largo plazo.
Posteriormente, al comprender los riesgos presentes en las instalaciones físicas, el establecimiento podrá elaborar un plan proactivo para reducirlos y ofrecer instalaciones seguras a los pacientes, las familias, el personal y los visitantes. Este plan incluye seguridad y protección.

Es particularmente importante que un hospital sea una edificación resistente y habitable para salvagyuardar a médicos, pacientes, familiares, trabajadores y demás visitantes al establecimiento, para garantizar esto, los directivos se aseguran de contar con un dictamen de seguridad estructural vigente emitido por un director responsable de obra, corresponsable en seguridad estructural o perito verificador autorizado por la reglamentación local. El Dictamen de Seguridad Estructural es el resultado de un levantamiento físico de la estructura existente, levantamiento topográfico de precisión, análisis de cargas gravitacionales y accidentales, determinación de la resistencia del concreto y la revisión a detalle de todos los elementos estructurales que conforman el inmueble. Por lo anterior, el dictamen es preciso y explícito en la revisión de los siguientes elementos:

- Tipo de suelo
- Cimientos
- Columnas
- Trabes
- Niveles
- Distribución de cargas
- Inclinaciones
- Fisuras
- Grietas
- Calidad de los materiales de construcción
- Antigüedad de la construcción
- Remodelaciones a la construcción
- Construcciones aledañas
- Análisis de fenómenos geológicos e hidrometeorológicos

Considerando lo anterior el Dictamen tiene una vigencia definida al término de la cual deberá renovarse la inspección para tener un Dictamen vigente. Es posible que después de algún fenómeno natural importante (como un terremoto) se tenga que volver a dictaminar la estructura del hospital a pesar de que no haya vencido el plazo señalado en el Dictamen previo.

Cuando un hospital del sector salud es clasificado como de alta complejidad conforme a la *"Cédula de Clasificación de Hospitales preparados para Enfrentar Desastres"* debe contar con al menos una evaluación interinstitucional de la lista de verificación de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro, si como resultado de dicha evaluación se desprenden hallazgos, observaciones y/o recomendaciones, el cuerpo de gobierno de la organización debe definir y poner en marcha estrategias para solventar lo anterior en un plazo no mayor de 24 meses contados a partir de la notificación de resultados por parte de la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación, al momento de la auditoría para la certificación del hospital se debe mostrar evidencia de implementación de por lo menos cuatro meses.

Estos estándares (FMS.4 a FMS.4.2) son <u>INDISPENSABLES</u> para los hospitales clasificados como de alta complejidad conforme a la *"Cédula de Clasificación de Hospitales preparados para Enfrentar Desastres"*.

FMS.4 La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.
Elementos Medibles de FMS.4

1. El establecimiento cuenta con un programa para proporcionar una instalación física segura y protegida.
2. El programa asegura que todo el personal, los visitantes y los vendedores tengan su identificación y que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.
3. El programa es efectivo para prevenir lesiones y mantener las condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
4. El programa incluye seguridad y protección en tiempos de construcción y remodelación del establecimiento.
5. Los directores aplican los recursos conforme a los planes aprobados.
6. ***Cuando corresponde, el hospital tiene un plan que no rebasa los 24 meses para solventar los hallazgos, observaciones y recomendaciones derivados de la evaluación interinstitucional de la lista de verificación del Programa Hospital Seguro.***

FMS.4.1 La dirección inspecciona todos los edificios donde se atienden pacientes, y cuenta con un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
Elementos Medibles de FMS.4.1

1. ***El establecimiento cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural vigente.***
2. El establecimiento cuenta con una inspección documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas.
3. El establecimiento tiene un plan para reducir los riesgos evidentes basándose en la inspección.
4. El establecimiento está avanzando en cuanto a la realización del plan.

FMS.4.2 La dirección planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, edificios o componentes claves, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.
Elementos Medibles de FMS.4.2

1. El establecimiento planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y componentes claves para cumplir con las leyes, reglamentaciones y demás requisitos correspondientes.
2. El establecimiento planifica y presupuesta la actualización o sustitución de sistemas, edificios o componentes clave para la operación continua de una instalación segura y efectiva.

MATERIALES PELIGROSOS

Estándar FMS.5

El establecimiento cuenta con un plan o programa para el manejo, almacenamiento, uso seguro y destino final de materiales peligrosos.

Propósito de FMS.5

El establecimiento identifica y controla en forma segura los materiales peligrosos. Dichos materiales incluyen sustancias químicos y residuos peligrosos, por ejemplo: productos químicos, agentes de quimioterapia, materiales y desechos radiactivos, gases y vapores peligrosos, y demás residuos médicos e infecciosos reglamentados. Para que el diseño e implementación de este programa esté en el marco de la normatividad vigente es recomendable que los directivos consulten lo establecido en el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, así como, la **NOM-052-SEMARNAT-2005**, que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos, la **NOM-005-STPS-1998**, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas y la **NOM-018-STPS-2000**, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo

El programa establece procesos para:

- el inventario de sustancias químicas y residuos peligrosos;
- la manipulación, almacenamiento y uso de sustancias peligrosas;
- la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes;
- el control y destino final de residuos peligrosos;
- el uso adecuado del equipo y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición;
- la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario; y
- el etiquetado (identificación) adecuado de contenedores de sustancias químicas y residuos peligrosos.

Elementos Medibles de FMS.5

1. El establecimiento cuenta con un inventario de materiales y sustancias peligrosas.
2. Se cuenta con un plan o programa para el manejo, almacenamiento, uso seguro y destino final de materiales peligrosos conforme a lo señalado en el propósito del estándar.
3. El manejo, almacenamiento y uso de sustancias químicas peligrosas es seguro.
4. Se notifican e investigan los derrames, exposiciones y demás incidentes.
5. Se lleva un adecuado control y destino final de los residuos peligrosos, de manera segura y conforme a la normatividad vigente.
6. El personal porta el equipo de protección durante el uso, derrame o exposición.
7. Se cuenta con la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario.
8. Todos los contenedores de materiales peligrosos se encuentran etiquetados.

MANEJO DE EMERGENCIAS

Estándar FMS.6

El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Estándar FMS.6.1

El establecimiento somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Propósito de FMS.6 y FMS.6.1

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directamente al establecimiento, por ejemplo, el caso de daños en áreas de atención a pacientes como resultado de un terremoto o ser producto de otras variables que den como resultado una epidemia o brote que impide que el personal se presente a trabajar.

A fin de responder en forma efectiva, el establecimiento elabora un plan o programa para manejar tales emergencias.

El plan o programa prevé procesos para:

a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos;
b) la determinación del rol del establecimiento en tales eventos;
c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias;
d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas;
e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos;
f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento; y
g) la coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

El plan o programa se prueba al menos una vez por año. El simulacro es adecuado para los eventos probables. Si el establecimiento sufre un desastre real, activa su programa y posteriormente rinde los debidos informes, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

Estos estándares (FMS.6 y FMS.6.1) son INDISPENSABLES para los hospitales clasificados como de alta complejidad conforme a la *"Cédula de Clasificación de Hospitales preparados para Enfrentar Desastres".*

FMS.6 El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Elementos Medibles de FMS.6

1. ***El establecimiento cuenta con un Mapa de Riesgos que identifique los fenómenos a los que está expuesto el Hospital y que pueden representar riesgos importantes, como son los de tipo: geológico, hidrometeorológico, socio-organizativos, sanitarios-ecológicos y químico-tecnológicos, así como posibles debilidades por inadecuadas propiedades geotécnicas del suelo.***
2. Se cuenta con un plan o programa de manejo de emergencias que incluye los siguientes puntos.
   a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos
   b) la determinación del rol del establecimiento en tales eventos
   c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias
   d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas
   e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos
   f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento
   g) la coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

Estándar FMS.6.1

El establecimiento somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Elementos Medibles

1. El plan o programa de manejo de emergencias se somete a prueba anualmente.
2. El personal participa, al menos una vez al año en una prueba de preparación para emergencias.

SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS

Estándar FMS.7

El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

Estándar FMS.7.1

El plan o programa incluye prevención, detección temprana, contención, extinción y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras urgencias no relacionadas con el fuego.

Estándar FMS.7.2

El establecimiento realiza regularmente pruebas de su plan o programa de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción; los resultados son documentados.

Propósito de FMS.7 hasta FMS.7.2

El incendio es un evento que tiene una alta probabilidad de presentarse en un establecimiento de atención médica. Por consiguiente, toda organización necesita planificar cómo mantener seguros a sus ocupantes en caso de incendio o humo. Un establecimiento planifica, en particular:

- la identificación de áreas con mayor riesgo de incendio

- la prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables, incluidos gases médicos comburentes como el oxígeno;
- los peligros relacionados con cualquier construcción, dentro o en los alrededores de los edificios ocupados por los pacientes;
- sistemas de detección temprana, como detectores de humo o alarmas contra incendio;
- mecanismos de extinción, tales como mangueras, extintores químicos o sistemas de rociadores: y
- medios seguros y despejados para salir en caso de incendio.

Estas acciones, al combinarse, ofrecen a los pacientes, a las familias, al personal y a los visitantes, el tiempo adecuado para salir con seguridad de la instalación en caso de incendio o humo. Estas acciones son efectivas independientemente de la antiguedad, el tamaño o la edificación de la instalación. Por ejemplo, una instalación pequeña, de un piso, hecha de ladrillos, empleará métodos diferentes a los de una instalación grande, de varios pisos, construida de madera.

El plan o programa de seguridad contra incendios del establecimiento identifica:

- la frecuencia de la inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra incendios, conforme a los requisitos;
- el programa para evacuar en forma segura la instalación en caso de incendio o humo;
- el proceso para hacer pruebas (ejecutar todo el programa o parte del mismo) al menos dos veces por año;
- la educación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia; y
- la participación del personal en al menos una prueba de seguridad contra incendios por año.

Se documentan todas las inspecciones, pruebas y controles de mantenimiento.

FMS.7 El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

Elementos Medibles de FMS.7

1. El establecimiento elabora un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones del establecimiento estén a salvo del fuego y el humo.
2. El plan o programa se implementa de manera continua e integral, para asegurar que se incluyan todas las áreas de atención al paciente y de trabajo del personal.

FMS.7.1 El plan o programa incluye prevención, detección temprana, contención, extinción, y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras urgencias no relacionadas con el fuego.

Elementos Medibles deFMS.7.1

1. El plan o programa incluye la reducción de riesgos de incendio.
2. El plan o programa incluye la evaluación de riesgos de incendio cuando se está construyendo dentro del establecimiento o junto al mismo.
3. El plan o programa incluye la detección temprana del fuego y el humo.
4. El plan o programa incluye la contención y extinción del fuego y el humo.
5. El plan o programa incluye la salida segura de la instalación en caso de incendios y emergencias no relacionadas con el fuego.

FMS.7.2 El establecimiento realiza regularmente pruebas de su programa de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción; los resultados son documentados.

Elementos Medibles de FMS.7.2

1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de incendios con una frecuencia determinada por el establecimiento.
2. El programa de evacuación de seguridad contra incendios y humo se prueba al menos dos veces por año.
3. El personal está capacitado para participar en el programa de seguridad contra incendios y humo. (Ver FMS.11.1, EM 1)
4. El personal participa en al menos una prueba de seguridad contra incendios y humo por año.
5. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimiento de equipos y sistemas.

Estándar FMS.7.3

El establecimiento elabora e implementa un programa para eliminar el tabaquismo entre el personal y los pacientes en todas sus áreas de la instalación.

Propósito de FMS.7.3

El establecimiento elabora e implementa un programa para eliminar el tabaquismo que:

- se aplica a todos los pacientes, familiares, al personal y a los visitantes; y
- elimina la autorización de fumar dentro de las instalaciones del establecimiento.

La política sobre tabaquismo identifica toda excepción a la política relacionada con los pacientes, como por ejemplo motivos médicos o psiquiátricos por los cuales un paciente tendría permiso para fumar.

Elementos Medibles de FMS.7.3

1. El establecimiento cuenta con una política y un programa implementados para eliminar el tabaquismo.
2. El programa se aplica a pacientes, familias, visitantes y personal.
3. Existe un proceso para hacer excepciones al programa para algunos pacientes.
4. ***Existe un mecanismo para la vigilancia del Programa para eliminar el tabaquismo.***
5. ***Hay señalamientos en todas las áreas internas del hospital en donde se establece la prohibición de fumar.***

EQUIPO MÉDICO

Estándar FMS.8

El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico; se documentan los resultados.

Estándar FMS.8.1

El establecimiento recoge datos de control para el plan o programa de gestión del equipo médico, los cuáles se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento.

Propósito de FMS.8 y FMS.8.1

A fin de asegurar que el equipo médico esté disponible para su uso, y que funcione debidamente, el establecimiento:

- hace un inventario del equipo médico;
- inspecciona regularmente el equipo médico;
- prueba el equipo médico según sea adecuado para su uso y requisitos; y
- realiza mantenimiento preventivo.

Existe personal calificado que presta estos servicios. El equipo se inspecciona y se prueba cuando es nuevo y posteriormente en forma continua, según sea adecuado para la antiguedad y el uso del equipo, o basándose en las instrucciones del fabricante. Se documentan todas las inspecciones, los resultados de pruebas y todo mantenimiento que se realice. Esto ayuda a asegurar la continuidad del proceso de mantenimiento y ayuda a planificar la inversión para las sustituciones, actualizaciones y demás cambios. (Ver SAD)

FMS.8 El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico; se documentan los resultados.

Elementos Medibles de FMS.8

1. El equipo médico se maneja, en todo el establecimiento, conforme a un plan o programa.
2. Existe un inventario de todo el equipo médico.
3. El equipo médico se inspecciona regularmente.
4. El equipo médico se prueba cuando es nuevo y según sea adecuado a partir de entonces.
5. Se da mantenimiento preventivo al equipo conforme a un programa y se documenta.
6. Existe personal calificado que presta estos servicios.

FMS.8.1 El establecimiento recoge datos de control para el programa de gestión del equipo médico, los cuáles se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento.

Elementos Medibles de FMS.8.1

1. Se recogen y documentan datos de control para el plan o programa de gestión del equipo médico.
2. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

Estándar FMS.8.2

El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de circulación de productos y equipos.

Propósito de FMS.8.2

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, recuperar, devolver y/o destruir productos y equipos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa del uso de todo producto o equipo que deba ser retirado de circulación.

Elementos Medibles de FMS.8.2

1. Hay un sistema implementado de retiro de circulación de los productos/equipos.
2. La política o procedimiento se ocupa del uso de cualquier producto o equipo que deba ser retirado de circulación.
3. Se implementa la política o el procedimiento.

SISTEMAS DE SERVICIOS BÁSICOS

Estándar FMS.9

Hay agua potable y energía eléctrica disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante fuentes regulares o alternas, para satisfacer las necesidades esenciales de atención al paciente.

Propósito de FMS.9

En un establecimiento de atención médica, la atención del paciente, tanto de rutina como urgente, se proporciona durante las 24 horas, todos los días de la semana. Por consiguiente, es fundamental contar con un abastecimiento ininterrumpido de agua potable y energía eléctrica para cubrir las necesidades de atención de los pacientes. Pueden utilizarse fuentes regulares y alternas.

Elementos Medibles de FMS.9

1. Hay agua potable disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
2. Hay energía eléctrica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Estándar FMS.9.1

El establecimiento cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o falla de los sistemas de agua y electricidad.

Estándar FMS.9.2

El establecimiento prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema; se documentan los resultados.

Propósito de FMS.9.1 y FMS.9.2

Los establecimientos de atención médica necesitan distintos equipos médicos y sistemas básicos según su misión, las necesidades de los pacientes y sus recursos. Independientemente del tipo de sistema y del nivel de sus recursos, un establecimiento necesita proteger a los pacientes y al personal contra fallas del sistema, interrupción o contaminación.

A fin de prepararse para tales emergencias, el establecimiento:

- identifica el equipo, sistemas y áreas que representan un mayor riesgo para los pacientes y el personal. Por ejemplo, identifica dónde se necesita iluminación, refrigeración, agua limpia para la higiene y esterilización de suministros;
- evalúa y minimiza los riesgos de fallas de los sistemas básicos en estas áreas;
- planifica fuentes de emergencia de energía eléctrica y agua limpia para estas áreas y necesidades;
- prueba la disponibilidad y confiabilidad de las fuentes de emergencia de electricidad y agua; y
- documenta los resultados de las pruebas.

FMS.9.1 El establecimiento cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o falla de los sistemas de agua y electricidad.

Elementos Medibles de FMS.9.1

1. El establecimiento identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay fallas eléctricas, el agua está contaminada o se interrumpe su suministro.
2. El establecimiento procura reducir los riesgos de dichos eventos.
3. El establecimiento planifica fuentes alternas de electricidad y agua para emergencias.

FMS.9.2 El establecimiento prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema; se documentan los resultados.

Elementos Medibles de FMS.9.2

1. El establecimiento realiza periódicamente pruebas de fuentes alternas de agua y electricidad.
2. El establecimiento documenta los resultados de dichas pruebas.

Estándar FMS.10

Los sistemas de electricidad, agua, desechos, ventilación, gas médico y demás sistemas claves, se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

Estándar FMS.10.1

El personal designado controla periódicamente la calidad del agua.

Estándar FMS.10.2

El establecimiento recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento y actualizar o sustituir el sistema de servicios básicos.

Propósito de FMS.10 hasta FMS.10.2

El funcionamiento seguro y efectivo de los sistemas básicos y demás sistemas claves en el establecimiento es fundamental para la seguridad de los pacientes, las familias, el personal y los visitantes, y para cubrir las necesidades de atención de los pacientes; por ejemplo, la contaminación por desechos en áreas de preparación de alimentos, la ventilación inadecuada en el laboratorio clínico, tanques de oxígeno que no se aseguran al guardarse, vías de oxígeno con escapes y cables eléctricos pelados, son peligros de la instalación. A fin de evitar estos y otros peligros, el establecimiento cuenta con un proceso para la inspección regular de tales sistemas y para realizar el mantenimiento correspondiente. Durante las pruebas, se presta atención a los componentes críticos de los sistemas, por ejemplo, interruptores. Las fuentes de energía de emergencia y de respaldo se prueban bajo circunstancias planificadas que simulan los requisitos de carga reales. Las mejoras se hacen cuando son necesarias, por ejemplo mejoras del servicio eléctrico en áreas con equipos nuevos.

La calidad del agua puede cambiar por muchas causas, algunas de las cuales pueden ser ajenas al establecimiento, por ejemplo: una ruptura de la línea que abastece al establecimiento o la contaminación de la fuente de agua de la ciudad. La calidad del agua es también un factor crítico en los procesos de atención médica, por ejemplo en hemodiálisis. Por consiguiente, el establecimiento implementa un proceso para controlar la calidad del agua periódicamente, incluidas las pruebas bacteriológicas y físico-químicas de agua habitual empleada en la hemodiálisis.

La frecuencia de los controles se basa, en parte, en experiencias previas de problemas con la calidad del agua. El control puede llevarlo a cabo personal nombrado por el establecimiento, por ejemplo personal del laboratorio clínico o autoridades de salud pública, ajenas al establecimiento, que sean consideradas competentes para llevar a cabo tales pruebas, en cuyo caso es responsabilidad del establecimiento asegurarse de que estas pruebas se completen según la normatividad vigente.

El control de los sistemas básicos ayuda al establecimiento a evitar problemas y brinda la información necesaria para tomar decisiones relacionadas con las mejoras de los sistemas y para planificar la actualización o sustitución de los sistemas básicos. Los datos del control se documentan.

FMS.10 Los sistemas de electricidad, agua, desechos, ventilación, gas médico y demás sistemas claves, se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

Elementos Medibles de FMS.10

1. El establecimiento identifica los sistemas básicos, de gas médico, de ventilación y otros sistemas claves.
2. Los sistemas claves se inspeccionan periódicamente.
3. Los sistemas claves se prueban periódicamente.
4. Los sistemas claves se mantienen periódicamente.
5. Los sistemas claves se mejoran, según corresponda.

FMS.10.1 El personal designado controla periódicamente la calidad del agua.

Elementos Medibles de FMS.10.1

1. La calidad del agua se controla periódicamente según la normatividad vigente.
2. El agua utilizada para la hemodiálisis se somete a pruebas periódicamente.

FMS.10.2 El establecimiento recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento de actualizar o sustituir el sistema de servicios básicos.

Elementos Medibles de FMS.10.2

1. Se cuenta con un programa de gestión del sistema de servicios básicos.
2. Se recogen y documentan datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos.
3. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

EDUCACIÓN DEL PERSONAL

Estándar FMS.11
El establecimiento educa y capacita a todo el personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación segura y efectiva.

Estándar FMS.11.1
El personal está capacitado y conoce bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias del establecimiento.

Estándar FMS.11.2
El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.

Estándar FMS.11.3
El establecimiento prueba periódicamente el conocimiento del personal mediante demostraciones, simulacros y demás métodos adecuados, los cuales se documentan.

Propósito de FMS.11 hasta FMS.11.3

El personal del establecimiento es la principal fuente de contacto con los pacientes, las familias y los visitantes. Por consiguiente, es preciso que sean educados y estén capacitados para desempeñar sus funciones de identificación y reducción de riesgos, protección de los demás y de sí mismos, y creación de una instalación segura y protegida. Cada establecimiento debe decidir el tipo y el nivel de capacitación para el personal, llevar a cabo y documentar un programa. El programa puede incluir instrucción en grupo, material educativo impreso, un componente de orientación para el personal nuevo o algún otro mecanismo que cumpla con las necesidades del establecimiento, instrucción sobre los procesos para denunciar riesgos potenciales, informe de incidentes y lesiones, manipulación de materiales peligrosos y de otros tipos que representen un riesgo para sí mismos y para los demás.

El personal responsable de la operación o el mantenimiento del equipo médico recibe una capacitación especial, que puede provenir del establecimiento, del fabricante del equipo o de alguna otra fuente.

El establecimiento planifica un programa diseñado para realizar periódicamente pruebas al personal sobre el conocimiento de los procedimientos de emergencia, incluidos procedimientos de seguridad contra incendios, respuesta ante peligros como derrame de un material peligroso y el uso de equipo médico, que representan un riesgo para los pacientes y para el personal. El conocimiento puede probarse mediante una gran variedad de medios, por ejemplo demostraciones individuales o grupales, la realización de simulacros tales como una epidemia en la comunidad, el empleo de pruebas de conocimientos u otros medios adecuados. El establecimiento documenta quiénes fueron sometidos a pruebas y los resultados de las mismas.

FMS.11 El establecimiento educa y capacita a todo el personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación segura y efectiva.

Elementos Medibles de FMS.11

1. Para cada componente del programa de gestión y seguridad de las instalaciones del establecimiento, hay una instancia educativa planificada que asegura que el personal pueda desempeñar efectivamente sus responsabilidades.
2. La educación incluye a los visitantes, vendedores, personal subrogado y demás personas, según sea adecuado para el establecimiento y para los múltiples turnos del personal.

FMS.11.1 El personal está capacitado y conoce bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias del establecimiento.
Elementos Medibles de FMS.11.1

1. El personal puede describir y/o demostrar su rol en respuesta ante un incendio.
2. El personal puede describir y/o demostrar acciones para eliminar, minimizar o notificar riesgos de seguridad y protección, entre otros.
3. El personal puede describir y/o demostrar precauciones, procedimientos y participación en el almacenamiento, manipulación y desecho de materiales peligrosos.
4. El personal puede describir y/o demostrar procedimientos y su rol en emergencias y desastres, tanto a nivel interno como comunitario.

FMS.11.2 El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.
Elementos Medibles de FMS.11.2

1. El personal está capacitado para operar el equipo médico y los sistemas básicos correspondientes a los requisitos de su trabajo.
2. El personal está capacitado para mantener el equipo médico y los sistemas básicos correspondientes a los requisitos de su trabajo.

FMS.11.3 El establecimiento prueba periódicamente el conocimiento del personal mediante demostraciones, simulacros y demás métodos adecuados, los cuales se documentan.
Elementos Medibles de FMS.11.3

1. Se somete a prueba el conocimiento del personal respecto a su rol en el mantenimiento de una instalación segura y protegida.
2. Se documentan la capacitación y las pruebas del personal, estableciendo quiénes fueron capacitados y sometidos a prueba y cuáles fueron los resultados.

SQE

CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL

Staff Qualification and Education

CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL

Staff Qualification and Education

PERSPECTIVA GENERAL

Un establecimiento de atención médica necesita de personal capacitado y calificado para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes. Los directores y responsables de las áreas del establecimiento trabajan juntos para identificar la cantidad y el tipo de personal necesarios, basándose en las recomendaciones de los directores de áreas y servicios.

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

Los establecimientos de atención médica deben ofrecerle al personal oportunidades de aprendizaje y superación tanto a nivel personal como profesional.

Para este apartado es importante tener claros los siguientes conceptos:

Personal autorizado para el ejercicio independiente: son profesionales de la salud que no pertenecen a la nómina del establecimiento pero que a través de una revisión de sus competencias y asignación de responsabilidades (otorgamiento de privilegios) se les permite realizar ciertos procedimientos dentro del hospital. Ejemplos: médicos externos, enfermeras instrumentistas que solo acuden a ciertos procedimientos quirúrgicos, entre otros.

Personal clínico: se refiere a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, rehabilitadores, técnicos en urgencias médicas, parteras, entre otros. (Ver SQE.15). Asímismo, a todo personal en formación de estas disciplinas.

PLANIFICACIÓN

Estándar SQE.1

Los directores del establecimiento definen la educación, aptitudes, conocimiento y demás requisitos deseados de todo el personal.

Propósito de SQE.1

Los directores del establecimiento definen la educación, aptitudes, conocimientos y demás requisitos como parte de la asignación de personal para cubrir las necesidades del paciente.

Los directores tienen en cuenta los siguientes factores para proyectar las necesidades de personal:

- la misión del establecimiento;
- la diversidad de pacientes que atiende el establecimiento, así como la complejidad y gravedad de sus necesidades;
- los servicios que presta el establecimiento;
- la tecnología usada en la atención al paciente; y
- los estándares de Autoevaluación (Sección 1, Recursos Humanos)

El establecimiento cumple con las leyes, reglamentos y normas que definen los niveles deseados de educación y aptitudes, así como la cantidad y variedad de personal según el tipo de establecimiento.

Elementos Medibles de SQE.1

1. La misión del establecimiento, la variedad de pacientes, los servicios y la tecnología se toman en cuenta para la planificación.
2. Se definen la educación, las aptitudes y el conocimiento para el personal.
3. Se incorporan a la planificación el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar SQE.1.1

Las responsabilidades de cada trabajador se definen en una descripción del puesto actualizada.

Propósito de SQE.1.1

Las responsabilidades de los trabajadores que no estén habilitados para el ejercicio independiente deben estar definidas en una descripción del puesto actualizada. La descripción del puesto es la base para su asignación, orientación y evaluación del cumplimiento de sus responsabilidades laborales. También se necesita una descripción del puesto para los profesionales de la salud cuando:

a) La persona cumple principalmente funciones gerenciales, como es el caso de los jefes de servicio, o tiene cargos tanto clínicos como de gestión;
b) La persona tiene algunas responsabilidades clínicas, como un profesional de la salud independiente que aprende un nuevo rol o nuevas aptitudes (el otorgamiento de privilegios según SQE.10 es una alternativa);
c) La persona está en un programa educativo y bajo supervisión (residentes, profesionales de la salud en formación, Ver SQE.8.3 y SQE.8.3.1); el programa académico identifica, para cada etapa o nivel de capacitación, qué se puede hacer en forma independiente y qué se debe hacer bajo supervisión. La descripción del programa puede servir como descripción del puesto en tales casos; y
d) Se permite que la persona preste servicios temporalmente en el establecimiento. (El otorgamiento de *privilegios según SQE.10 es una alternativa.*)

Cuando un establecimiento usa descripciones de puesto genéricas, por ejemplo, para una "enfermera", es necesario agregar las responsabilidades específicas del trabajo, por ejemplo, "enfermera de cuidados intensivos", "enfermera pediátrica", "enfermera de quirófano", etc.

Para aquellas personas a quienes la ley y el establecimiento les permiten el ejercicio independiente, existe un proceso para identificar y autorizar a la persona el ejercicio según la educación, capacitación y experiencia. Este proceso aparece en SQE.9 para el personal médico y en SQE.12 para el personal de enfermería.

Los requisitos de este estándar se aplican a todos los tipos de "personal" que necesitan una descripción del puesto, que trabajan a tiempo completo, a medio tiempo, son voluntarios o empleados temporales.

Elementos Medibles de SQE.1.1

1. Cada trabajador al que no se le permite el ejercicio independiente tiene una descripción del puesto. (Ver AOP.3, EM 5)
2. Las personas identificadas en a) a d), cuando estén presentes en el establecimiento, tienen una descripción del puesto adecuada a sus actividades y responsabilidades o han sido privilegiadas si se les tuvo en cuenta como una alternativa.
    a) La persona cumple principalmente funciones gerenciales, como es el caso de los jefes de servicio, o tiene cargos tanto clínicos como de gestión, donde las responsabilidades se identifican en una descripción del puesto;
    b) La persona tiene algunas responsabilidades clínicas, como un profesional de la salud independiente que aprende un nuevo rol o nuevas aptitudes (el otorgamiento de privilegios según SQE.10 es una alternativa);
    c) La persona está en un programa educativo y bajo supervisión; el programa académico identifica, para cada etapa o nivel de capacitación, qué se puede hacer en forma independiente y qué se debe hacer bajo supervisión. La descripción del programa puede servir como descripción del puesto en tales casos; y
    d) Se permite que la persona preste servicios temporalmente en el establecimiento. (El otorgamiento de privilegios según SQE.10 es una alternativa.)
3. Las descripciones de los puestos son actuales de acuerdo con la política del establecimiento.

Estándar SQE.2

Los directores y responsables de área del establecimiento elaboran e implementan procesos para reclutar, seleccionar, designar al personal y otros procedimientos relacionados.

Propósito de SQE.2

El establecimiento ofrece un proceso eficiente y coordinado para:

- reclutar personal para los cargos disponibles;
- seleccionar personal con base en una evaluación de competencias, aptitudes y conocimiento; y
- designar personal del establecimiento.

Los responsable de las áreas o servicios participan recomendando la cantidad y las competencias del personal necesario para brindar los servicios clínicos a los pacientes, funciones de apoyo no clínicas, impartir cualquier enseñanza y en la toma de decisiones sobre el personal a designar. Por lo que, los estándares en este apartado complementan los estándares de Gobierno, liderazgo y dirección.

Elementos Medibles de SQE.2

1. Existe un proceso para reclutar personal.
2. Existe un proceso para seleccionar con base en una evaluación de competencias.
3. Existe un proceso para designar personal.
4. El proceso es uniforme en todo el establecimiento.
5. El proceso está implementado.

Estándar SQE.3

El establecimiento utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal clínico sean coherentes con las necesidades de los pacientes.

Propósito de SQE.3

El establecimiento contrata al personal calificado a través de un proceso que hace coincidir los requisitos del puesto con las competencias del candidato. Este proceso también asegura que las aptitudes del personal sean, desde un principio y con el tiempo, coherentes con las necesidades de los pacientes.

Para el personal clínico según las descripciones del puesto, el proceso incluye:

- Una evaluación inicial para asegurar que la persona realmente pueda asumir las responsabilidades de la descripción del puesto. Esta evaluación se realiza al comenzar a desempeñar las responsabilidades laborales, o antes. El establecimiento podrá tener un periodo de "prueba" o de otro tipo durante el cual supervise y evalúe de cerca al personal clínico. El establecimiento asegura que el personal que presta servicios de alto riesgo o brinda atención a pacientes de alto riesgo sea evaluado en el momento en que empieza a brindar atención. El área o servicio al cual se asigna el personal, evalúa las aptitudes, conocimientos necesarios y conductas laborales deseadas.
- El establecimiento define el proceso y la frecuencia de la evaluación permanente de las capacidades del personal. La evaluación permanente asegura que la capacitación se realice cuando se necesite y que el personal pueda asumir nuevas responsabilidades o diferentes. **Si bien, la evaluación permanente, preferentemente debe ser continua, existe al menos una evaluación anual documentada de cada miembro del personal clínico que trabaja según una descripción del puesto.** (La evaluación de aquellas personas a las que se les permite trabajar independientemente se encuentra en SQE.11.)

Elementos Medibles de SQE.3

1. El establecimiento usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal clínico con las necesidades del paciente.
2. Los nuevos miembros del personal clínico son evaluados en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales.
3. El área o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
4. El establecimiento define la frecuencia de la evaluación permanente del personal clínico.
5. Existe al menos una evaluación anual documentada para cada miembro del personal clínico que trabaja según una descripción del puesto, o con mayor frecuencia, según lo defina el establecimiento.

Estándar SQE.4

El establecimiento utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico sean coherentes con las necesidades del establecimiento y los requisitos del cargo.

Propósito de SQE.4

El establecimiento busca personal que pueda cumplir por completo con los requisitos de los cargos no clínicos. El supervisor del personal proporciona orientación para el cargo y se asegura de que el trabajador pueda cumplir con las responsabilidades de la descripción del puesto. El trabajador recibe el nivel de supervisión necesario, y periódicamente se le evalúa para asegurar su competencia en el cargo.

Elementos Medibles de SQE.4

1. El establecimiento usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico con los requisitos del cargo. (Ver SAD.1.2, EM 2 y 3, y SAD.2.3, EM 2 y 3)
2. El nuevo personal no clínico es evaluado en el momento en que comienza sus responsabilidades laborales.
3. El área o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
4. El establecimiento define la frecuencia de la evaluación permanente del personal no clínico.
5. Existe al menos una evaluación documentada del personal no clínico cada año o con mayor frecuencia, según lo defina el establecimiento.

Estándar SQE.5

Existe información documentada sobre la evaluación del personal en las áreas correspondientes.

Propósito de SQE.5

Cada trabajador tiene un expediente con la información sobre sus competencias, los resultados de las evaluaciones y un historial laboral. El proceso de evaluación y los expedientes que deben tener los profesionales de la salud clínicos, se describen en SQE.9, para el personal de enfermería en SQE.12 y para los demás profesionales de la salud en SQE.15. Los expedientes están estandarizados y se mantienen actualizados de acuerdo con la política del establecimiento.

Elementos Medibles de SQE.5

1. Se mantiene la información del personal.
2. Los expedientes del personal contienen las competencias.
3. Los expedientes del personal contienen la descripción del puesto o los privilegios de acuerdo a las políticas.
4. Los expedientes del personal contienen el historial laboral.
5. Los expedientes del personal contienen los resultados de las evaluaciones iniciales y al menos una evaluación anual del desempeño.
6. Los expedientes del personal contienen un registro de la educación que se le ha brindado dentro del servicio, de acuerdo a la política del establecimiento.
7. Los expedientes del personal están estandarizados y se mantienen actualizados, de acuerdo a la política del establecimiento.

Estándar SQE.6

El establecimiento cuenta con un programa de asignación de personal a las diferentes áreas y servicios, basado en una metodología.

Estándar SQE.6.1

El programa de asignación de personal se revisa permanentemente y se actualiza según sea necesario.

Propósito de SQE.6 y SQE.6.1

El contar con la cantidad apropiada y adecuada de personal es crítico para la atención al paciente, además de las actividades de enseñanza e investigación en las que participe el establecimiento. Los directores y responsables de las áreas llevan a cabo la planificación del personal y utilizan métodos reconocidos para determinar las competencias, cantidad y tipos de personal. Por ejemplo, se utiliza un sistema de gravedad del paciente para determinar la cantidad de personal de enfermería habilitado con experiencia en cuidados intensivos pediátricos que se necesita para una unidad pediátrica de cuidados intensivos de diez camas. El programa de asignación de personal está por escrito e identifica la cantidad, tipos necesarios de personal, aptitudes, conocimientos y demás requisitos necesarios para cada área y servicio. El programa trata:

- la reasignación del personal de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal;
- la consideración de las solicitudes del personal para la reasignación según los valores culturales o creencias religiosas; y
- la política y el procedimiento para traspasar la responsabilidad de una persona a otra cuando la responsabilidad se encuentre fuera del área de responsabilidad normal de dicha persona; por ejemplo cuando eventualmente no se cuenta con una enfermera instrumentista y a un médico o un residente se le asigna o asume ésta responsabilidad.

La asignación de personal se controla permanentemente, y el programa se actualiza según sea necesario. Cuando se controla a nivel de un área o servicio, existe un proceso de colaboración para que directores y responsables de área actualicen el programa general.

SQE.6 El establecimiento cuenta con un programa de asignación de personal a las diferentes áreas y servicios, basado en una metodología.

Elementos Medibles de SQE.6

1. Existe un programa escrito para la asignación de personal.
2. Los directores y responsables de área crearon el programa en colaboración.
3. La cantidad, tipos y competencias deseadas para el personal se identifican en el programa mediante un método reconocido de asignación de personal.
4. El programa trata la asignación y reasignación del personal.
5. El programa trata el traspaso de responsabilidad de una persona a otra.

SQE.6.1 El programa de asignación de personal se revisa permanentemente y se actualiza según sea necesario.

Elementos Medibles de SQE.6.1

1. La efectividad del programa de asignación de personal se controla permanentemente.
2. El programa se revisa y actualiza cuando sea necesario.

ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN

Estándar SQE.7

Todo el personal clínico y no clínico recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad a la que es asignado y con respecto a las responsabilidades específicas de su trabajo al momento de la asignación.

Propósito de SQE.7

Para un correcto desempeño, el personal de nuevo ingreso, sin importar el nivel, debe comprender el funcionamiento de la organización y cómo contribuirán sus responsabilidades clínicas o no clínicas específicas al cumplimiento de la misión del establecimiento. Esto se logra mediante una orientación general y específica con respecto a las responsabilidades laborales de su cargo. La orientación incluye, el reporte de eventos adversos, las prácticas de prevención y control de infecciones, las políticas del establecimiento relativas a las órdenes verbales o telefónicas (Ver MISP.2), el uso de equipo de prot6ección personal, la comunicación de peligros y riesgos y demás, según corresponda. *(Ver GLD.5.4)*

Los trabajadores de los servicios subrogados y los voluntarios también reciben orientación con respecto al establecimiento y su asignación o responsabilidades específicas, como por ejemplo seguridad del paciente y prevención y control de infecciones.

Elementos Medibles de SQE.7

1. El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado; dicha orientación también incluye: las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
2. Los trabajadores de servicios subrogados reciben orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado; dicha orientación también incluye: las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
3. Los voluntarios reciben orientación con respecto al funcionamiento de la organización y a las responsabilidades asignadas.

Estándar SQE.8

Cada miembro de la organización recibe educación permanente dentro del servicio y demás educación y capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes y conocimiento.

Propósito de SQE.8

El establecimiento recolecta datos de varias fuentes para comprender las necesidades de educación permanente del personal. Los resultados de los controles de calidad y seguridad son una fuente de información para identificar las necesidades de educación del personal. Además, los datos de control del programa de administración y seguridad de las instalaciones de la instalación, la introducción de nueva tecnología, las aptitudes y conocimientos identificados en la revisión del desempeño laboral, los nuevos procedimientos clínicos, los planes futuros para ofrecer nuevos servicios, representan dichas fuentes de datos. El establecimiento tiene un proceso para reunir e integrar los datos de las deferentes fuentes de información para elaborar el programa de educación del personal y determina cuáles miembros de la organización deben recibir educación continua para mantener sus competencias; dicha educación se controla y documenta. *(Ver GLD.3.5)*

Para mantener un desempeño aceptable del personal, el establecimiento enseña nuevas aptitudes y ofrece capacitación sobre nuevos equipos y procedimientos, para lo cual pone a disposición (o consigue) instalaciones, educadores y tiempo para la educación permanente dentro del servicio y otros tipos de educación. Esta educación es importante para cada miembro de la organización, además de serlo para la mejora continua del establecimiento con el fin de cubrir las necesidades de los pacientes; por ejemplo, el personal médico puede recibir educación sobre la prevención y control de infecciones y sobre los avances en la práctica médica. Los logros educativos de cada miembro de la organización se documentan en su expediente.

El establecimiento elabora e implementa un programa de salud y seguridad del personal, adecuado para las necesidades de atención médica del personal y las inquietudes de seguridad del establecimiento y el personal. (Ver MMU.8)

Elementos Medibles de SQE.8

1. ***Existe un plan o programa para la educación del personal***
2. El establecimiento utiliza varias fuentes de datos e información, incluidos los resultados de los controles de calidad y seguridad, para identificar las necesidades educativas del personal.
3. El personal del establecimiento recibe educación y capacitación permanentes dentro del servicio.
4. La educación es pertinente para mejorar las competencias del personal de cubrir las necesidades del paciente y/o para los requisitos de educación continua.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar SQE.8.1

El personal que brinda atención al paciente, así como los demás miembros que la organización identifica, reciben capacitación y pueden demostrar una competencia adecuada en técnicas de reanimación.

Propósito de SQE.8.1

Cada establecimiento identifica al personal a capacitar en técnicas de reanimación y el nivel de capacitación (básico o avanzado) adecuado para su función en el establecimiento.

El nivel adecuado de capacitación para estas personas se repite cada dos años. Existen pruebas que demuestran que cada miembro del personal que asiste a la capacitación realmente logra el nivel de competencia deseado.

Elementos Medibles de SQE.8.1

1. ***Se identifica a los médicos y a las enfermeras de las áreas críticas que deben estar capacitados en reanimación cardiopulmonar avanzada en adultos, neonatos o pacientes pediátricos (Ver Autoevaluación)***
2. Se identifica al personal que brinda atención al paciente y demás personal que debe recibir capacitación en reanimación cardiopulmonar.
3. El nivel adecuado de capacitación se proporciona con una frecuencia suficiente para cubrir las necesidades del personal.
4. Existen pruebas para demostrar si un miembro del personal aprobó la capacitación.
5. El nivel deseado de capacitación de cada persona se repite cada dos años.

Estándar SQE.8.2

El establecimiento pone a disposición instalaciones y tiempo para la educación y capacitación del personal.

Propósito de SQE.8.2

Los líderes de la organización apoyan el compromiso de educación permanente del personal dentro del servicio, y ponen a disposición el espacio físico, equipos y tiempo requeridos para los programas de educación y capacitación. La disponibilidad de información científica actual apoya la educación y capacitación.

La educación y capacitación pueden tener lugar dentro o fuera de la instalación. La educación se puede ofrecer una vez para todos o repetirse para el personal, según el turno para minimizar el impacto en la atención al paciente.

Elementos Medibles de SQE.8.2

1. El establecimiento pone a disposición instalaciones y equipo para la educación y capacitación del personal dentro del servicio.
2. El establecimiento proporciona tiempo suficiente para que todo el personal tenga la oportunidad de participar en la educación y capacitación relevantes.

Estándar SQE.8.3

La formación de los profesionales de la salud, cuando se lleva a cabo en el establecimiento, está guiada por los parámetros educativos definidos por el programa académico.

Estándar SQE.8.3.1

Los médicos internos de pregrado y los médicos residentes son supervisados y evaluados de acuerdo a la normatividad vigente.

Propósito de SQE.8.3 y SQE.8.3.1

A menudo, los establecimientos de atención médica son los campos clínicos para la formación de médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud, por ejemplo, nutriólogos o psicólogos en formación. Cuando participa en dichos programas de formación, el establecimiento:

- Cuenta con mecanismos para supervisar los programas;
- obtiene y acepta los parámetros del programa académico;
- tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro del establecimiento;
- tiene documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes;
- comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante; e
- integra a los participantes en los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas del establecimiento.

En sedes que cuenten con médicos internos de pregrado y médicos residentes, deberán cumplir con lo especificado en la NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado y NOM-090-SSA1-1994, para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, respectivamente.

SQE.8.3 La formación de los profesionales de la salud, cuando se lleva a cabo en el establecimiento, está guiada por los parámetros educativos definidos por el programa académico.

Elementos Medibles de SQE.8.3

1. El establecimiento supervisa los programas de capacitación.
2. El establecimiento obtiene y acepta los parámetros del programa académico.
3. El establecimiento tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro del establecimiento.
4. El establecimiento tiene documentación del estado de inscripción, habilitación o certificaciones logradas, y clasificación académica de los participantes.
5. El establecimiento comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante.

6. El establecimiento integra al personal en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas del establecimiento.

SQE.8.3.1 Los médicos internos de pregrado y los médicos residentes son supervisados y evaluados de acuerdo a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de SQE.8.3.1

1. ***Existe un Médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los Médicos Internos de Pregrado durante el desarrollo del curso por cada área de rotación.***
2. ***Existe un Médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los Médicos Residentes durante el desarrollo del curso por cada área de rotación.***
3. ***Los médicos en formación, los médicos residentes y otros profesionales de la salud en formación que brinden atención al paciente, cumplen con las disposiciones internas, políticas y procedimientos del establecimiento.***
4. ***La frecuencia y duración de las prácticas clínicas complementarias deben estar determinadas por el establecimiento de atención médica, sin exceder un máximo de tres días por semana con intervalos de por lo menos dos días.***

Estándar SQE.8.4

El establecimiento brinda un programa de salud y seguridad para el personal.

Propósito de SQE.8.4

La salud y seguridad del personal de un establecimiento son importantes para mantener la salud, satisfacción y productividad del personal. La seguridad del personal también forma parte del programa de calidad y seguridad. El modo en que el establecimiento orienta y capacita al personal, ofrece un lugar de trabajo seguro, mantiene el equipo biomédico y demás equipos, previene o controla las infecciones asociadas con la atención médica, además de otros factores en su conjunto, determinan la salud y el bienestar del personal. *(Ver PCI.5.1, ME 2)*

Sin importar la asignación de personal y la estructura del programa, el personal comprende cómo informar y recibir atención, asesoría y seguimiento por lesiones como pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, identificación de riesgos y condiciones peligrosas en la instalación, y demás temas de salud y seguridad. El programa también puede ofrecer una evaluación inicial de salud laboral, vacunas y exámenes preventivos periódicos, tratamiento para trastornos comunes relacionados con el trabajo, como lesiones lumbares o lesiones más urgentes. Por lo tanto, un programa de salud y seguridad para el personal debe incluir al menos:

a) Evaluación de riesgos por perfil de puestos
b) Dotación del equipo de protección al personal
c) Capacitación en actos seguros
d) Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo
e) Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.

El diseño del programa incluye aportes del personal y se basa en los recursos clínicos del establecimiento, así como en los de la comunidad.

Elementos Medibles de SQE.8.4

1. ***Se cuenta con un plan o programa de salud y seguridad del personal que incluye al menos lo siguiente:***
   - ***a) Evaluación de riesgos por perfil de puestos***
   - ***b) Dotación del equipo de protección al personal***
   - ***c) Capacitación en actos seguros***
   - ***d) Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo***
   - ***e) Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.***
2. El programa es sensible a las necesidades urgentes y no urgentes del personal mediante atención directa y/o derivaciones.
3. Los datos del programa se integran al programa de calidad y seguridad del establecimiento.
4. Existe una política sobre el suministro de vacunas para el personal.
5. Existe una política sobre la atención, asesoría y seguimiento del personal expuesto a enfermedades infecciosas, que está coordinada con el programa de prevención y control de infecciones.

PERSONAL MÉDICO

Estándar SQE.9

El establecimiento tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las competencias (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal médico habilitado para brindar atención al paciente sin supervisión.

Propósito de SQE.9

Los médicos, odontólogos y demás personas habilitadas 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, el establecimiento 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.

El establecimiento asume esta responsabilidad al:

- *comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes que identifican a las personas que pueden trabajar* independientemente y al confirmar que la organización también permite que dichos facultativos trabajen independientemente dentro del establecimiento;
- reunir todas las competencias disponibles de los facultativos, incluidas, al menos, evidencias de educación, capacitación y habilitación actual, competencia actual, mediante información de otras organizaciones en las *que el facultativo ejerció, además de cartas de recomendación y/o demás información que el establecimiento* pueda exigir; y
- verificar la información esencial, como el título y cédula profesionales tanto de licenciatura como de postgrado.

El establecimiento debe hacer todo lo posible para verificar la información acerca de las competencias (verificación de la *fuente original) incluso cuando la educación se completó en otro país.* La verificación de la fuente original, asegura, que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un profesional son reales. Por ejemplo, en el caso de los médicos, la verificación de la fuente original se realizará confirmando con la Universidad que emitió su título de médico general y de especialidad o subespecialidad, si corresponde, que realmente concluyó su programa educativo y/o de entrenamiento que avala las competencias..

Para un hospital que se certifique por primera con este modelo ante el Consejo de salubridad General, se considerará aceptable la consulta electrónica de la cédula profesional como médico general y especialista y subespecialista, si corresponde, con la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; sin embargo, el hospital deberá presentar un programa que no rebase los dos años para cumplir a cabalidad con el proceso de verificación de la fuente original descrito anteriormente.

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para:

- *nuevos facultativos solicitantes que comiencen cuatro meses antes de la certificación por el Consejo de* Salubridad General; y
- en facultativos con antiguedad mayor a 4 meses, deberá existir un plan, con evidencia de avance, que da prioridad a la verificación de las competencias de facultativos activos que brinden servicios de alto riesgo. Cuando un hospital busque la recertificación, deberá demostrar la verificación de la fuente original de todo su *personal médico.*

Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar.

El establecimiento reúne y mantiene un archivo que concentra las calificaciones de cada facultativo. El proceso se aplica a todos los tipos y niveles de personal (empleados, honorarios, contratados y personal privado de la comunidad). El establecimiento revisa los archivos de cada facultativo en el nombramiento inicial y al menos cada tres años, para asegurar que su habilitación sea vigente y que sea capaz física y mentalmente de brindar atención y tratamiento al paciente sin supervisión.

Elementos Medibles de SQE.9

1. Se identifica al personal a quien la ley, las reglamentaciones y el establecimiento permite brindar atención al paciente sin supervisión.
2. La habilitación, educación y capacitación se documentan y verifican de acuerdo con los parámetros que se encuentran en el propósito.
3. Se mantiene un expediente de cada miembro del personal médico, donde se mantienen copias de la habilitación, certificación o registro y demás documentos exigidos por el establecimiento.
4. La habilitación, certificación y registros están actualizados y son vigentes.
5. Existe un procedimiento estandarizado para revisar cada expediente al menos cada tres años.
6. En el nombramiento inicial y al menos cada tres años, se toma una decisión sobre la competencia actual de la persona para prestar servicios de atención médica.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar SQE.10

El establecimiento tiene un proceso estandarizado y basado en la evidencia para autorizar a todo el personal médico a admitir y tratar pacientes y a prestar otros servicios clínicos según sus calificaciones.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar SQE.10.1

Los privilegios describen las actividades y servicios de atención clínica que se han autorizado o limitado.

Propósito de SQE.10

La determinación de la competencia clínica actual y la decisión sobre qué servicios clínicos tendrá permitido prestar el médico, a menudo llamado ***"otorgamiento de privilegios", es la determinación más crítica que un establecimiento deberá hacer para proteger la seguridad de los pacientes y mejorar la calidad de sus servicios clínicos.***

El establecimiento elige un proceso estandarizado para identificar los servicios clínicos que puede realizar cada médico. Las calificaciones identificadas en SQE.9 serán la base principal para la determinación de los privilegios. También se tendrán en cuenta las cartas de los lugares anteriores donde haya ejercido el profesional, de colegas profesionales, premios y otras fuentes de información, si las hubiera.

Para la ratificación o actualización de los privilegios el establecimiento busca y utiliza la información en las áreas de competencia general siguientes:

a. Atención al paciente: el facultativo brinda atención al paciente de modo compasivo, adecuado y efectivo para mejorar la salud, prevenir enfermedades, tratar enfermedades y cuidar al paciente al final de su vida.
b. Conocimiento médico/clínico: de las ciencias biomédicas, clínicas y sociales establecidas y en evolución, así como la aplicación del conocimiento para la atención al paciente y la educación de los demás.
c. Aprendizaje y mejora basados en el ejercicio: mediante evidencia científica y métodos para investigar, evaluar y mejorar las prácticas de atención al paciente.
d. Destrezas interpersonales y de comunicación: que les permitan establecer y mantener relaciones profesionales con los pacientes, familiares y demás miembros de los equipos de atención médica.
e. Profesionalismo: reflejado en el compromiso de un crecimiento profesional continuo, una práctica ética, una comprensión y sensibilidad en lo que se refiere a la diversidad y una actitud responsable hacia los pacientes, su profesión y la sociedad.
f. Prácticas basadas en el sistema: mediante la comprensión de los contextos y sistemas en los cuales se brinda la atención médica.

Los privilegios se actualizan al menos cada tres años o antes si así lo considera la política del hospital o lo sugieren los resultados de la evaluación del desempeño.

Existe un objetivo y un procedimiento estandarizado basado en la evidencia para utilizar toda esta información en la decisión de otorgar privilegios a un facultativo. El procedimiento se documenta en las políticas.

Los privilegios clínicos, una vez determinados o re-determinados, están disponibles en copia impresa, electrónica u otro medio o lugar (por ejemplo, en quirófano y servicio de urgencias) en el establecimiento, esta información ayudará a asegurar que el personal médico se desempeñe dentro de los límites de su competencia y privilegios autorizados. La información se actualiza periódicamente, según corresponda.

SQE.10 El establecimiento tiene un proceso estandarizado y basado en la evidencia para autorizar a todo el personal médico a admitir y tratar pacientes y a prestar otros servicios clínicos según sus calificaciones.

Elementos Medibles de SQE.10

1. Existe un proceso estandarizado para otorgar privilegios a los médicos.
2. El proceso tiene en cuenta las fuentes de información, según se identifican en el propósito y la revisión anual del desempeño.
3. Los privilegios para los que cada miembro del personal médico tiene autorización se dan a conocer al personal y servicios del establecimiento.

SQE.10.1 Los privilegios describen las actividades y servicios de atención clínica que se han autorizado o limitado.

Elementos Medibles de SQE.10.1

1. Los privilegios describen las actividades o servicios clínicos que se le han autorizado o limitado a cada médico.
2. Los privilegios se actualizan al menos cada tres años o antes si así lo considera la política del hospital o lo sugieren los resultados de la evaluación del desempeño.

Estándar SQE.11

Se realiza una evaluación permanente del ejercicio profesional para conocer la calidad y seguridad de la atención *médica que brinda cada miembro del personal médico.*

Propósito de SQE.11

Existe un proceso estandarizado para reunir, al menos anualmente, los datos pertinentes sobre cada facultativo para su revisión por parte del responsable del área. Dicha revisión permite que el establecimiento identifique las tendencias del ejercicio profesional que tienen un impacto en la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Los criterios usados en la evaluación permanente del ejercicio profesional incluyen, entre otros:

- La revisión de los procedimientos operativos y demás procedimientos clínicos realizados y sus resultados.
- El patrón de uso farmacéutico y de sangre.
- Las solicitudes de análisis y procedimientos.
- Los patrones de duración de la hospitalización.
- Los datos de morbilidad y mortalidad.
- El uso que hace el facultativo de las consultas y los especialistas.
- Otros criterios pertinentes según lo determine la organización.

Esta información se puede obtener a través de:

- Revisiones periódicas de las historias clínicas.
- Observación directa.
- Control de técnicas de diagnóstico y tratamiento.
- Control de la calidad clínica.
- Discusión con colegas profesionales y demás personal.

La evaluación de las actividades del personal médico y jefes de servicio se realiza a través de una autoridad interna o externa adecuada.

El proceso permanente de evaluación del ejercicio profesional es objetivo y se basa en la evidencia. El resultado del proceso de revisión puede ser que no haya ningún cambio en las responsabilidades del miembro del personal médico, que haya ampliación de las responsabilidades, limitación de responsabilidades, un periodo de asesoramiento y

supervisión u otras medidas adecuadas. Cuando surjan pruebas de desempeño cuestionables o insuficientes, se realiza una revisión y se toman las medidas adecuadas. Los resultados de las revisiones, las medidas tomadas y el impacto en los privilegios se documentan en las calificaciones del miembro del personal médico.

Elementos Medibles de SQE.11

1. Se realiza una evaluación permanente del ejercicio profesional de cada miembro del personal médico, que incluye una evaluación extraordinaria cuando así lo indiquen los resultados de las actividades de mejora de la calidad. (Ver QPS.1.1, EM 1)
2. La evaluación permanente del ejercicio profesional de cada miembro del personal médico tiene en cuenta la evidencia disponible, al menos una vez al año, mediante un procedimiento estandarizado definido por el establecimiento.
3. La información del proceso de evaluación del ejercicio profesional se documenta en las calificaciones del miembro del personal médico.

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Estándar SQE.12

El establecimiento tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las calificaciones (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal de enfermería.

Propósito de SQE.12

El establecimiento necesita asegurarse que cuenta con personal de enfermería calificado que coincide con la misión, los recursos y las necesidades de los pacientes. El personal de enfermería es responsable de ofrecer atención directa al paciente y su atención contribuye a los resultados generales del paciente. El establecimiento debe asegurar que el personal de enfermería esté calificado para brindar la atención correspondiente y debe especificar los tipos de atención que tiene permitido brindar.

El establecimiento se asegura de que cada enfermera esté calificada para brindar atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes al:

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes al personal de enfermería y al ejercicio de la enfermería;
- reunir todas las competencias disponibles sobre cada enfermera, al menos:
    - evidencia de educación y capacitación;
    - evidencia de habilitación actual;
    - evidencia de competencia actual mediante información de otros establecimientos en los cuales la enfermera haya trabajado;
    - cartas de recomendación y/o demás información que el establecimiento pueda exigir; y
- verificar la información esencial, como el título y cédula profesionales, certificación vigente y prueba de finalización de educación especializada o avanzada.

El establecimiento debe hacer todo lo posible para verificar la información acerca de las competencias (verificación de la fuente original) incluso cuando la educación se completó en otro país. La verificación de la fuente original, asegura, que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un profesional son reales. Por ejemplo, en el caso del personal de enfermería, la verificación de la fuente original se realizará confirmando con la Universidad que emitió su título de licenciado en enfermería o técnico en enfermería, así como de postécnico o especialidad, si corresponde, que realmente concluyó su programa educativo y/o de entrenamiento que avala las competencias..

Para un hospital que se certifique por primera con este modelo ante el Consejo de Salubridad General, se considerará aceptable la consulta electrónica de la cédula profesional en personal de enfermería titulado (técnicas y licenciadas), con la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; sin embargo, el hospital deberá presentar un programa que no rebase los dos años para cumplir a cabalidad con el proceso de verificación de la fuente original descrito anteriormente.

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para:

- nuevas enfermeras solicitantes que comiencen cuatro meses antes de la certificación por el Consejo de Salubridad General; y
- en enfermeras con antiguedad mayor a 4 meses, deberá existir un plan, con evidencia de avance, que da prioridad a la verificación de las competencias de enfermeras que brinden servicios de alto riesgo, como Quirófano, servicio de Urgencias o Unidad de Cuidados Intensivos. Cuando un hospital busque la recertificación, deberá demostrar la verificación de la fuente original de todo su personal de enfermería.

Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar.

El establecimiento tiene un proceso que asegura que también se reúnan, verifiquen y revisen las competencias de cada enfermera contratada para asegurar la competencia clínica actual antes de la asignación.

El establecimiento reúne y mantiene un archivo para las competencias de cada enfermera. Los archivos contienen las habilitaciones actuales cuando las reglamentaciones exijan la renovación periódica. Existe documentación de la capacitación relacionada con toda competencia adicional.

Elementos Medibles de SQE.12

1. El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado que concentra las calificaciones de cada miembro del personal de enfermería.
2. Se documentan la habilitación, educación, capacitación y experiencia.
3. Dicha información se verifica desde la fuente original de acuerdo con los parámetros que se encuentran en el propósito de SQE.9.
4. Se mantiene un expediente con las competencias de cada enfermera.
5. El establecimiento tiene un proceso que asegura que las competencias del personal de enfermería contratado sean válidas y estén completas antes de la asignación.

Estándar SQE.13

El establecimiento tiene un proceso estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las calificaciones del personal de enfermería y en los requisitos reglamentarios.

Propósito de SQE.13

La revisión de las competencias del personal de enfermería ofrece la base para asignar las responsabilidades laborales y las actividades de atención clínica. Esta asignación se puede detallar en una descripción del puesto o en otros documentos. Las asignaciones que haga el establecimiento son coherentes con las leyes y reglamentaciones correspondientes en lo que se refiere a las responsabilidades de la enfermera y la atención clínica. *(Ver MMU.6, EM 3)*

Elementos Medibles de SQE.13

1. La habilitación, educación, capacitación y experiencia del personal de enfermería se usan para realizar las asignaciones de tareas clínicas.
2. El proceso tiene en cuenta las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar SQE.14

El establecimiento tiene un proceso estandarizado para la participación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad, incluso la evaluación del desempeño individual, cuando así se indique.

Propósito de SQE.14

El papel clínico esencial del personal de enfermería exige que participe activamente en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento. Si en algún momento durante el control, evaluación y mejora de la calidad se pone en duda el desempeño de un miembro del personal de enfermería, el establecimiento tiene un proceso para evaluar su desempeño en forma individual. Los resultados de las revisiones, las medidas tomadas y el impacto en

los responsabilidades laborales (privilegios) se documentan en el expediente del personal de enfermería o en otro archivo.

Elementos Medibles SQE.14

1. El personal de enfermería participa en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento.(Ver QPS.1.1, EM 1)
2. El desempeño individual de enfermería se revisa cuando así lo indiquen los resultados de las actividades de mejora de la calidad, independientemente de la evaluación permanente del desempeño (Ver SQE.3).
3. Los resultados del proceso de revisión se documentan en el expediente del personal de enfermería

OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Estándar SQE.15

El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado para recabar, verificar y evaluar las calificaciones (habilitación, educación, capacitación y experiencia) de otros profesionales de la salud.

Propósito de SQE.15

Los establecimientos de atención médica pueden permitir que uno o varios profesionales de la salud brinden atención y servicios a los pacientes o participen en los procesos de atención al pacientes, por ejemplo, parteras, técnicos en urgencias médicas, farmacéuticos, nutriólogos, psicólogos, rehabilitadores o aquellas personas que se considera que prestan servicios complementarios a la medicina u ofrecen servicios alternativos (por ejemplo, acupuntura, herbolaria).

Muchos de estos profesionales completan los programas de capacitación formal y reciben una habilitación o certificado o se registran ante las autoridades locales o nacionales. Otros pueden completar programas de aprendizaje menos formales u otras experiencias supervisadas.

En caso de esos otros profesionales de la salud que tienen permitido trabajar o ejercer en el establecimiento de atención médica, la organización es responsable de reunir y verificar sus calificaciones. El establecimiento debe asegurar que los otros profesionales de la salud estén calificados para brindar atención y tratamientos y debe especificar los tipos de atención y tratamiento que tienen permitido brindar.

El establecimiento se asegura de que los otros profesionales de la salud estén calificados para brindar atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes al

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes a dichos profesionales;
- reunir todas las calificaciones disponibles de cada profesional, incluidas, al menos, evidencias de educación, capacitación, habilitación o certificación actuales cuando se exija; y
- verificar la información esencial, como el registro, habilitación o certificación actuales.

El establecimiento debe hacer todo lo posible para verificar la información acerca de las competencias (verificación de la fuente original) incluso cuando la educación se completó en otro país. La verificación de la fuente original, asegura, que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un profesional son reales. Por ejemplo, la verificación de la fuente original se realizará confirmando con la Universidad que emitió el título de licenciado en nutrición o en psicología, que realmente concluyó su programa educativo y/o de entrenamiento que avala las competencias.

Para un hospital que se certifique por primera con este modelo ante el Consejo de salubridad General, se considerará aceptable la consulta electrónica de la cédula profesional tanto de licenciatura como de postgrado, si corresponde, con la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; sin embargo, el hospital deberá presentar un programa que no rebase los dos años para cumplir a cabalidad con el proceso de verificación de la fuente original descrito anteriormente.

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para nuevos solicitantes que comiencen cuatro meses antes de la certificación por el Consejo de Salubridad General; y en profesionales de la salud con antiguedad mayor a 4 meses, deberá existir un plan, con evidencia de avance.

Cuando no exista un proceso de educación formal exigido, habilitación ni proceso de registro ni otra calificación ni prueba de competencia, se documentará en el expediente de la persona. Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar en el expediente.

El establecimiento reúne y mantiene un archivo que concentra las calificaciones de cada profesional de la salud. Los archivos contienen las habilitaciones o registros actuales cuando las reglamentaciones exijan la renovación periódica.

Elementos Medibles de SQE.15

1. El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado para reunir las calificaciones de cada miembro del personal profesional de la salud.
2. Se documentan la habilitación, educación, capacitación y experiencia cuando sea pertinente.
3. Dicha información se verifica desde la fuente original de acuerdo con los parámetros que se encuentran en el propósito de SQE.9.
4. Se mantiene un expediente sobre estos profesionales de la salud.
5. El expediente contiene copias de la habilitación, certificación o registros necesarios.

Estándar SQE.16

El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las calificaciones de estos profesionales de la salud y en los requisitos reglamentarios.

Estándar SQE.17

El establecimiento tiene un proceso efectivo para la participación de estos profesionales de la salud en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento.

Propósito de SQE.16 y SQE.17

La organización es responsable de identificar los tipos de actividad o nivel de servicios que estas personas prestarán en el establecimiento. Esto se puede logar mediante acuerdos, asignaciones laborales, descripciones del puesto u otros métodos. Además, el establecimiento define el nivel de supervisión (de modo coherente con las leyes y reglamentaciones existentes), para estos profesionales.

Estos profesionales de la salud están incluidos en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento.

SQE.16 El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las calificaciones de estos profesionales de la salud y en los requisitos reglamentarios.

Elementos Medibles de SQE.16

1. *La habilitación, educación, capacitación y experiencia de estos profesionales de la salud se usan para realizar* las asignaciones de las tareas clínicas.
2. El proceso tiene en cuenta las leyes y reglamentaciones correspondientes.

SQE.17 El establecimiento tiene un proceso efectivo para la participación de estos profesionales de la salud en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento.

Elementos Medibles de SQE.17

1. Los "otros profesionales de la salud" participan en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento. (Ver QPS.1.1, EM 1)
2. El desempeño de los "otros profesionales de la salud" se revisa cuando así lo indican los resultados de las actividades de mejora de la calidad; independientemente de la evaluación permanente del desempeño (Ver SQE.3).
3. Los resultados del proceso de revisión se documentan en el expediente de los "otros profesional de la salud".

MC

MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Management of Communication and Information

MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Management of Communication and Information

PERSPECTIVA GENERAL

La atención al paciente implica un esfuerzo complejo, sumamente dependiente de la comunicación de información. La comunicación es para la comunidad, los pacientes y sus familiares; así como para los profesionales de la salud dentro y fuera del establecimiento de atención médica. Las fallas de comunicación son una de las causas principales y más comunes de los incidentes de seguridad de los pacientes y de la mala calidad de la atención.

Para brindar, coordinar e integrar los servicios, en los hospitales se confía en la información científica, la que brindan los pacientes, la que se deriva de la atención prestada y de sus resultados, así como del desempeño de todo el establecimiento. Al igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la información es un recurso que las autoridades deben manejar en forma efectiva.

Todo establecimiento 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 de salud se vuelven más efectivas en:

- identificar las necesidades de información;
- diseñar un sistema de manejo de la información;
- definir y capturar datos;
- analizar datos y transformarlos en información;
- transmitir e informar datos e información; e
- integrar y utilizar la información.

Si bien la informática y demás tecnologías mejoran la eficiencia, los principios de manejo adecuado y seguro de la información se aplican a todos los métodos, ya sea en papel o en formato electrónico. Estos estándares se encuentran diseñados para ser igualmente compatibles con sistemas no computarizados y tecnologías de la información.

COMUNICACIÓN CON LA COMUNIDAD

Estándar MCI.1

El establecimiento de atención médica se comunica con la comunidad a la que da servicio para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.

Propósito de MCI.1

Los establecimientos de atención médica identifican los grupos comunitarios y los grupos de población que reciben sus servicios, por lo que planifican la comunicación permanente con dichos grupos de interés. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación, de organizaciones dentro de la comunidad o a través de terceros. Los tipos de información incluyen:

- información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención; e
- información sobre la calidad de los servicios, la evaluación se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

Elementos Medibles de MCI.1

1. El establecimiento ha identificado sus grupos comunitarios y población de interés.
2. El establecimiento implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a sus condiciones socioculturales.
3. El establecimiento proporciona información, de manera efectiva, sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.
4. El establecimiento proporciona información, de manera sistemática y continua, sobre la calidad de sus servicios.

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES

Estándar MCI.2

El establecimiento informa a los pacientes y familiares sobre la atención que reciben, los servicios que presta y la forma de acceder a éstos.

Propósito de MCI.2

Los pacientes y familiares necesitan información completa sobre la atención que reciben y los servicios que ofrece el establecimiento, así como la forma de acceder a tales servicios. Proporcionar esta información es fundamental para generar una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, sus familiares y la organización. Esta información ayuda a que coincidan las expectativas del paciente con la capacidad del establecimiento de satisfacer dichas expectativas. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la atención que el paciente necesita está más allá de la misión de la organización y de su capacidad. *(Ver ACC.1.2, EM 1)*

Elementos Medibles de MCI.2

1. El establecimiento proporciona información sobre la atención y los servicios que ofrece a los pacientes y sus familiares.
2. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios del establecimiento.
3. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios.

Estándar MCI.3

La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.

Propósito de MCI.3

Los pacientes solo pueden tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención si comprenden la información que se les proporciona. Por consiguiente, se presta especial atención al formato, lenguaje e idioma empleados para comunicarse e impartir educación a los pacientes y sus familiares acorde a su contexto sociocultural. Los pacientes responden en forma diferente a las instrucciones verbales, los materiales impresos, las cintas de video, las demostraciones, entre otros, por lo que puede que sea necesario que los miembros de la familia o los intérpretes ayuden con la educación o traduzcan materiales. Es importante reconocer las limitaciones de los niños para actuar como traductores, para comunicar información y educación importantes tanto clínica como de otra índole; por consiguiente, sólo deberá recurrirse a los niños como traductores como último recurso. Cuando se empleen personas ajenas a la familia para traducir o interpretar, serán conscientes de las barreras que pueda tener el paciente para comunicarse y comprender. *(Ver ACC.1.3; PFE.3, EM 1; PFE.5, EM 1 y 2 y PFR.5)*

Elementos Medibles de MCI.3

1. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un formato comprensible.
2. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un lenguaje e idioma comprensible.

COMUNICACIÓN DENTRO Y FUERA DEL ESTABLECIMIENTO

Estándar MCI.4

La comunicación es efectiva en todo el establecimiento.

Propósito de MCI.4

La comunicación efectiva dentro de un establecimiento de atención médica es un tema que involucra al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del establecimiento de atención médica comprenden la dinámica de la comunicación: entre los grupos profesionales, las áreas y servicios; entre grupos profesionales y no profesionales; entre los profesionales y directores; entre los profesionales y los familiares; y con otras organizaciones, por nombrar algunas.

Las autoridades del establecimiento no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos mediante la comunicación efectiva de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en el establecimiento.

Elementos Medibles de MCI.4

1. Las autoridades se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en todo el establecimiento, de manera oportuna.
2. Hay una comunicación efectiva en el establecimiento, entre sus profesionales, áreas y servicios.
3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.
5. Las autoridades comunican la misión del establecimiento y las políticas, planes y objetivos adecuados a todo el personal.

Estándar MCI.5

Los directores y responsables de áreas se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

Propósito de MCI.5

Para coordinar e integrar la atención al paciente, los directores y responsables de áreas desarrollan una cultura que hace énfasis en la cooperación y la comunicación. Los directores y responsables de áreas elaboran métodos formales (por ejemplo: comités permanentes, equipos conjuntos) e informales (por ejemplo: boletines informativos y trípticos) para la promoción de la comunicación entre servicios e individuos. La coordinación de los servicios clínicos proviene de una comprensión de la misión de cada área, de los servicios y de la colaboración en la elaboración de políticas y *procedimientos comunes. Según sea adecuado para los servicios, la comunicación es de naturaleza tanto clínica como* no clínica.

Elementos Medibles de MCI.5

1. Los directores y responsables de áreas aseguran una comunicación efectiva tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos.
2. Los directores y responsables de áreas fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MCI.6

La información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunica entre el personal médico, de enfermería y demás profesionales de la salud, durante cada turno y entre los turnos.

Propósito de MCI.6

La comunicación y el intercambio de información entre los profesionales de la salud son fundamentales para un proceso de atención sin complicaciones. La información esencial puede comunicarse por medios verbales, escritos y/o electrónicos. Cada establecimiento decide qué información debe ser comunicada, a través de qué medios y con qué frecuencia. La información comunicada de un profesional a otro incluye:

- el estado de salud del paciente;
- un resumen de la atención proporcionada; y
- la respuesta del paciente a la atención.

Una buena práctica para mejorar la comunicación en momentos claves de la atención médica, es la herramienta SBAR *(Situation, Background, Assessment, Recommendation),* es decir, utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: Situación actual (S), antecedentes que circunscriben la *enfermedad actual (B), evaluaciones (A) y recomendaciones y actividades pendientes (R).*

Elementos Medibles de MCI.6

1. Existe un proceso para comunicar información del paciente entre los profesionales de la salud, de manera permanente o en momentos claves del proceso de atención médica.
2. La información comunicada incluye el estado de salud del paciente.
3. La información comunicada incluye un resumen de la atención prestada.
4. La información comunicada incluye la evolución del paciente.

Estándar MCI.7

El expediente clínico del paciente está a disposición de los prestadores de atención, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.

Propósito de MCI.7

El expediente clínico es una fuente primaria de información en el proceso de atención y evolución del paciente, es una herramienta esencial de comunicación. Para que esta información resulte útil y respalde la continuidad de la atención, debe estar disponible para la atención en hospitalización, consulta y en otros momentos, según sea necesario, y deberá mantenerse actualizada. Las notas médicas, de enfermería y demás sobre la atención al paciente deben estar a disposición de todos los prestadores de atención del paciente. La política del establecimiento identifica a los profesionales que tienen acceso al expediente clínico, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente.

Elementos Medibles de MCI.7

1. La política determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico del paciente.
2. El expediente está a disposición de dichos prestadores.
3. El expediente está actualizado para asegurar la comunicación de la información más reciente.

Estándar MCI.8

La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente.

Propósito de MCI.8

A menudo los pacientes son atendidos en distintas áreas del establecimiento durante su estancia en el hospital. Cuando cambia el equipo de atención debido a que el paciente cambió de área a servicio, la continuidad de la atención al paciente requiere que la información esencial relacionada con el paciente se traslade con él. Por consiguiente, los medicamentos y demás tratamientos pueden continuar sin interrupciones, y el estado del paciente se puede controlar debidamente. A fin de lograr esta transferencia de información, se traslada el expediente clínico y/o se elabora un resumen de la información clínica en el momento del traslado del paciente. Dicho resumen incluye el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, los procedimientos realizados, los medicamentos y demás tratamientos administrados, y el estado del paciente en el momento del cambio de área o servicio.

Elementos Medibles de MCI.8

1. El expediente clínico o un resumen de la atención se transfieren junto al paciente a otro servicio dentro del establecimiento.
2. El resumen incluye el motivo de admisión.
3. El resumen incluye los hallazgos relevantes.
4. El resumen incluye los diagnósticos realizados.
5. El resumen incluye todos los procedimientos realizados.
6. El resumen incluye todos los medicamentos y demás tratamientos administrados.
7. El resumen incluye el estado del paciente al momento de la transferencia.

LIDERAZGO Y PLANIFICACIÓN

Estándar MCI.9

El establecimiento planifica y diseña procesos de manejo de la información para cumplir con las necesidades de información tanto internas como externas.

Propósito de MCI.9

La información se genera y se utiliza durante la atención al paciente. La capacidad de captar y proporcionar información requiere de una planificación efectiva. La planificación incorpora aportes de varias fuentes:

- los prestadores de atención;
- los directores y responsables de áreas del establecimiento; y
- las personas ajenas a la organización que necesitan o requieren datos o información sobre el funcionamiento y los procesos de atención del establecimiento.

La planificación también tiene en cuenta la misión del establecimiento, los servicios prestados, los recursos, el acceso a la tecnología y el apoyo para una comunicación efectiva entre los profesionales.

La prioridad de necesitar información de estas fuentes influye sobre las estrategias de manejo de la información del establecimiento y sobre su capacidad de implementarlas. Las estrategias son adecuadas para el tamaño del establecimiento, la complejidad de los servicios y la disponibilidad de personal capacitado, y demás recursos humanos y técnicos. El plan es integral, e incluye a todas las áreas y servicios del establecimiento.

El manejo de información no requiere un plan de información formal por escrito, pero sí requiere evidencia de un enfoque planeado que identifique las necesidades de información del establecimiento.

Elementos Medibles de MCI.9

1. La planificación tiene en cuenta las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos.
2. La planificación tiene en cuenta las necesidades de información de quienes hacen la gestión del establecimiento.
3. La planificación tiene en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.
4. La planificación es adecuada para el tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.

Estándar MCI.10

Se mantienen la confidencialidad de la información.

Propósito de MCI.10

El establecimiento mantiene la confidencialidad de los datos y la información, y tiene especial cuidado en la preservación de la confidencialidad de datos e información que sean sensibles. El establecimiento determina el nivel de confidencialidad mantenido para los distintos tipos de información (por ejemplo, el expediente clínico del paciente, los datos de una investigación).

Elementos Medibles de MCI.10

1. Existe una política escrita que se ocupa la confidencialidad de la información conforme a las leyes y reglamentaciones.
2. La política está implementada.
3. Se controla el cumplimiento de la política.
4. El establecimiento cuenta con un proceso, conforme a la normatividad vigente, que define los requisitos para que el paciente acceda a su información.

Estándar MCI.11

Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.

Propósito de MCI.11

Las políticas se ocupan de los procedimientos de seguridad que sólo permiten al personal autorizado el acceso a los datos y la información así clasificada. El acceso a las distintas categorías de información se basa en las necesidades identificadas por cargo laboral y función, incluido el personal en formación.

Un proceso efectivo define:

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso una persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; y
- el proceso a seguir en caso de que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto importante al mantener la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico de un paciente e ingresar información. El establecimiento elabora una política para autorizar a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los expedientes clínicos. Existe un proceso para garantizar que sólo personal autorizado ingrese información en los expedientes clínicos de los pacientes.

Elementos Medibles de MCI.11

1. El establecimiento cuenta con una política que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes.
2. La política incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información clasificada.
3. Se identifican las personas que pueden acceder a cada categoría de datos e información y las que tienen un cargo laboral que les permite el acceso.
4. La política está implementada.
5. Se controla el cumplimiento de la política.

Estándar MCI.12

El establecimiento cuenta con una política sobre el tiempo de retención de los expedientes, datos e información.

Propósito de MCI.12

El establecimiento elabora e implementa una política que guía la retención de los expedientes clínicos de pacientes y demás datos e información. Los expedientes clínicos de los pacientes deberán conservarse por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico, la demás información deberá retenerse por periodos suficientes para cumplir con las leyes y reglamentaciones y para respaldar la atención al paciente, la gestión, la documentación legal, la investigación y la educación. La política de retención contempla el cuidado de la información en términos de confidencialidad y seguridad. Cuando el periodo de retención se termina, se destruyen debidamente los expedientes clínicos y demás registros, datos e información.

Elementos Medibles de MCI.12

1. El establecimiento cuenta con una política sobre la conservación y retención de los expedientes clínicos y demás datos e información.
2. El proceso de conservación y retención establece la confidencialidad y seguridad esperadas.
3. Los expedientes, registros, datos e información se destruyen debidamente.

Estándar MCI.13

El establecimiento cuenta con un listado de códigos de diagnóstico estandarizados (conforme lo dispuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10), códigos de procedimiento, símbolos, abreviaturas de unidades de medida aceptados por el establecimiento.

Propósito de MCI.13

La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizados facilitan la comparación de datos e información dentro de una unidad y entre unidades. El empleo uniforme de códigos de diagnóstico y procedimientos respalda la categorización, agrupación y el análisis de los datos. Las abreviaturas permitidas y los símbolos (por ejemplo, los de elementos químicos de la tabla periódica como Na [Sodio], K [Potasio], O_2 [Oxígeno], etc.), también están estandarizados, e incluyen una lista de "no utilizar". Dicha estandarización cumple con la normatividad correspondiente y los estándares reconocidos locales y nacionales.

Elementos Medibles de MCI.13

1. Se emplean códigos de diagnóstico estandarizados, y se controla su uso.
2. Se emplean códigos de procedimiento estandarizados, y se controla su uso.
3. Se emplean definiciones estandarizadas.
4. Se emplean símbolos estandarizados, y están identificados y controlados los que no deben emplearse.
5. Se emplean abreviaturas estandarizadas, y están identificadas y controladas las que no deben emplearse.

Estándar MCI.14

Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera del establecimiento se satisfacen de manera *oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada.*

Propósito de MCI.14

El formato y los métodos de difusión de datos e información al usuario se adaptan para satisfacer sus expectativas. Las estrategias de difusión incluyen:

- proporcionar sólo los datos e información que el usuario solicite o necesite;
- dar al informe un formato que ayude a su uso en el proceso de decisión;
- proporcionar informes con la frecuencia que el usuario necesite;
- vincular fuentes de datos e información; y
- ofrecer interpretación o aclaración de datos.

Elementos Medibles de MCI.14

1. La difusión de datos e información satisface las necesidades de los usuarios.
2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna.
3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que colabora con su uso deseado.
4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesaria para cumplir las responsabilidades de su trabajo.

Estándar MCI.15

En la selección, integración y utilización de la tecnología de manejo de la información participa el personal clínico y directivo.

Propósito de MCI.15

La tecnología para el manejo de la información representa una importante inversión de recursos para un establecimiento de atención médica. Por este motivo, la tecnología se ajusta, cuidadosamente, a las necesidades y recursos actuales y futuros del establecimiento. Es preciso integrar la tecnología disponible con los procesos de manejo de la información existentes; la tecnología mencionada ayuda a integrar las actividades de todas las áreas y servicios del establecimiento. Este nivel de coordinación requiere la participación del personal clave, tanto clínico como de directivo, en el proceso de selección.

Elementos Medibles de MCI.15

1. *El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.*
2. El personal de directivo participa en las decisiones de tecnología de la información.

Estándar MCI.16

Los expedientes clínicos y la información del establecimiento están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

Propósito de MCI.16

Los expedientes clínicos de los pacientes y demás datos e información están seguros y protegidos en todo momento; por ejemplo: los expedientes clínicos activos se guardan en áreas a las que sólo tiene acceso el personal profesional de la salud autorizado, y se archivan en sitios donde es poco probable la presencia de calor, agua, fuego u otros agentes que provoquen daños. El establecimiento también tiene en cuenta el acceso no autorizado a la información archivada electrónicamente e implementa procesos para prevenir dicho acceso. *(Ver PFR.1.6)*

Elementos Medibles de MCI.16

1. Los expedientes clínicos y la información están protegidos contra pérdidas o destrucción.
2. Los expedientes clínicos y la información están protegidos contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.

Estándar MCI.17

Los encargados de tomar decisiones y otros miembros del personal adecuados reciben educación y capacitación sobre los principios del manejo de la información.

Propósito de MCI.17

El personal del establecimiento que genera, recolecta, analiza y usa los datos recibe educación y capacitación a fin de participar efectivamente en el manejo de la información.

Esta educación y capacitación permiten al personal:

- comprender la seguridad y confidencialidad de los datos y la información;
- usar instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos;
- ayudar en la interpretación de datos;
- usar los datos y la información para ayudar en la toma de decisiones;
- educar y apoyar la participación de los pacientes y sus familiares en los procesos de atención; y
- usar indicadores para evaluar y mejorar los procesos de atención y de trabajo.

El personal está educado y capacitado según corresponda, de acuerdo a sus responsabilidades, las descripciones de los puestos y las necesidades de datos e información. El proceso de manejo de la información posibilita combinar información de varias fuentes y generar informes para respaldar la toma de decisiones. En particular, la combinación de información clínica y de gestión ayuda a los directores y responsables de áreas del establecimiento a hacer planes en colaboración. El proceso de manejo de la información respalda a los líderes con datos longitudinales y datos comparativos integrados.

Elementos Medibles de MCI.17

1. Los responsables de tomar decisiones y demás personas reciben educación sobre los principios del manejo de la información.
2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo.
3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para respaldar la toma de decisiones.

Estándar MCI.18

Una política o protocolo define los requisitos para elaborar y mantener políticas y procedimientos.

Propósito de MCI.18

La política describe cómo se llevará a cabo lo siguiente:

a) la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado, antes de su publicación;
b) el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos;
c) los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles dondequiera que se utilicen;
d) la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos;
e) el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento;
f) el control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento;
g) la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error; y
h) la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.

El sistema de seguimiento permite que cada documento se identifique por título, fecha de emisión, fecha de edición y/o de la revisión actual, número de páginas, persona que autorizó la emisión y/o revisó el documento, e identificación en la base de datos (si correspondiera).

Existe un proceso para asegurarse de que el personal haya leído y estén familiarizados con las políticas y procedimientos relevantes para su trabajo.

Los procesos para la elaboración y el mantenimiento de las políticas y procedimientos están implementados.

Elementos Medibles de MCI.18

1. Existe una política que define los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos, que incluyen al menos los siguientes puntos:
    a) la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado, antes de su publicación
    b) el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos
    c) los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles donde quiera que se utilicen
    d) la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos
    e) el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento
    f) el control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento;
    g) la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error; y
    h) la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.
2. La política esta implementada.

EXPEDIENTE CLÍNICO

Estándar MCI.19

El establecimiento inicia y mantiene un expediente clínico para cada paciente evaluado o tratado.

Propósito de MCI.19

Todo paciente evaluado o tratado en un establecimiento de atención médica como paciente hospitalizado, ambulatorio o de urgencias cuenta con un expediente clínico. Se asigna al expediente un identificador exclusivo para el paciente, o se emplea algún otro mecanismo para vincular al paciente con su expediente. Un único expediente y un único identificador permiten a la organización localizar fácilmente los expedientes clínicos del paciente y documentar la atención de los usuarios en el tiempo.

Elementos Medibles de MCI.19

1. Se abre un expediente clínico para cada paciente que la organización evalúe o trate.
2. Los expedientes clínicos de los pacientes se conservan mediante el uso de un identificador exclusivo o número de expediente clínico del paciente o algún otro método efectivo.

Estándar MCI.19.1

El expediente clínico contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención.

Estándar MCI.19.1.1

El expediente clínico da cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General.

Estándar MCI.19.1.1.1

El expediente clínico de cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Propósito de MCI.19.1, MCI.19.1.1 y MCI.19.1.1.1

El expediente clínico de cada paciente debe presentar información suficiente para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento administrado y documentar el curso y los resultados del tratamiento. Un formato y contenido estandarizados del expediente ayuda a promover la integración y la continuidad de la atención entre los profesionales de la salud que trabajan con el paciente.

Los expedientes se documentan de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por el personal de salud que brinda atención al paciente además del personal médico y de enfermería, por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

El expediente de cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias incluye la información específica identificada en el estándar MCI.19.1.1.1.

MCI.19.1 El expediente clínico contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención médica acorde a la NOM-168-SSA1-1998.

Elementos Medibles de MCI.19.1

1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para identificar al paciente.
2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico.
3. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento.
4. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento

MCI.19.1.1 El expediente clínico da cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General.

Elementos Medibles de MCI.19.1

1. ***Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.***
2. ***Los expedientes clínicos dan cumplimiento a los registros solicitados por los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General.***
3. ***Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.***

MCI.19.1.1.1 El expediente clínico de cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Elementos Medibles de MCI.19.1.1.1

1. Los expedientes clínicos de urgencia incluyen la hora de llegada.
2. Los expedientes clínicos de urgencia incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.
3. Los expedientes clínicos de urgencia incluyen el estado del paciente al alta.
4. Los expedientes clínicos de urgencia incluyen todas las instrucciones para la atención de seguimiento.

Estándar MCI.19.2

La política del establecimiento identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y determina el contenido y el formato del expediente.

Estándar MCI.19.3

Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó en el expediente clínico.

Propósito de MCI.19.2 y MCI.19.3

El acceso a cada categoría de información se basa en la necesidad y está definido por cargo laboral y función, incluido el personal en formación. Un proceso efectivo define:

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso una persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; y
- el proceso a seguir en casos en que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto de la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico e ingresar información el mismo. El establecimiento elabora una política para autorizar a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los expedientes clínicos de los pacientes. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en los expedientes clínicos de los pacientes, y que el autor del ingreso se identifique y ponga la fecha. Si el establecimiento lo exige, también se anota la hora en que se ingresó la información, por ejemplo en el caso de tratamientos con horarios u órdenes de medicamentos.

MCI.19.2 La política del establecimiento identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico del paciente, y determina el contenido y el formato del expediente.

Elementos Medibles MCI.19.2

1. Las personas autorizadas para ingresar información en el expediente clínico de un paciente están identificadas en la política del establecimiento.
2. El formato y la ubicación de la información ingresada están determinados por la política del establecimiento.
3. Solo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos de los pacientes.

MCI.19.3 Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó en el expediente clínico.

Elementos Medibles de MCI.19.3

1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en el expediente clínico de un paciente y se consigna el nombre y la firma.
2. Se puede identificar la fecha de cada ingreso de información en el expediente clínico de un paciente.
3. Cuando el establecimiento así lo exige, se puede identificar la hora de ingreso de la información.

Estándar MCI.19.4

Como parte de sus actividades de mejora del desempeño, el establecimiento evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos.

Propósito de MCI.19.4

Cada establecimiento determina el contenido y el formato del expediente clínico del paciente, cumpliendo lo señalado en la NOM-168-SSA1-1998, y cuenta con un proceso para evaluar el contenido de los expedientes y la completitud de los mismos. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora del desempeño del establecimiento y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de expedientes 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 del expediente lo realiza un grupo colegiado (Comité del Expediente Clínico), conformado por el personal médico, el personal de enfermería y demás profesionales clínicos relevantes autorizados a ingresar información. La revisión se centra en lo oportuno, completo y legible. El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente coordina la revisión de los expedientes con para garantizar un expediente clínico integrado y de calidad. El proceso de revisión de los expedientes incluye tanto los de los pacientes que actualmente reciben atención como los de pacientes dados de alta.

Elementos Medibles MCI.19.4

1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.
2. La revisión emplea una muestra representativa.
3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos o a manejar los mismos.
4. El Comité de Calidad y Seguridad del paciente coordina la revisión de expedientes clínicos.
5. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.
6. ***El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a lo exigido por la NOM-168-SSA1-1998.***
7. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.
8. Los resultados del proceso de revisión se incorporan en el mecanismo de supervisión de calidad del establecimiento.

AGRUPACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Estándar MCI.20

La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención brindada al paciente, la gestión del establecimiento y el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estándar MCI.20.1

El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, y ha determinado qué datos y qué información categorizan y/o se agrupan periódicamente a fin de cumplir con las necesidades de *información del personal clínico, responsables de áreas, director del establecimiento y de organismos ajenos* a la organización.

Estándar MCI.20.2

El establecimiento respalda la atención brindada al paciente, la educación, la investigación y la gestión con información oportuna de fuentes actuales.

Estándar MCI.20.3

El establecimiento cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

Propósito de MCI.20 hasta MCI.20.3

El establecimiento analiza datos agrupados y categorizados para respaldar la atención al paciente y la gestión del establecimiento. Los datos agrupados y categorizados proporcionan un perfil del establecimiento en el tiempo, y permiten comparar el desempeño del establecimiento con el de otras organizaciones. Por consiguiente, los datos agrupados y categorizados constituyen una parte importante las actividades de mejora del desempeño del establecimiento. En particular, los datos agrupados y categorizados sobre el manejo de riesgos, gestión del sistema de servicios básicos, prevención y control de infecciones y control de utilización, pueden ayudar a la organización a comprender su desempeño actual y a identificar oportunidades para mejorar.

Los prestadores de atención médica, investigadores, educadores y directivos, a menudo necesitan información que los ayude con sus responsabilidades, dicha información puede incluir literatura científica y de gestión, guías de práctica *clínica, hallazgos de investigación y metodologías educativas. El Internet, el material impreso de una biblioteca, las* fuentes de búsqueda en línea y los materiales personales son todas fuentes valiosas de información actual.

Al participar en bases de datos externas de desempeño, un establecimiento de atención médica puede comparar su desempeño con el de otros a nivel local, nacional e internacional. La comparación del desempeño es una herramienta efectiva para identificar oportunidades para mejorar y documentar el nivel de desempeño de la organización. Las redes de atención médica y quienes compran o pagan para recibir atención médica con frecuencia solicitan dicha información. Las bases de datos externas son sumamente variadas, y van desde bases de datos de aseguradoras hasta las de sociedades profesionales. Es posible que las leyes, reglamentos y normas vigentes exijan a los establecimientos que colaboren con algunas bases de datos externas *(Ver QPS.4.2)*. En todos los casos, se mantiene la seguridad y la confidencialidad de los datos y de la información.

MCI.20 La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención brindada al paciente, la gestión del establecimiento y el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de MCI.20

1. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención al paciente.
2. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la gestión del establecimiento.
3. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

MCI.20.1 El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, y ha determinado qué datos y qué información categorizan y/o se agrupan periódicamente a fin de cumplir con las necesidades de información del personal clínico, responsables de áreas, director del establecimiento y de organismos ajenos a la organización.

Elementos Medibles de MCI.20.1

1. El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, en respuesta a las necesidades identificadas de los usuarios.
2. El establecimiento proporciona los datos necesarios a organismos ajenos a la organización.

MCI.20.2 El establecimiento respalda la atención brindada al paciente, la educación, la investigación y la gestión con información oportuna de fuentes actuales.

Elementos Medibles de MCI.20.2

1. La información científica actual y otros tipos de información, respaldan la atención al paciente.
2. La información científica actual y otros tipos de información, respaldan la educación clínica.
3. La información científica actual y otros tipos de información, respaldan la investigación.
4. La información profesional actual y otros tipos de información, respaldan la gestión.
5. La información se proporciona en un marco de tiempo que satisface las expectativas de los usuarios.

MCI.20.3 El establecimiento cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

Elementos Medibles de MCI.20.3

1. El establecimiento cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de las mismas.
2. El establecimiento contribuye brindando datos o información a bases de datos externas, conforme a las leyes o reglamentaciones.
3. El establecimiento compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. *(Ver QPS.4.2, EM 2 y PCI.10.4, EM 1)*
4. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.

GLOSARIO

A

ACCIDENTE DE TRABAJO: es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste.

ACTIVIDADES PELIGROSAS: es el conjunto de tareas derivadas de los procesos de trabajo, que generan condiciones inseguras y sobre exposición a los agentes físicos, químicos o biológicos, capaces de provocar daño a la salud de los trabajadores o al centro de trabajo.

ACTOS INSEGUROS: son las acciones realizadas por el trabajador, que omite o viola el método o medidas aceptadas como seguras.

ACONTECIMIENTO ADVERSO POR MEDICAMENTOS (AAM): Daño, leve o grave, causado por el mal uso de un medicamento o por la falta de uso. Pueden ser AAM prevenibles: causados por un error de medicación. AAM no prevenibles: daños sin error, por ejemplo, reacciones adversas o efectos adversos.

ALTA: autorización que da el médico para la reincorporación de un paciente a la vida ordinaria; es el punto en el cual termina la vinculación activa de una persona con una organización o programa, y estos ya no tienen responsabilidad activa sobre la atención de la persona.

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ: proceso para identificar la base o los factores causales subyacentes a la variación en el desempeño, incluso la incidencia o posible incidencia de un evento centinela. Véase también evento centinela.

ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD DE RIESGO: la identificación de urgencias potenciales y los efectos directos e indirectos que estas urgencias pueden tener sobre las operaciones del establecimiento de atención médica y sobre la demanda de sus servicios.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: servicios relacionados con la resolución de problemas clínicos, en especial mediante métodos de laboratorio para diagnósticos clínicos. Incluye química clínica, bacteriología y micología, parasitología, virología, microscopía clínica, hematología, inmunohematología y coagulación, inmunología, serología y radiobioensayo.

ANESTESIA Y SEDACIÓN: la administración a una persona, en cualquier entorno, por cualquier motivo, a través de cualquier vía, de medicamentos para inducir una pérdida parcial o total de la sensibilidad, a fin de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico o de otro tipo. Existen cuatro niveles de sedación y anestesia:

- *Sedación mínima (ansiolisis):* un estado provocado por fármacos durante el cual los pacientes responden con normalidad a las órdenes orales. Si bien la función cognitiva y la coordinación podrían resultar afectadas, las funciones respiratoria y cardiovascular no se ven afectadas.

- *Sedación de procedimiento (o moderada, anteriormente denominada "sedación consciente"):* una depresión del nivel de conciencia, provocada por fármacos, durante la cual los pacientes responden con determinación a las órdenes orales, ya sean solas o acompañadas de una leve estimulación táctil. El reflejo de retirada por un estímulo doloroso no se considera una respuesta con determinación. No se necesita ninguna intervención para mantener una vía respiratoria permeable en el paciente, y la respiración espontánea es adecuada. Por lo general se mantiene la función cardiovascular.

- *Sedación profunda/analgesia:* una depresión del nivel de conciencia, provocada por fármacos, durante la cual los pacientes no pueden ser despertados fácilmente, pero responden con determinación luego de estímulos reiterados dolorosos. Es posible que se vea afectada la capacidad de mantener en forma independiente la función respiratoria. Los pacientes quizá necesiten ayuda para mantener una vía respiratoria permeable, y puede que no sea adecuada la respiración espontánea. Por lo general se mantiene la función cardiovascular.

- *Anestesia:* consta de anestesia general y anestesia raquídea o regional importante. No incluye la anestesia local. La anestesia general es una pérdida de conciencia, provocada por fármacos, durante la cual los pacientes no pueden ser despertados, ni siquiera por estímulos dolorosos. A menudo resulta afectada la capacidad de mantener en forma independiente la función respiratoria. Los pacientes a menudo necesitan ayuda para mantener una vía respiratoria permeable, y se necesitará ventilación de presión positiva debido a la respiración espontánea deprimida o a la depresión de la función neuromuscular provocada por fármacos. Posiblemente resulte afectada la función cardiovascular.

ATENCIÓN EXTERNA: Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

ATENCIÓN NUTRICIONAL: intervenciones y orientación para promover una nutrición adecuada. Esta actividad se basa en una evaluación del estado nutricional y en información sobre alimentos, otras fuentes de nutrientes y preparación de alimentos. Tiene en cuenta los orígenes culturales y el nivel socioeconómico del paciente.

C

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: el grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Las dimensiones del desempeño incluyen lo siguiente: cuestiones de perspectiva del paciente, seguridad del entorno de atención, y accesibilidad, idoneidad, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención.

CALIFICACIONES: evidencia de competencia, habilitaciones actuales y relevantes, educación, capacitación y experiencia. Cada organización podrá agregar otros criterios. Véase también competencia; verificación de calificaciones.

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP). Órgano de carácter técnico-consultivo, que vincula y conduce la calidad y la seguridad del paciente, es un comité integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora continua que se desarrollan en los establecimientos de atención médica. *Fuente: Instrucción 171/2009, SICALIDAD*

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA (COFAT). Órgano de carácter técnico-consultivo, de asesoramiento, coordinación e información relacionada con el uso y manejo de los medicamentos en el hospital. Esté comité es el elemento esencial para el buen funcionamiento del sistema de medicación, ya que en éste se seleccionan los medicamentos, se elabora el Cuadro Básico o Listado de medicamentos del hospital y se prepara la Guía Farmacoterapéutica, elemento rector de las políticas de prescripción del hospital, así como de los protocolos de atención y guías de práctica clínica. *Fuente: Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria*

COMPETENCIA. Determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas *definidas una descripción de puesto.*

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS. Proceso formal y estandarizado que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararla con la que se le ha prescrito al ingreso al hospital, traslados, cambios de responsable y al egreso. Las discrepancias encontradas se deben de comentar con el médico que prescribe y si se requiere se deben de corregir. Los cambios realizados se deben de documentar y comunicarse adecuadamente al siguiente responsable del paciente y al mismo paciente.

CONDICIONES INSEGURAS: Son las situaciones o circunstancias peligrosas que derivan de los elementos que conforman el medio ambiente laboral y pueden hacer posible la ocurrencia de un accidente, enfermedad de trabajo o daño material.

CONDICIONES PELIGROSAS: son aquellas que pueden provocar un incidente, accidente o una enfermedad de trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

CONTROL: revisión periódica de la información. El propósito del control es identificar los cambios en una situación.

CUASIFALLA: toda variación del proceso que no afectó un resultado pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de resultados adversos graves. Dicha "ocasión" cae dentro del alcance de la definición de evento adverso. *Véase también evento adverso.*

CRITERIOS DE BASE FISIOLÓGICA: criterios centrados en la rama de la biología que se ocupa de las funciones de los organismos vivos y sus partes, de los factores físicos y químicos y los procesos implicados.

D

DATOS: hechos, observaciones clínicas o mediciones recolectadas durante una actividad de evaluación. Previo a su análisis los datos se denominan "datos en bruto".

DECLARACIÓN DE PROPÓSITO: breve explicación de la justificación, el significado y la trascendencia de un estándar, expresada en este manual bajo el encabezado "Propósito".

DECLARACIÓN DE MISIÓN: expresión escrita que expone el propósito de una organización o de uno de sus componentes. La generación de una declaración de misión generalmente precede a la formación de metas y objetivos.

DERIVACIÓN: el envío de una persona (1) de la consulta de un médico a la de otro o a la de un especialista; o (2) de un entorno o servicio a otro, o a otro recurso, ya sea para consulta o para atención que la fuente que deriva no está preparada o calificada para proporcionar.

DESASTRE: *véase emergencia*

DESCRIPCIÓN DE PUESTO: explicación de un puesto de trabajo que incluye las tareas, responsabilidades y condiciones requeridas para llevar a cabo el trabajo.

E

EDUCACIÓN DENTRO DEL SERVICIO: educación organizada, por lo general impartida en el lugar de trabajo, diseñada para mejorar las habilidades del personal o para enseñarles nuevas destrezas relevantes para su trabajo y para las disciplinas que manejan.

EFECTO SECUNDARIO: resultado indirecto predecible pero inevitable de los efectos farmacológicos del medicamento

EFICIENCIA: la relación entre los resultados (de la atención) y los recursos utilizados para prestar la atención. Por ejemplo, cuando dos programas utilizan la misma cantidad de recursos, el que logra un mayor índice de cobertura de vacunación es el más eficiente. El aumento de la eficiencia implica lograr los mismos resultados con menos recursos, o más resultados con la misma cantidad de recursos.

EMERGENCIA:

- Una ocasión imprevista o repentina, como una cirugía de urgencia necesaria para evitar la muerte o una discapacidad grave.
- Un evento natural o provocado por el hombre que trastorna significativamente el entorno de atención (por ejemplo, daños al edificio o al terreno del establecimiento por vientos fuertes, tormentas o terremotos), que trastorna significativamente la atención y el tratamiento (por ejemplo, pérdida de servicios básicos como electricidad, agua o teléfonos debido a inundaciones, disturbios civiles, accidentes o emergencias en el establecimiento o en su comunidad), o que resulta en demandas repentinas de los servicios del establecimiento (por ejemplo ataque bioterrorista, derrumbe de un edificio o choque de aviones en la comunidad del
- establecimiento). Algunas emergencias se denominan "desastres" o "eventos creadores de lesiones potenciales".

ENSAYO CLÍNICO: prueba de una terapia realizada en tres o a veces cuatro fases, dependiendo del propósito, el tamaño y el alcance de la prueba:

- Los *ensayos de la "Fase I"* evalúan la seguridad de los fármacos, dispositivos o técnicas de diagnóstico, terapéuticos profilácticos, para determinar el rango seguro de la dosis (si correspondiera). En ellos participa una pequeña cantidad de sujetos sanos. El ensayo dura generalmente alrededor de un año.
- Los *ensayos de la "Fase II"* están por lo general controlados para evaluar la efectividad y la dosis (si correspondiera) de los fármacos, dispositivos o técnicas. En estos estudios participan varios cientos de voluntarios, incluida una cantidad limitada de pacientes con la enfermedad o el trastorno en el que se centra el estudio. El ensayo dura generalmente alrededor de dos años.

- Los *ensayos de la "Fase III"* verifican la efectividad de los fármacos, dispositivos o técnicas determinados en los estudios de la Fase II. Se controla a los pacientes de la Fase II para identificar toda reacción adversa a causa del uso a largo plazo. Estos estudios cuentan con la participación de grupos de pacientes lo suficientemente grandes como para identificar respuestas relevantes desde el punto de vista clínico. El ensayo dura generalmente alrededor de tres años.
- Los *ensayos de la "Fase IV"* estudian los fármacos, dispositivos o técnicas que han sido aprobadas para la venta al público en general. Estos estudios suelen realizarse para obtener más datos sobre la seguridad y la eficacia de un producto.

EQUIPO MÉDICO: equipo fijo y portátil utilizado para el diagnóstico, tratamiento, control y atención directa de los pacientes.

ERROR DE MEDICACIÓN: "Cualquier acontecimiento, prevenible, que puede causar daño al paciente, durante cualquiera de los procesos que conforman el sistema de medicación

ESTÁNDAR: una declaración que define 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.

ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE: para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General son los estándares que se organizan según lo que se hace directa o indirectamente para los pacientes o a los pacientes (por ejemplo, educación de pacientes, creación de expedientes clínicos de pacientes, evaluación de pacientes).

ESTÁNDARES DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA: para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General 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).

ESTADO FUNCIONAL: capacidad de las personas de cuidar de sí mismos física y emocionalmente, según corresponda conforme a su grupo etario. El estado funcional puede dividirse en funciones "sociales", "físicas" y "psicológicas". El estado funcional puede evaluarse haciendo preguntas durante los exámenes médicos periódicos o a través de instrumentos formales de evaluación. Véase también medición.

EVENTO CENTINELA: un suceso imprevisto que implica la muerte, una pérdida permanente grave de una función o una cirugía incorrecta.

EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE: Un informe escrito de la variedad de información de salud del paciente, como por ejemplo hallazgos de las evaluaciones, detalles del tratamiento, notas sobre la evolución y resumen del alta. Este registro es creado por médicos y otros profesionales de la salud.

EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS: remoción de un órgano con fines de trasplante.

F

FAMILIA: la o las personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Esto puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar decisiones por el paciente en caso de que el mismo perdiera su capacidad para hacerlo.

G

GOBIERNO: la persona o personas, grupo u organismo que ostentan la máxima autoridad y responsabilidad en la implementación de políticas, el mantenimiento de la calidad de atención y en la provisión de gestión y planificación del establecimiento. Otros nombres para este grupo incluyen "junta", "junta de administración", "junta de gobierno", "junta de comisionados" y "cuerpo de gobierno".

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: declaraciones que ayudan a los médicos y a los pacientes a elegir la atención médica adecuada para problemas clínicos específicos (por ejemplo, recomendaciones sobre el manejo de casos de diarrea en niños menores de 5 años). Se guía al médico a través de todas las fases de la atención (preguntas a formular, signos físicos a buscar, análisis de laboratorio a indicar, evaluación de la situación, tratamiento a indicar y seguimiento).

H

HABILITACIÓN: derecho legal otorgado por un organismo gubernamental en conformidad con el estatuto que rige una ocupación (como por ejemplo médicos, enfermeras, trabajadores psiquiátricos, trabajadores sociales o el funcionamiento de una instalación de atención médica).

I

INDICADOR: una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

L

LISTA DE "NO UTILIZAR": un catálogo escrito de abreviaturas, siglas y símbolos que no deben utilizarse en una organización, ya sea escritos a mano o ingresados en una computadora como texto libre, debido a su naturaleza potencialmente confusa.

M

MAPA DE RIESGO: un elemento clave que apoya la planeación para reducir los efectos destructivos que provocan los fenómenos naturales o antropogénicos, es identificar los riesgos a los que está expuesto el país. Conocer dónde, cuándo y cómo afectan estos eventos perturbadores, permite a las autoridades y comunidad adoptar medidas de prevención que mitiguen el impacto de los desastres.

MATERIALES Y DESECHOS PELIGROSOS: materiales cuya manipulación, uso y almacenamiento están pautados o definidos por reglamentaciones locales, regionales o nacionales, vapores peligrosos y fuentes de energía peligrosas.

MEDICAMENTO: todo medicamento recetado, muestras de medicamentos, remedios herbales, vitaminas, productos nutracéuticos, medicamentos de venta libre, vacunas, agentes de diagnóstico y contraste empleados o administrados a *personas para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades u otros trastornos anormales, medicamentos radiactivos, tratamientos de terapia respiratoria, nutrición parenteral, hemoderivados y soluciones intravenosas (simples, con* electrolitos y/o fármacos).

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: aquellos fármacos que conllevan un riesgo de error que puede conducir a resultados adversos importantes.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (O DE BASE CIENTÍFICA): toma de decisiones médicas basadas en evidencia empírica o a falta de la misma, en el consenso de expertos (como por ejemplo declaraciones de consenso promovidas por asociaciones profesionales). El enfoque requiere la comprensión de resultados contradictorios y la evaluación de la calidad y la solidez de la evidencia. Finalmente, los médicos deben saber cómo se aplica esto a los pacientes y a la política de atención médica.

MEDICIÓN: Recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se "mide"). Herramienta cuantitativa. Véase también "indicador"

MEJOR PRÁCTICA: técnicas, métodos o procesos clínicos, científicos o profesionales reconocidos por una mayoría de profesionales de un campo en particular como los más efectivos para obtener un resultado en particular en comparación con cualquier otra práctica. Estas prácticas, también denominadas a veces "buena práctica" o "práctica superior" están, típicamente, basadas en la evidencia y se alcanzan por consenso.

METODOLOGÍA RASTREADOORA: Es la metodología de evaluación que utiliza el Consejo de Salubridad General para auditar a establecimientos de atención médica; se analizan los sistemas de una organización, mediante el seguimiento de pacientes individuales a través del proceso de atención médica del establecimiento, en la secuencia experimentada por los pacientes. Dependiendo del entorno de atención médica, 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 "rastrear" la atención prestada a un paciente:

- *Rastreo de un paciente: metodología para evaluar la experiencia total de atención de un paciente en particular* dentro de un establecimiento de atención médica.
- *Rastreo del sistema:* sesión durante la evaluación en el centro dedicada a evaluar cuestiones de suma prioridad referidas a la seguridad y calidad de la atención, en todo el sistema del establecimiento. Entre los ejemplos de

dichas cuestiones se incluyen la prevención y control de infecciones, el manejo de medicamentos, y el uso de la información.

MULTIDISCIPLINARIO: que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

O

OBSERVACIÓN: el tiempo durante el cual un paciente es observado de cerca por uno o más prestadores de atención

ORGANIGRAMA: representación gráfica de cargos y relaciones de subordinación en una organización, a veces denominada "diagrama organizativo" o "tabla del establecimiento".

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA: todo aquel público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios (Fracción III del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

OTORGAMIENTO DE PRIVILEGIOS: proceso en el cual un facultativo sanitario obtiene autorización, por parte de un establecimiento de atención médica, para acceder a un ámbito y un contenido específicos de servicios de atención al paciente (es decir, privilegios clínicos), basado en la valoración de las calificaciones y el desempeño de la persona.

P

PACIENTE: persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

PACIENTE AMBULATORIO: generalmente, personas que no necesitan el nivel de atención asociado con el entorno más estructurado de la internación o de un programa residencial. En muchos países, la atención ambulatoria se conoce también como "atención externa". En algunos países, los pacientes ambulatorios se consideran "admitidos" en una organización de asistencia sanitaria; en otros, dichos pacientes se consideran "inscritos". Véase también atención externa.

PACIENTE INTERNADO: generalmente, personas admitidas y alojadas en un establecimiento de atención médica, al menos de un día para el otro.

PERSONA CALIFICADA: *una persona o miembro del personal que pueden participar en una o todas las actividades o* servicios de atención del establecimiento. La calificación es determinada por lo siguiente: educación, capacitación, experiencia, competencia, habilitación correspondiente, leyes o reglamentaciones, registro o certificación.

PERSONAL: según sea adecuado a sus roles y responsabilidades, todas las personas que brindan atención, tratamiento y servicios en el hospital (por ej., el personal médico y el de enfermería), incluidos los asalariados (por ej, personal permanente, temporal y de medio tiempo, al igual que empleados contratados), los voluntarios y los estudiantes de profesiones sanitarias.

PERSONAL CLÍNICO: el que proporciona atención directa al paciente (médicos, enfermeras, etc.)

PERSONAL NO CLÍNICO: el que proporciona atención indirecta al paciente (en admisiones, servicio de alimentación, etc.)

PLAN O PROGRAMA: método detallado, formulado de antemano, que identifica necesidades, enumera estrategias para atender dichas necesidades, y establece metas y objetivos. El formato del plan puede incluir narraciones, políticas y procedimientos, protocolos, guías clínicas, protocolos de atención, o una combinación de los mismos.

PLAN DE ATENCIÓN: un plan que identifica las necesidades de atención del paciente, enumera la estrategia para atender dichas necesidades, documenta las metas y objetivos del tratamiento, describe los criterios para finalizar las intervenciones y documenta la evolución de la persona en pos de alcanzar las metas y objetivos especificados. Se basa en los datos recolectados durante la evaluación del paciente. En algunas organizaciones, el formato del plan puede estar guiado por políticas y procedimientos, guías clínicas o protocolos de atención, o una combinación de los mismos. El plan de atención puede incluir prevención, atención, tratamiento, habilitación y rehabilitación. Véase también plan.

PLAN(ES) DE GESTIÓN AMBIENTAL: documento escrito del establecimiento que describe el proceso implementado para las siguientes áreas de operación: seguridad y protección, materiales peligrosos, urgencias, seguridad ante incendios, equipos médicos y servicios básicos. El plan identifica los procedimientos específicos que describen las estrategias, acciones y responsabilidades atenuantes, de preparación, de respuesta y de recuperación.

PROCEDIMIENTO INVASIVO: procedimiento que implica un pinchazo o una incisión en la piel, o la introducción de un instrumento material extraños en el cuerpo.

PROCESO: una serie de acciones (o actividades) que transforman los aportes (recursos) en resultados (servicios). Por ejemplo, un programa de educación sanitaria rural requerirá que el personal elabore una estrategia educativa, materiales educativos y que imparta las sesiones educativas.

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE: el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

PROGRAMAS DE LABORATORIO DE ESPECIALIDADES: programas que incluyen disciplinas de laboratorio tales como química (incluso toxicología, prueba de fármacos terapéuticos, y prueba de abuso de drogas), citogenética e inmunogenética clínica, inmunología de diagnóstico, embriología, hematología (incluso análisis de coagulación), histocompatibilidad, inmunohematología, microbiología (incluso bacteriología, micobacteriología, micología, virología y parasitología), biología molecular, anatomía patológica (incluso patológica quirúrgica, citopatología y necropsia) y radiobioensayo.

PROGRAMA DE MANEJO DE RIESGOS: actividades clínicas y administrativas que emprenden las organizaciones para identificar, evaluar y reducir el riesgo de lesiones de los pacientes, el personal y los visitantes, y el riesgo de pérdida para la organización misma.

PROFESIONAL DE LA SALUD: toda persona que haya completado estudios y esté capacitado para trabajar en un campo de la atención médica. Esto incluye a médicos, odontólogos, enfermeras y profesionales de la salud relacionados. Los profesionales de la salud a menudo poseen una habilitación emitida por un organismo gubernamental o están certificados por una organización profesional.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN: herramientas que describen los procesos que los ensayos clínicos o un consenso de opiniones de expertos consideran los más efectivos en la evaluación y/o tratamiento de un paciente que padece un síntoma, trastorno o diagnóstico específicos, o que describen un proceso específico. Son sinónimos, entre otros, parámetros de práctica, protocolo, patrón de práctica preferida y pauta.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: plan de tratamiento científico o descripción del estudio, que incluye tipos de participantes del ensayo, cronograma, procedimientos, medicamentos y dosis, etc., para el empleo de un procedimiento experimental o un tratamiento nuevo, con la intención de medir las aplicaciones en seres humanos.

R

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS: Cualquier efecto perjudicial y no deseado que se presenta a las dosis empleadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica.
Reacción nociva no intencionada, que ocurre a las dosis usuales en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica.

RECLUTAR: buscar, por lo general se refiere a nuevos empleados u otros miembros de una organización.

RESULTADO: el o los efectos que provoca una intervención sobre un problema de salud específico. Refleja el propósito de la intervención. Por ejemplo, el o los resultados de un programa de educación sanitaria rural sobre el agua potable segura pueden ser menos episodios de diarrea en niños menores de 5 años, o una disminución de la mortalidad infantil a causa de la diarrea.

RESUMEN DEL ALTA: una sección del expediente clínico del paciente que resume los motivos de admisión, los hallazgos importantes, los procedimientos realizados, el tratamiento administrado, el estado del paciente al alta y toda instrucción específica dada al paciente o a la familia (por ejemplo, seguimiento, medicamentos).

RUTAS CLÍNICAS: un régimen de tratamiento acordado que incluye todos los elementos de la atención.

S

SEGURIDAD HOSPITALARIA: el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal o los visitantes.

SERVICIOS SUBROGADOS: servicios prestados mediante un contrato por escrito con otra organización, organismo o persona. El contrato especifica los servicios o personal a proporcionarse en nombre del establecimiento solicitante, y las tarifas por prestar dichos servicios personal.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: el empleo de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales juntas para capacitar o volver a capacitar a personas discapacitadas por causa de enfermedades o lesiones. La meta es hacer posible que los pacientes logren el máximo nivel posible de funcionalidad.

SERVICIOS PALIATIVOS: tratamientos y servicios de apoyo que pretenden aliviar el dolor y el sufrimiento más que curar una enfermedad. La terapia paliativa puede incluir cirugía o radioterapia realizadas para reducir o encoger tumores que oprimen estructuras vitales y que, por lo tanto, mejoran la calidad de vida. Los servicios paliativos incluyen la atención de las necesidades psicológicas y espirituales del paciente, y el apoyo al paciente en agonía y a su familia.

SERVICIOS PREVENTIVOS: intervenciones para promover la salud y prevenir enfermedades. Esto incluye la identificación y orientación en lo que se refiere a factores de riesgo (por ejemplo, tabaquismo, sedentarismo), la evaluación para detectar enfermedades (por ejemplo, cáncer de mama, enfermedades de transmisión sexual), las vacunaciones y la quimioprofilaxis (por ejemplo, terapia de sustitución hormonal).

SISTEMA DE SERVICIOS BÁSICOS: sistema y equipo de toda la organización que respalda lo siguiente: distribución de *energía eléctrica; energía de urgencia; agua; transporte vertical y horizontal; calefacción, ventilación y aire* acondicionado; cañerías, calderas y vapor; gases por cañería; sistemas de vacío o sistemas de comunicación, incluidos sistemas de intercambio de datos. También puede incluir sistemas de soporte vital, vigilancia, prevención y control de infecciones, y apoyo ambiental.

T

TIEMPO FUERA O "TIME OUT": momento 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 respondidas o las 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 y del lugar del cuerpo correcto.

TERAPIA DE NUTRICIÓN: tratamiento médico que incluye nutrición enteral y parenteral.

TRIAGE: instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su *atención.*

V

VARIACIÓN: las diferencias de resultados obtenidos al medir el mismo evento más de una vez. Las fuentes de variaciones pueden agruparse en dos clases principales: causas comunes y causas especiales. Demasiada variación a menudo conduce a desperdicio y pérdidas, como por ejemplo un resultado de salud indeseado de un paciente y un costo aumentado de los servicios sanitarios.

VERIFICACIÓN DE CALIFICACIONES: el proceso de obtener, comprobar y evaluar las calificaciones de un facultativo sanitario para prestar servicios de atención al paciente en un establecimiento de atención médica o para una organización tal. *El proceso de revisar periódicamente las calificaciones del personal se llama reverificación de* calificaciones.

SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Homero 213 Piso 2 Col. Chapultepec Morales
C.P.: 11570 Del. Miguel Hidalgo, México DF
Tel.: 52 63 92 50 Ext. 1098 y 1065
20 00 34 00 Ext. 59036 y 53522
www.csg.gob.mx

ANEXO 2, ARTÍCULOS PUBLICADOS

Proceedings of the 2012 Industrial and Systems Engineering Research Conference
G. Lim and J.W. Herrmann, eds.

Hospital Excellence Operation Model: an Approach to Lean Healthcare in Mexican Hospitals

Abstract ID: 532

Miguel A. Moreno and Abraham Mendoza
Department of Industrial Engineering
Universidad Panamericana, Zapopan, Jal. 45010, MEXICO

Abstract

In recent years, Mexican hospitals have faced important challenges: obtaining the certification from the General Health Council by complying with the Joint Commission International standards, looking for costs reductions, and improving service levels. An exploratory study performed at 21 hospitals in the state of Jalisco, Mexico, shows the need for the implementation of improvement tools to face those challenges. Therefore, this paper proposes a structured framework, called Hospital Excellence Operation Model, which aims at helping hospitals manage their efforts to achieve those challenges (goals) and long-term sustainability. The proposed framework is grounded on Lean philosophy and adapts lean concepts, traditionally applied to manufacturing, to the specific requirements and conditions of hospitals in the state of Jalisco.

Keywords
Healthcare Systems, Lean Systems, Engineering Management.

1. Introduction

In 1993, during the final North American Free Trade Agreement (NAFTA) negotiations and discussions, a meeting between healthcare institutions of Canada, United States of America and Mexico was held to determine the criteria that should govern health services between these countries. Two topics were discussed: (1) the transit of doctors and patients, to give and receive care services, among these countries; and (2) the requirements needed to certify the skills of doctors and institutions in Mexico to reach an international standard. Based on this, in 1999, the General Council of Health Services in Mexico established the *National Certification Program*, which published these requirements as a quality standard. From 1999 to 2011, hospitals had little interest in adopting this quality standard. However, due to international pressure to guarantee quality in health care services, in 2011 Mexico finally adapts the standard developed by the Joint Commission International (JCI) into the National Certification Program. As for Mexico, this standard is structured in three sections: (1) Patient-Centered Standards, (2) Health Care Organization Management Standards; and (3) International Patient Safety Goals.

The need to comply with the JCI standard to certify care services has leaded hospital's efforts to introduce a continuous improvement culture and to look for strategies that contribute to minimize operation costs and, at the same time, to improve the patient satisfaction. For this reason, *Lean philosophy* (which considers continuous improvement tools) has gained popularity at hospitals in Mexico. However, an exploratory study performed at 21 hospitals in the state of Jalisco, Mexico, shows that hospitals lack a structured framework to implement this philosophy. Therefore, this paper proposes a framework, called Hospital Excellence Operation Model which aims at helping hospitals manage their efforts trough the implementation of this philosophy.

This paper is divided into six sections. In Section 2, a literature review of the concepts related to the proposed model is presented. The survey methodology is discussed in Section 3. The data analysis is presented in Section 4. Section 5 presents the proposed HOEM model in detail. Conclusions are stated in Section 6.

2. Literature Review

This research considers the well-studied and applied knowledge of Lean in manufacturing industries [1-4] and adapts it to the health sector in Mexico. Lean thinking, often associated with production processes, is an attempt to increase customer value while decreasing waste within the organization. The word lean refers to something "containing little fat", which in business is referred to as the elimination of activities and processes that do not add value to customers [5].

L*ean thinking* works best in high volume, low variety, and predictable environments. For the purpose of hospitals, there generally are a low variety of management processes occurring, e.g., sick patients enter expecting a treatment or attention to get healthy. However, the specific treatment for a patient depends on the diagnosis and, at this point, there may be multiple variations for the same situation. That is, we have a low variety of management processes and multiple options for treatment (high variability). In terms of the specific treatment, a hospital needs to react quickly in terms of management processes to provide the best possible service. Christopher [5] also relates the term *agility* to lean. Agility is the ability of a company to react and adjust to any sudden changes in demand. This is why we need to combine "lean" and "agile" services. This does not prevent the focus on cost reduction and elimination of unnecessary processes (leanness), but assures a rapid response on the services provided (agility).

Womack & Jones [6] highlight the five principles of lean thinking: (1) provides the expected value to customers, (2) identifies the value stream and eliminates waste, (3) lines up the remaining steps to create continuous flow, (4) pulls production based on customers requirements, (5) starts over in a pursuit of perfection (continuous improvement). Lean thinking hinges on the idea of customer value, defined by the following ratio:

$$\textbf{Value Added} = \frac{\textbf{Quality} \times \textbf{Service level}}{\textbf{Cost} \times \textbf{Time}} \quad (1)$$

This means that the most value will be created by offering the best quality product (in our case, helping patients heal in times of injury and illness) with the best service (availability and commitment provided to the patient), while minimizing the cost to the patient and the time it takes to get the patient in a better health condition. Christopher [5] argues that while in the past *efficiency* has been the primary goal of most companies, this is now changing. While efficiency is still a valid goal, reducing costs is also important. But cost reduction cannot come at the expense of value creation, or effectiveness. This idea is especially important when a company looks at a value-adding time. For instance, throughout the creation of a product (or the rendering of a service), value is added at some points through the processes. Value-adding time is "*time spent doing something that creates a benefit for which the customer is willing to pay*". To become more efficient and lean, a company must work to minimize the non-value adding time. Joosten et al. [7] differentiate between the value adding and non-value adding time in the care of a patient. Value adding time includes time spent collecting actual diagnostic data, time spent actively caring for a patient, time spent passively caring for, or simply observing, a patient, and even time spent waiting when a condition is expected to improve over time. Non-value adding time includes time spent diagnosing, observing, etc. that is superfluous or just not necessary, as well as administrative time (e.g., filling out paperwork) and waiting time when either no change or a negative change in condition is likely to occur.

3. Methodology

The Jalisco Private Hospital Association had 48 members in 2011: 38 in Guadalajara and suburbs, the rest in towns around the state. Due the number of private hospitals, we decided to conduct the survey with all 38 hospitals located in Guadalajara and suburbs. 21 hospitals answered the survey, although only 12 of them answered it completely.

Table 1: The study sample

38 Hospitals		
17 No answer	21 Answer	
	12 Complete	9 Incomplete

NOTE: Cronbach Alfa = 0.968

52.7% of respondents were general or medical Directors, 31.6% responsible for a Department and 15.8% consultants. According to the respondents, only 12.5% know the Lean philosophy as expert and the rest only know the basic concepts.

62.5% of the people interviewed consider a Lean implementation in their strategic plan and the rest are not considering Lean implementation at all.

The instrument (survey) identified three variables: 1) the meaning of Lean, 2) contribution of Lean to hospitals and 3) motivators for Lean implementation. The survey was applied using a Likert scale (Table 1). According to the Likert scale, we established 3, 4, and 5 points as "knowledge" and 0, 1, and 2 points as "ignorance".

Table 2: Likert scale for this research

Scale	Points	Evaluation Criterion
Do not know	0	Ignorance
Highly disagree	1	
Disagree	2	
Agree	3	Knowledge
Mostly agree	4	
Highly agree	5	

4. Data Analysis

4.1 Variables under analysis

According to the five Lean principles mentioned by Joosten, et al. [7] the survey was designed with 10 questions that quantify respondents´ knowledge on lean thinking, specifically as it applies to health care. For each question, a series of statements were given as options for the respondents. From the surveys, the following three variables are of interest:

Variable 1: Meaning of Lean
Variable 2: Contribution of Lean to the organization
Variable 3: Motivators for Lean implementation

4.2 Variable 1: Meaning of Lean

The statements shown in Figure 1 summarize the respondents´ perception of the meaning of Lean regarding to health care.

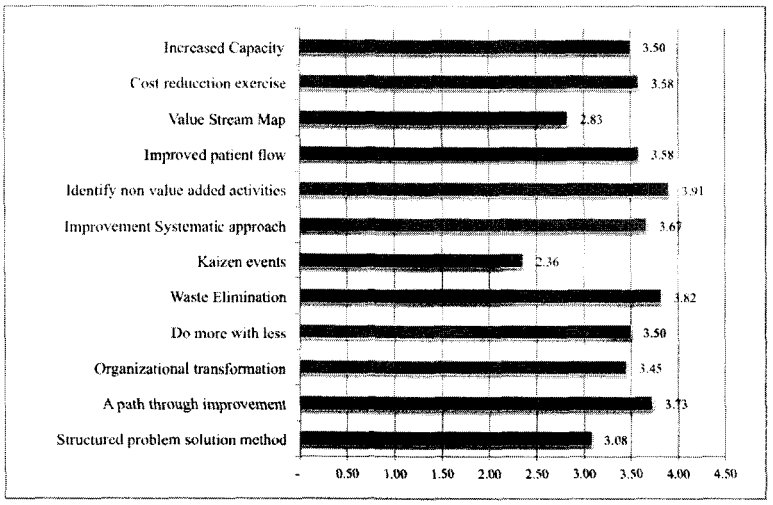


Figure 1: Meaning of Lean

While most seemed to hold a general knowledge of lean thinking, it is clear that two of Lean's most important tools weren't recognized for the respondents: value stream map and Kaizen events. The majority of answers from respondents related lean thinking as a way to identify non-value added activities within the organization, followed by the elimination of waste.

4.3 Variable 2: Contribution of Lean to the organization

Lean thinking establishes that its best contribution is on improving on the operational results. The responses from the survey are shown in Figure 2.

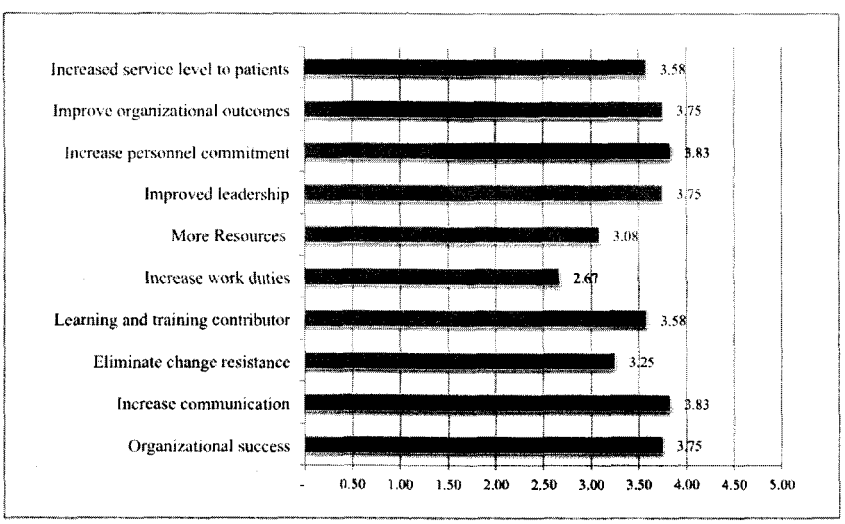


Figure 2: Lean contribution to hospitals

The respondents identified "increased commitment from personnel" and "increased communication" as the two most important expected contributions from lean implementation.

While it is true that the expected results from implementing Lean are shown in Figure 2, a qualitative analysis (focus groups) after the survey indicates that hospitals have not yet established a formal implementation process to train people for this purpose. An implementation process would implicate a change of paradigms and a change of culture

Table 1: The study sample

38 Hospitals		
17 No answer	21 Answer	
	12 Complete	9 Incomplete

NOTE: Cronbach Alfa = 0.968

52.7% of respondents were general or medical Directors, 31.6% responsible for a Department and 15.8% consultants. According to the respondents, only 12.5% know the Lean philosophy as expert and the rest only know the basic concepts.

62.5% of the people interviewed consider a Lean implementation in their strategic plan and the rest are not considering Lean implementation at all.

The instrument (survey) identified three variables: 1) the meaning of Lean, 2) contribution of Lean to hospitals and 3) motivators for Lean implementation. The survey was applied using a Likert scale (Table 1). According to the Likert scale, we established 3, 4, and 5 points as "knowledge" and 0, 1, and 2 points as "ignorance".

Table 2: Likert scale for this research

Scale	Points	Evaluation Criterion
Do not know	0	Ignorance
Highly disagree	1	
Disagree	2	
Agree	3	Knowledge
Mostly agree	4	
Highly agree	5	

4. Data Analysis

4.1 Variables under analysis

According to the five Lean principles mentioned by Joosten, et al. [7] the survey was designed with 10 questions that quantify respondents' knowledge on lean thinking, specifically as it applies to health care. For each question, a series of statements were given as options for the respondents. From the surveys, the following three variables are of interest:

Variable 1: Meaning of Lean
Variable 2: Contribution of Lean to the organization
Variable 3: Motivators for Lean implementation

4.2 Variable 1: Meaning of Lean

The statements shown in Figure 1 summarize the respondents' perception of the meaning of Lean regarding to health care.

within the organization, which, at the same time, would require the establishment of new actions for the organization. From professional experience, this is only possible when a formal framework is established and followed. The contribution of this paper resides precisely in the proposal of a formal framework (HEOM) to help health organizations through this process.

4.4 Variable 3: Motivators for Lean implementation.

Figure 3 shows the results obtained with respect to Lean motivators among the respondents.

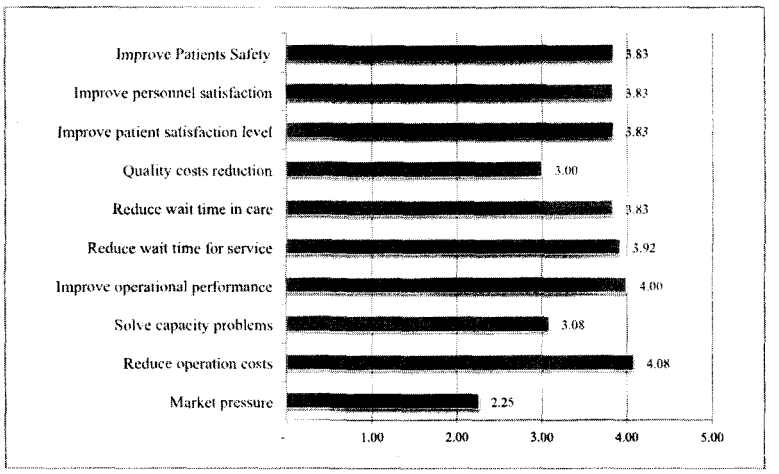


Figure 3: Lean motivators

The results show that the motivators for lean implementation within the respondents coincides with the theoretical benefits proposed by the Lean philosophy, as stated by Womack & Jones [6], except in the case of "quality cost reduction".

4.5 Qualitative analysis

In addition to the quantitative results from the survey, interviews with the respondents were performed in order to obtain more information on the responses. According to these interviews, it can be assumed that one of the reasons why lean implementation has not been considered as important is that hospitals in Jalisco are just focused in the certification process, overlooking the benefits of implementing lean thinking. The implementation of these improvement efforts ensures the standardization of management processes in care services, in addition to obtaining the certification desired. Moreover, from the interviews it can be concluded that hospitals have been able to obtain the expected economic benefits in the short term without the implementation of integral improvement efforts, however, in recent years, the competition has increased and implementing improvement tools will allow them a long-term sustainability.

5. Proposed Model: Hospital Excellence Operation Model.

5.1 Background

From the above results, it is clear that there exists a basic knowledge on Lean philosophy among some of the surveyed hospitals. However, this knowledge has not been formally acquired through either specialized training or any other external/internal source (e.g., consulting firms), which makes the implementation of these tools difficult. This justifies the need for the development of a framework that systematically helps hospitals implement these concepts and take advantage of their benefits.

Jackson [8] mentions that a process of business renewal starts with the assessment of a company competitiveness and vision before establishing Lean Management thinking. Then, you must establish a strategic plan with a customer-centered vision and a long-term plan to develop personnel talent as well as the technical needs of the company. It is at this moment that a corporate diagnosis is carried out.

The objectives of the corporate diagnosis stated by Jackson [8] are the following: (1) verify the consistency of the improvement projects for each area within the Organization and their daily activities in relation to policy and long-term strategy, (2) identify important gaps between the firm and the competitive environment; and (3) promote the development of first-line capabilities.

Corporate diagnosis contributes to the strategic planning and its implementation induces a cycle of continuous improvement (plan - do - check – act), see Figure 4. In this way, the implementation of Lean must include a flexible but strong structure with appropriate specific tools that make up an integrated system by aligning the different areas of an organization in search of a change of great magnitude.

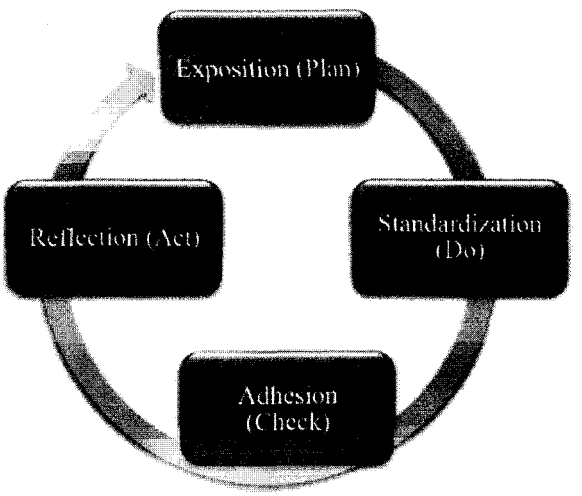


Figure 4: Strategic improvement cycle (Adapted from Jackson, [8])

It was common to identify the improvement actions at hospitals as isolated stages for achieving a specific goal, for example: efforts are concentrated on obtaining a certification and, once achieved, the efforts are aimed at implementing another improvement tool and so on (see Figure 5).

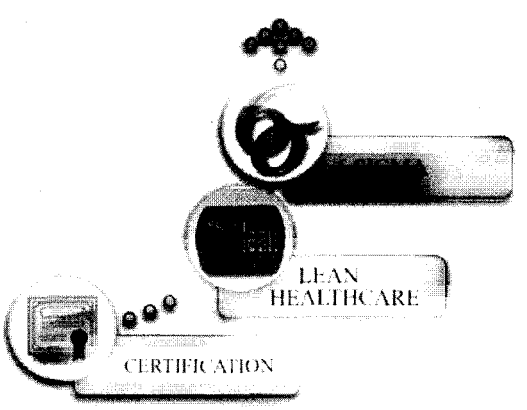


Figure 5: Current improvement tools process

The certification processes (e.g. ISO or JCI) seek to keep the improvements documented through standardization of processes. Lean seeks the elimination of sources of waste (in processes) and Six Sigma is intended to eliminate the critical sources of variation in the processes.

Notice that what coincides on the above tools is the focus on processes improvement; thus, the Business Process Management becomes a key element in processes improvement as the tool that leads to the systemic actions within the Organization, see Figure 6.

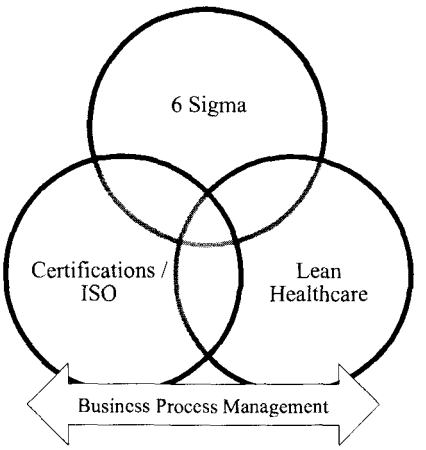


Figure 6: Strategies to achieve operational excellence

The proposed model in this paper first identifies the common actions that hospitals could implement in the pursuit of operational excellence, regardless of the improvement tools. Then, its application involves establishing the necessary operational basis to ensure the implementation success of the improvement tools.

5.2 Hospital Excellence Operation Model (HEOM)

5.2.1 Management by Processes (GP)

Beltrán et al. [9] stipulates that management by processes (GP) – different from the well-known term commonly used, Business Processes Management (BPM)- is the cornerstone of the ISO 9000 standards and the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence model and its implementation could help in getting a significant improvement in all management areas.

GP is based on the analysis of an individual process as part of the entire system; the expected outcomes are the input for the next process and so on. Responsibilities and interrelationships between processes and the role of personnel involved are defined. The analysis of the processes results and trends allows hospitals to focus and prioritize improvement opportunities.

An analysis of the individual processes and their impact on the overall system help determine the expected results for each process and how these contribute to the achievement of the overall organization objectives.

As mentioned before, hospitals are under pressure to certify their processes according to the JCI requirements. Table 3 shows the contribution of GP for each one of the standards required by the certification.

Table 3: Contribution of GP, Lean and Six Sigma in a certification process of hospitals

International Patients Safety Goals			
Certification standard	Contribution in the certification process of		
	GP	Lean	Six Sigma
Identify Patients Correctly	High	Medium	High
Improve Effective Communication	High	High	Minimal
Improve the Safety of High-Alert Medications	Medium	Medium	High
Ensure Correct-Site, Correct-Procedure, Correct-Patient Surgery	Medium / High	Medium	High
Reduce the Risk of Health Care–Associated Infections	Medium	Minimal	Medium
Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls	Medium	Medium	Minimal
Patients-Centered Standards			

Certification standard	Contribution in the certification process of		
	GP	Lean	Six Sigma
Access to Care and Continuity of Care (ACC)	High	High	Minimal
Patient and Family Rights (PRF)	High	Minimal	Minimal
Assessment of Patients (AOP)	High	High	High
Auxiliary Services for Diagnosis (SAD)*	High	High	Medium
Care of Patients (COP)	High	High	Minimal
Anesthesia and Surgical Care (ASC)	Medium	High	Medium
Medication Management and Use (MMU)	High	High	Medium
Patient and Family Education (PFE)	High	Medium	Minimal

Health Care Organizations Management Standards

Certification standard	Contribution in the certification process of		
	GP	Lean	Six Sigma
Quality Improvement and Patient Safety (QPS)	High	High	Medium
Prevention and Control of Infections (PCI)	Medium	Medium	High
Governance, Leadership, and Direction (GLD)	Medium	High	Minimal
Facility Management and Safety (FMS)	High	High	Minimal
Staff Qualifications and Education (SQE)	High	High	Minimal
Management of Communication and Information (MCI)	High	High	Minimal

* Applied only to Mexico's certification process

The proposed model is now presented.

5.2.2 Phase 1: Processes diagnosis

The organization needs to identify the core management processes and their interrelationship, the role of personnel in these processes and the expected outcomes from each process. This phase allows hospitals to establish bases to ensure the interaction of the three pillars – strategy, structure and potential – to achieve organization sustainability.

The management by processes (GP), as the basis of the HEOM, and the expected results after phase 1 implementation are the following:

a) Managing the expected outcome
b) Orientation to customer
c) Define the necessary activities of an individual process in a systematic manner
d) Identify the interrelationship of the processes
e) Define the responsibilities regarding the process
f) Analyze and measure the results with respect to the capacity and effectiveness of the process
g) Focus on the resources and methods that will allow the process improvement
h) Laying the bases for a continuous improvement culture

5.2.3 Phase 2: Lean introduction

Once GP is implemented, the organization should be ready to achieve the expected results of each individual process as part of the entire system. Phase 2 begins with formal training on the Lean philosophy (e.g., knowledge and awareness) and the implementation of improvement tools in pilot areas. The organization needs to identify applicable Lean tools in their specific management processes. A culture of awareness is essential to focus on customer satisfaction and the overall improvement of the Organization. The Lean implementation process identifies operation and information disruptions, and establishes mechanisms to ensure their elimination.

This phase helps the organization manage their processes according to the expected results, as part of the analysis and decision-making processes for the overall system.

The expected results in phase 2 after implementation are listed below:

a) Analysis and decision-making based on the interrelationship between processes
b) Individual decisions based on the impact of processes on the overall results
c) Reduction of operation costs without overlooking customer satisfaction
d) Documentation of improvements
e) Standardization of the improvement efforts
f) Ready for certification

5.2.4 Phase 3: Lean philosophy deployment throughout the organization

The awareness and knowledge of Lean philosophy contributes significantly to a continuous improvement culture, the results achieved in pilot areas make the deployment throughout the organization feasible (Phase 3).

The expected outcomes of this phase are the following:

a) Analysis and decision-making in a systemic way, considering the implications on the entire system
b) Standardization of the improvements and their deployment throughout the organization
c) Customer satisfaction as a consequence of the analysis and improvement of processes
d) Significant improvement in operating results: cost reduction, service level improvement and reduction of the processes variability

5.2.5 Phase 4: Continuous improvement culture as decision-making process

The last phase of the model HEOM attempts to foster continuous improvement as a never-ending process that leads the organization through the pursuit of operational and service excellence. The goal is that the organization becomes a reference in the business sector.

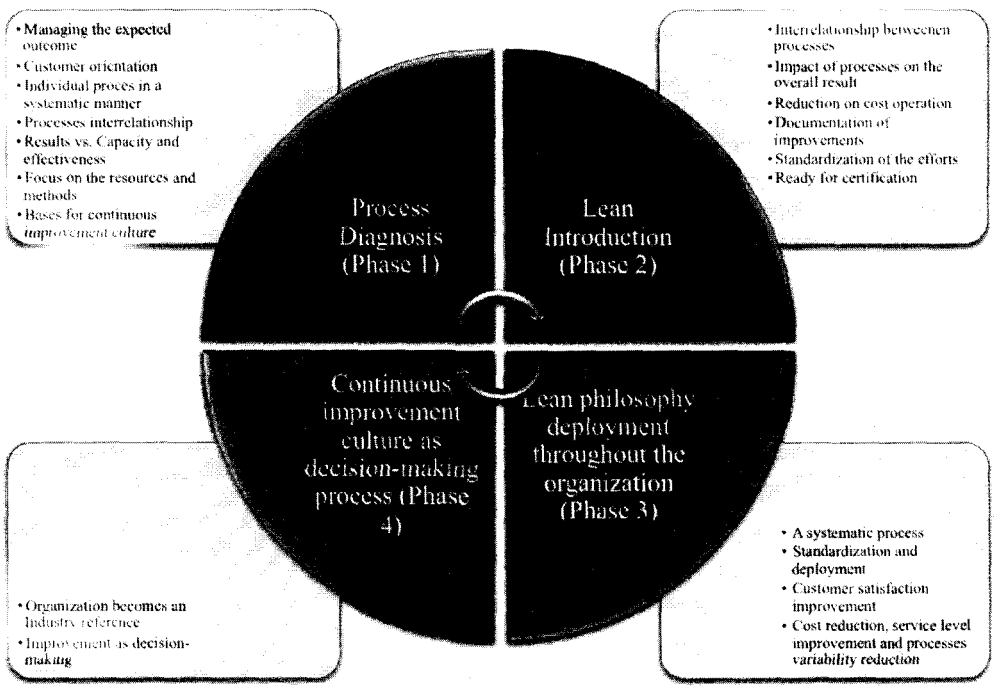


Figure 7: Hospital Excellence Operation Model (HEOM)

6. Conclusions

In recent years, Mexican hospitals have faced important challenges: obtaining the certification from the General Health Council by complying with the Joint Commission International standards, looking for costs reductions, and improving service levels. An exploratory study performed at 21 hospitals in the state of Jalisco, Mexico, is presented in this article. This study shows the need for the implementation of improvement tools to face those challenges. So far, hospitals have not found specific and formal ways through these challenges in order to not just obtain the certification, but to develop ways for continuous improvement and long-term sustainability.

There is no doubt that improvement tools, such as Lean, frequently used in manufacturing industries may apply to the Health Sector in Mexico. However, it is necessary to adapt these tools to specific requirements by the health care sector in order to contribute to the operational improvement at hospitals. Research efforts in the implementation of

these concepts in this sector are still emerging, compared to research in other industries (e.g., manufacturing), especially in Mexico.

The proposed model would serve as an organization's commitment to deploy the excellence in service philosophy and to look for ways to provide value to customers while reducing operational costs and ensuring the safety of their patients. The model's phases attempt to provide a structured way to guide organizational continuous improvement efforts and to avoid isolated implementation efforts.

Some of the most important benefits of this research for the health sector in Mexico can be summarized as follows: a) proposes a model that offers the opportunity to identify the impact of processes in the implementation of a continuous improvement system; b) identifies opportunity areas to improve the economic performance of the entire organization; c) translates improvement tools to the demands and needs of the health sector, taking advantage of its benefits; d) detects focused improvements as a system, instead of individual efforts; e) unifies criteria to generate value through the organization; and f) broadens the horizon for future research with an impact on the entire value health care chain.

References

1. Power D, Sohal A., and Rahman S., 2001, "Critical success factors in agile supply chain management, An empirical study," International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, 31(4), 247-265.
2. Burcher P., Dupernex S., Relph G.,1996, "The road to lean repetitive batch manufacturing" International Journal of Operations & Production Management, 16 (2) 210-220.
3. Harrison A., 1998, "Manufacturing strategy and the concept of world class manufacturing,", International Journal of Operations & Production Management, 18 (4) 397-408.
4. Ruiz P., Díaz P., 2006, "El Value Stream Costing (VSC)," Proc. of the X Congreso de Ingeniería de Organización, September 7-8, Valencia, España.
5. Christoper M., 2005, Logistics ans Supply Chain Management, 3rd Edition, Pearson Education Limited, Great Britain.
6. Womack, J., & Jones, D. (2003). Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation, Revised and Updated, Free Press, New York, United States.
7. Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations, International Journal for Quality in Health Care, 21(5), 341-347.
8. Jackson T., Dyer C., 1998, "Diagnostico Corporativo: Una herramienta para alcanzar la excelencia," TGP Hoshin, Madrid, España.
9. Beltran J., Carmona R., Rivas M., and Tejedor F., (2003), "Guia para una gestión basada en procesos," Instituto Andaluz de Tecnología, Andalucia, España.

Impact of the visibility of production planning demand in a coat manufacturing company

Moreno, M., Mendoza, A. [1]

Abstract

Small and medium companies in the clothing manufacturing industry face constant problems; market volatility, short life cycles for their products, and a very uncertain demand. Therefore, adequate handling of information is an indispensable requirement to maintain their competitiveness in a global world.

The application of the present project takes place in a coat manufacturing company located in Guadalajara, Mexico. The company manufactures both men's and women's coats. Traditional ways of handling information by "lots", and the processing of this information through different production areas creates an effect on inventories, from raw materials to finished products. The problem found in this company is related to the quality of information used in production planning, thus affecting sales, as well as causing an accumulation of obsolete products at the end of the season. As an alternative solution, an Integral Information System is proposed. This includes a mix of lean chains, agile chains, and aggregate planning. The application of the Integral Information System is intended to cover the complicated variability in demand presented by the fashion industry. At the same time, it can handle the strong seasonal demand specific to companies devoted to the production of fashion items.

Keywords: Supply Chain Management, Lean & Agile Manufacturing,

1. Introduction

The organization is located in the city of Guadalajara, with its corporate offices in the same city. It has two production plants, located fairly close to one another. One of them is devoted to the process of cutting the material while the other is devoted to manufacturing the final product. Following is a brief summary of the current conditions as to the processing of sales information and planning production.

I. The Strategic Planning area determines an estimate of annual sales per model, size and color, among others; these estimates are divided into weeks for purposes of production, and every week the production area receives the mix to be produced in that given week. These weekly estimates are sent to Production and Sales departments considering adjusted demand in the forecast. The mix is not very accurate, as the information is generated at the beginning of the off season, and demand is strongest in autumn and winter; this results in a relatively low percentage of certainty in received information, but it serves as a reference to make adjustments. Due to this model, there is a large inventory of products from previous seasons that become obsolete and difficult to sell.

1 Universidad Panamericana, Campus Guadalajara,
Calzada Circ. Pte. 49, Zapopan, Jal. Mex .
Tel: (33) 3679-0724 , ext 3524
mmoreno@up.edu.mx
amendoza@up.edu.mx

II. The Production department receives the weekly estimate, inputs the information in SAP, and programs its production lines and the cutting and tailoring lines for each of its plants. The problem detected refers to production capacity available in different times of the year; in the off season, the plant produce at 60% - 80% of its capacity, and during the peak season, it works to 100% of capacity, and must even program overtime to cover demand.

III. The Purchasing department monitors stock in the system, and places purchasing orders according to minimums and maximums. The problem detected refers to inventory levels both in raw materials and in finished products. Variations and inaccurate forecast lead to high inventory volumes.

1.1 Information system

The traditional way of handling information by "lots" and processing this information through different areas of the organization causes an effect on inventories, from raw materials to finished products. The following points demonstrate this through an analysis of historical information on the behavior of demand, of inventory levels, and of production levels. Figure 1 presents a general overview of information processing.

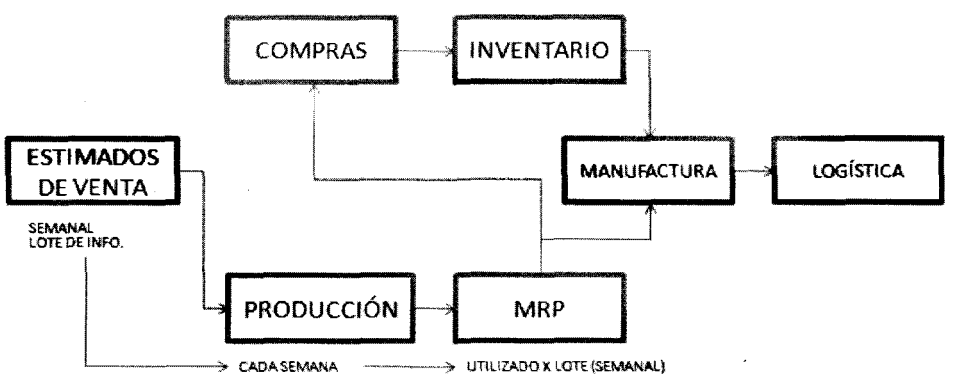
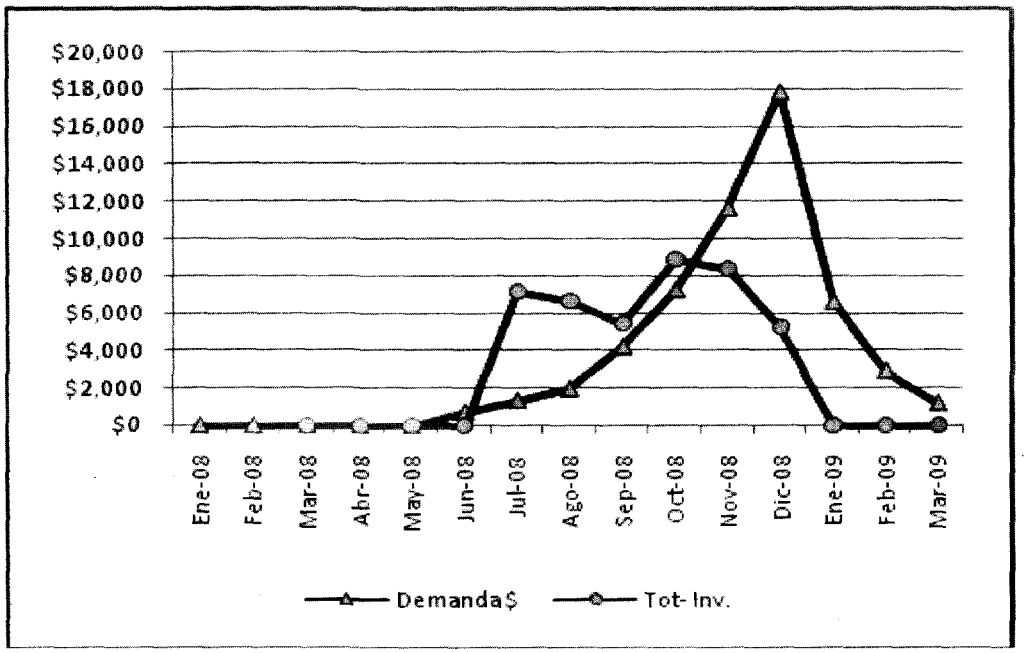


Figure 1. Information Process in the organization.

2. Data analysis

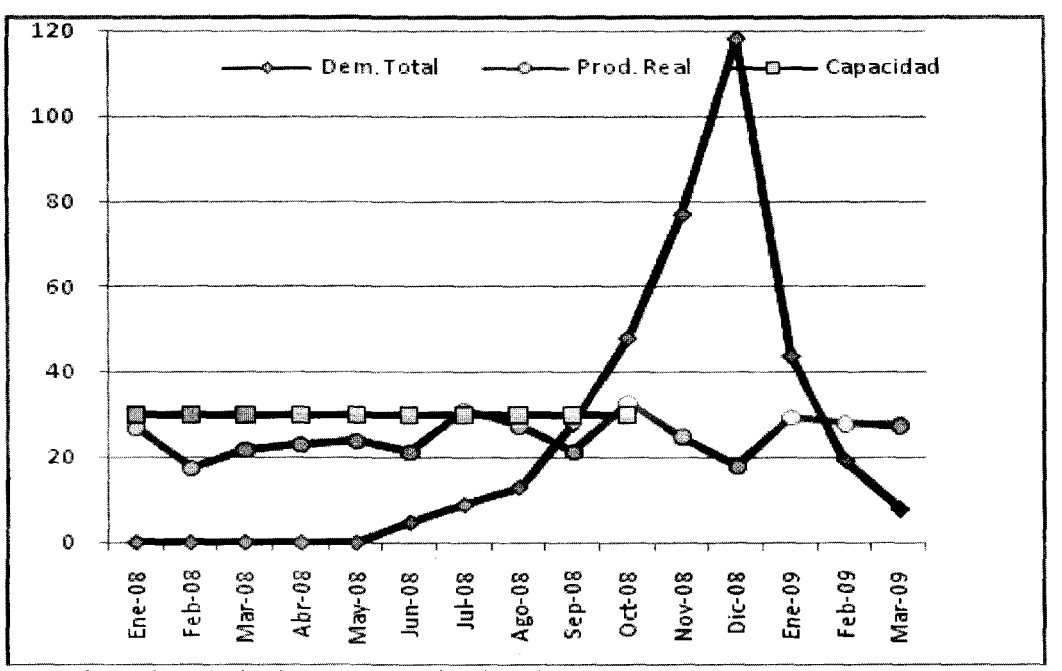
As is natural in this kind of company, demand is seasonal, reaching more than 70% in only 2 or 3 months at most. Graph 1 shows typical behavior of demand in fashion industry

NOTE: It was not possible to obtain data on inventory levels for the periods of March-June '08 or February- March '09.



Graph 1. 2008 demand vs. inventory level in thousands of pesos.

For the 2009 the company is planning to increase its forecast up to 45% respecting 2008 sales, Graph 2 shows demand in comparison to real production and with respect to the historical production capacity reached by the organization in 2008.

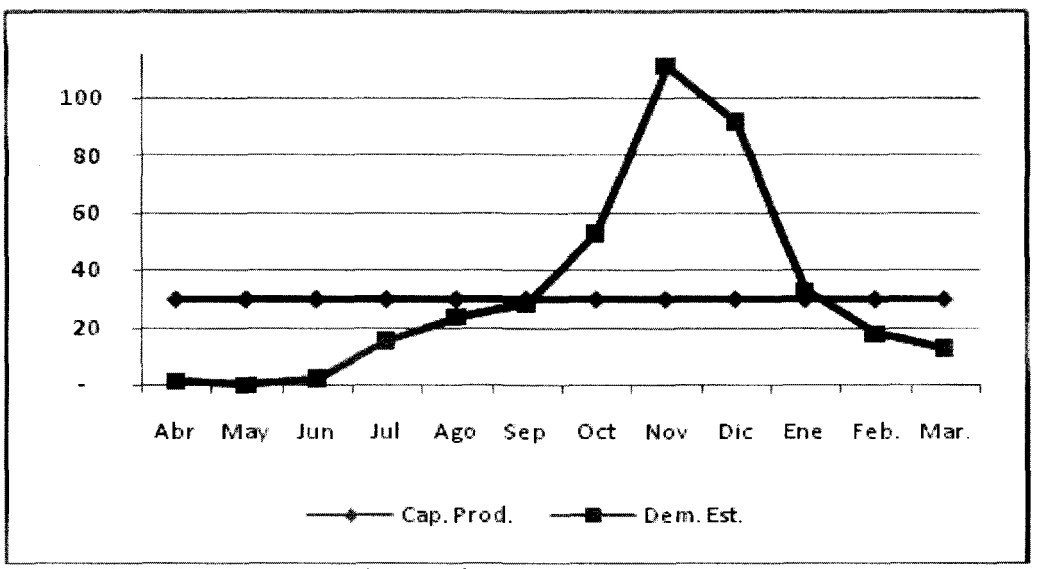


Graph 2. 2008 demand vs. production capacity and real production

The following paragraphs deal with the joint analysis of statistical information provided by the organization.

2.1 Sales budget 2009

This project will be carried out according to information provided by the organization as to its sales budget for the 2009-year. The proposed solution will be preceded by the theory in which the proposal is framed.



Graph 3. Forecast demand 2009 vs. Production capacity

Evidently, sales are seasonal and there is a high possibility of shortages during the high demand months. Therefore, it is necessary to develop integral proposals to the Supply Chain, which will allow the organization to reach its sales goals, and, at the same time, maintain the levels of service corresponding to the type of industry. The fashion industry is intimately linked to the market and its tendencies; therefore, the following characteristics significantly impact the Supply Chain:

- Short life cycles. Products follow fashion trends, which are variable and market-dependent. The life of the product can be measured in months, and sometimes, in weeks.
- High volatility. Demand for products in neither stable nor linear, as can be seen in Graph 3. It is subject to influence by the climate, by films, and by celebrities.
- Unpredictable. The same volatility makes demand extremely difficult to predict with certainty- even in the short-term, or from product to product.
- Impulse buying. Purchasing decisions are usually taken at the point of sales (POS), which leads to the need to maintain stock of the products required by the customers.

2.2 Analysis of historical and budget data

The organization has more than 50 different models in various colors and sizes, which, in general terms, gives us about 1,100 different products (SKU's) to analyze. After carrying out an analysis of statistical data, 14 models in different colors and sizes have been selected. Table 1 shows a summary of demand from July to December '08 for these models (including all sizes and colors).

Mod	Sales	Cumulative Demand	Product Denied	% of Total Demand	Cumulative %
1	30.4	34.4	4.0	9.7%	9.7%
2	12.5	18.6	6.1	5.3%	15.0%
3	12.9	16.5	3.6	4.6%	19.6%
4	10.1	14.9	4.9	4.2%	23.8%
5	12.4	14.5	2.1	4.1%	27.9%
6	8.4	13.6	5.2	3.8%	31.8%
7	9.6	13.6	4.0	3.8%	35.6%
8	7.7	11.7	4.0	3.3%	38.9%
9	7.9	11.5	3.6	3.3%	42.1%
10	9.1	11.5	2.4	3.2%	45.4%
11	8.1	11.4	3.2	3.2%	48.6%
12	4.1	11.1	6.9	3.1%	51.7%
13	6.5	10.6	4.1	3.0%	54.7%
14	[illegible]	[illegible]	2.5	2.8%	57.5%

Table 1. Real demand selected products July – December 2008

The demand shown in Table 1 refers to actual sales plus products that were denied due to lack of inventory at the time of purchase. These products represent 57.5% of the total of product demand and 54.5% of denied products. Of these models, the inventory of obsolete products represents 25% of the total of obsoletes.

One of the consequences of using information by "lots" is that the reaction to demand has a delay of several weeks. This is a result of replacement of inventories of raw material. Production increases as a reaction to consumption, but reactive production might not be sold; in the case of the object of this study, this production becomes obsolete, and may be sold as outlet, but without the expected income and with a severe impact on the cost of maintaining the inventory. Table 2 compares demand vs. obsoletes for the same items.

Mod.	Obsolete (000)	% / sales
1	2.380	5.9%
2	0.001	0.0%
3	0.103	0.6%
4	0.754	5.6%
5	1.780	10.8%
6	0.000	0.0%
7	0.400	3.1%
8	0.277	2.7%
9	0.001	0.0%
10		
11	0.008	0.1%
12	0.350	6.3%
13	0.506	5.9%
14	0.116	1.2%

Table 2. 2008 Obsolete products (selected models).

3. Project Background

3.1 Supply chain in the fashion industry

Due to the short life cycle of the products, an increase in manufacturing costs, and the globalization of market economies, increasing attention has been given to supply chain management. Improving supply chain management can significantly reduce costs, without sacrificing excellent product quality or customer service (Dismukes, Huang & Wuang, 2004).

According to Keene & Viswanathan (2007), under the current industry situation, 50% of companies require more than a month to detect changes in demand. This has given way to an excessive inventory in the supply chain, as well as to incapacity to respond to events such as rapid changes in the market in relation to affinity with the client, unexpected pollution, extreme meteorological phenomena, etc.

When a supply-chain strategy is developed to facilitate complying with supply and demand, it is important to consider the relationship between the type of product, the supply chain and the sales prediction to guarantee adopting the optimal approach. The challenge faced by the supply chain is to develop a strategy that allows delivery of fashion items, improves the relationship between supply and demand, and allows companies to respond to the market more quickly (Naylor, Mason-Jones y Towill, 2000).

According to Alonso, (2006) the fashion industry is characterized by a global supply chain, and by complex logistics. Manufacturing and transportation costs determine when production takes place; subcontracting all or part of it is very common. Companies must deal with global problems of procurement and constantly need to modify their supply strategies and policies. Production tasks take place in multiple facilities, which may be in different countries. Programming the cutting, tailoring, subcontracting, and transportation of supplies of raw materials is an extremely complex process.

At present, both industrialists and academics have accepted that demand of fashion products cannot be predicted. Instead, they recognize that fashion markets are complex, open systems that can often display high levels of chaos. There are three critical moments, which must be managed by organizations in order to compete successfully in the fashion market: a) merchandising time; b) service time; and c) reaction time. Nowadays, the fashion industry is highly competitive and there is a constant need to refresh the product line. In some extreme cases, for instance, in successfulness of Zara, there can be up to 20 seasons in one year. Implications of this trend are clearly profound (Christopher, Lowson & Peck, 2004)

According to Alonso, (2006) Inditex Group, whose supply chain is a national and international referent, manages to introduce new products into its stores twice a week thanks to an excellent logistics process. Their strategy for postponement, manufacture, and distribution is perfectly aligned and oriented to the client, who has been, and will continue to be, the motor for their growth. For Mango, a company in the fashion sector, it is more profitable to base production on real demand than to base it on prediction, even if this forces the company to manufacture in short series and to make more frequent deliveries. In fact, this type of system has caused a profound transformation of the textile industry. Traditionally, 45% of sales were committed six months before the items were sent to the stores; nowadays, the percentage has dropped to 15-25%. Thus, up to 60% of the stock can be sold during the season with only 15-20% sold at discount prices. In the past, between 30-40% was purchased at a discount. Likewise, transmitting data in real time allows modifications in any link in the chain to be known immediately by the rest of the agents.

In regards to characterization of the supply chain, companies have re-oriented their production policies, giving more weight to activities which allow for both optimization of raw materials and assurance of the quality of the product offered on the market, subcontracting a large part of the more labor-intensive production tasks. Thus, all companies have adopted the integrated factory model, with the different processes: cutting, laying out, tailoring, and finishing, outsourcing a large part of its production model by developing a network of nearby workshops, specialized according to the type

of product, and, normally, exclusive to each company. This network allows the company to obtain the flexibility needed to adapt to strong variations in demand, escaping from the rigidity of the concept of seasons. In this context of decreased production importance, two logistics processes take on special importance: purchasing and physical distribution (García, Mejías y Prado, 2006).

3.2 Agile and lean chains

Christopher & Towill, (2001) point out that the Agile Chain uses market knowledge and a virtual company to exploit profit opportunities in a volatile market. Lean Chain develops value to eliminate wastes, including time, and to allow for a level of programming. Agile Chain, in contrast, is a business' capacity and it includes organizational structures, information systems, logistics processes, and in particular, its mentality. Thus, it could be defined as the capacity of an organization to respond rapidly to changes in demand, both in terms of volume and of variety. The market conditions in which many companies find themselves are characterized by a volatile and unpredictable demand (Christopher, 2000).

Lean means to do more with less; the term is often used in relation to manufacturing efficiency. Lean organizations may become static and extremely fragile with the impact of changes. Elimination of excess resources leads to a notion of the best method, which may reduce flexibility and limit the ability to react when circumstances change (McCurry & McIvor, 2002, quoted in Dove, 1999).

Lean production is considered an improvement over mass production, where continuous improvement is used as one of the organization's control of resources. Agile manufacturing requires a broad view of the company, and incorporates concepts to be receptive to changes in the business environment, rapid formation of alliances among multi-companies and a breaking away from mass production in favor of production of items highly focused on the customer (McCurry & McIvor, 2002, quoted in Sheridan, 1996).

Figure 2 and 3 present some characteristics corresponding to applications of Lean and Agile systems, depending on the type and the amount of products, as well as some considerations for these applications.

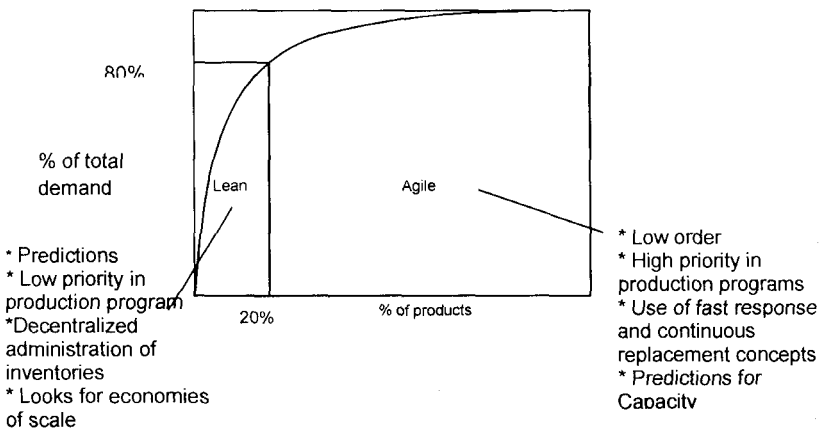


Figure 2. Pareto distribution for Lean and Agile production (Christopher & Towill, 2001)

The main difference between the two paradigms is that Agile Chain deals with uncertainty, including variations in production volume and the degree of variety of the required products. The agile business can be seen as more robust, and thus, more flexible, than the lean. Both businesses must respond to variations and disturbances. This is in contrast to the stability required by a lean business. Likewise, due to its own nature, a lean business guarantees stability by means of the adequate and optimal application of simple processes and procedures (Naim, Naylor & Barlow, 1999, quoted in Naim 1997).

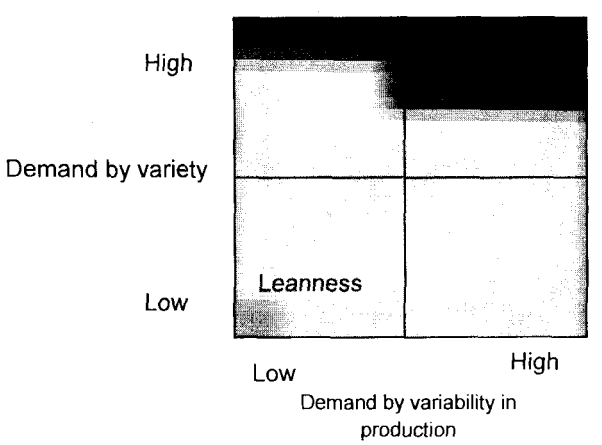


Figure 3. Applications of lean and agile production (Naim, Naylor & Barlow 1999)

Industrial companies must give up the idea that they can handle productive activity as an isolated system, and begin to manage the production area as an open system, in constant interaction with the other functions of the company and of the environment in which it operates. In this sense, Agile manufacturing supposes a total rupture with the mass production model and represents a new form of industrial competition on a global scale for the 21st Century. It is identified by the application of new operations and

management practices and its principal goal is to take on the challenges of a new environment of competition, which is more dynamic and more hostile (Avella & Vázquez, 2005)

Christopher, Lowson & Peck, (2004), suggest that an Agile supply chain has a series of characteristics. It is:

- Sensitive. It is closely related to the tendencies of the final user.
- Virtual. It is based on information shared among all the partners on the supply chain.
- Network-based. It gains flexibility through the strong points of the specialist.
- Aligned to the process: It has a high degree of interconnectivity in the process among members of the network.

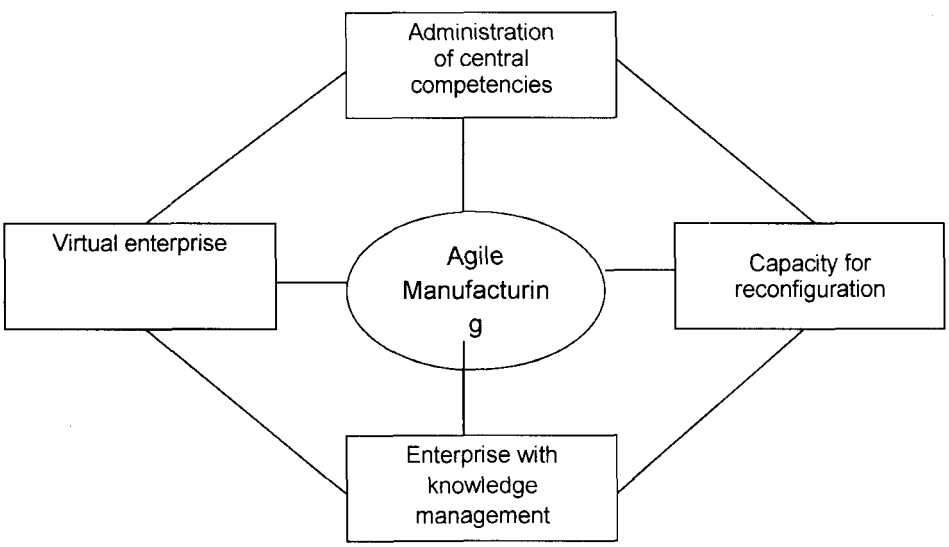


Figure 4. The central concepts of agility (McCurry & McIvor, 2002)

Therefore, it is possible to find a greater application of the agile manufacturing model in those sectors affected by changing customer tastes and needs, by frequent product innovation, and/or by notable competitive pressure (Avella & Vázquez, 2007).

A hybrid supply chain strategy recognizes that a mixed portfolio of products and markets means there will be products with stable and predictable demand and others without it. It is important to recognize demand characteristics in the design of the supply chain. However, a chain does not necessarily have to be lean or agile; the supply chain can be lean in some parts, and agile in others. Zara, the Spanish fashion company, offers a good example of the hybrid strategy in its supply chain (Christopher, 2000)

Agile manufacturing is adopted where demand is volatile and lean manufacturing where demand is stable. But it is important to emphasize that both paradigms can be

used in different points of the same supply chain; this paradigm is called Leagile (McCurry & McIvor, 2002)

By their characteristics, fashion products can be considered among the most appropriate to an agile environment where unpredictability of demand is accepted as an entrepreneurial risk and the strategy is developed to optimize performance in this field. However, a global approach to the whole supply chain may not be appropriate. Leanness and agility can be combined with strategic use of the decoupling point. This combined focus is known as Leagility and, in consequence, the supply chain can adopt an ascendant focus of lean manufacturing, allowing for a level of programming and opening up opportunities to reduce costs and at the same time, the decoupling point warrant the agile response, capable of delivering to an unpredictable market. Leagile is the combination of lean and agile manufacturing within a total strategy of the supply chain by the decoupling point, in order to better satisfy the need to respond to explosive demand (Naylor, Mason-Jones & Towill, 2000 quoted in Naylor et al. 1997).

Figure 5 shows the decoupling point, which is intended to separate the part of the supply chain oriented towards customer orders from the part of the supply chain based on planning. The decoupling point is the strategic reserve that separates demand from the chain of supply. Decoupling is an important element in the design of the chain, in order to guarantee "total value" in the end product (Naim, M, Naylor, J, Barlow, J (1999)

Leanness, which seeks to maximize the efficiency of resources within control of the organization, works better in high performance or stable environments. Agility seeks to prepare the organization to take maximum advantage of business in a turbulent environment of change and unpredictability. The objective of agility is to position the organization to adjust rapidly and effectively to circumstances beyond its control (McCurry & McIvor, 2002).

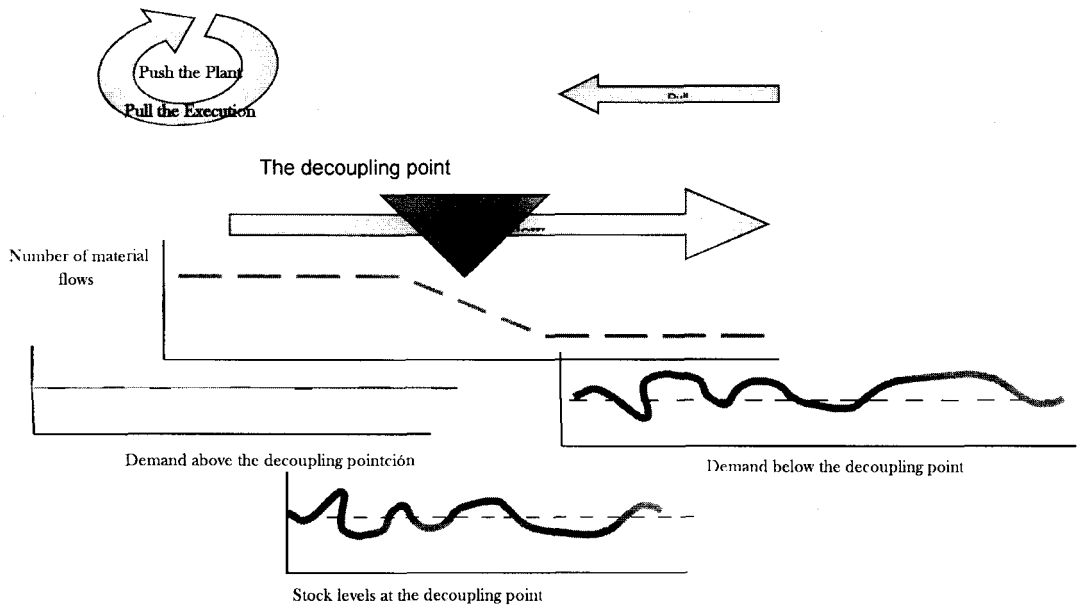


Figure 5. The role of the decoupling point in the Supply Chain (Naim, M, Naylor, J, Barlow, J (1999).

3.3 Lean philosophy in organizations

Because the concept of lean manufacturing is strongly based on its principles, operating practices and techniques, Knill (1999) maintains that, though it is difficult to define clearly and concisely, it has five high level attributes: supplier programs, continuous improvement, flexibility, waste elimination and zero defects (McCurry & McIvor, 2002)

In lean methodology, whatever happens along the line has an important role in problem solving and in improvement. A large part of the knowledge is not to be found on the engineering teams, but rather, among the workers. These change their roles to go from manual workers, to learning workers, to knowledge workers (Cuatrecasas & Olivilla, 2006).

Limits to leanness can be reduced to two primary elements: inability to fight constant and turbulent change, and the search for perfection that has eliminated any chance for flexibility. Leanness depends on a stable environment where the efficiencies of economies of scale can be maximized (McCurry & McIvor, 2002)

4. Solution approach

4.1 Integral Information System

Information provided by the organization shows that this is divided according to the requirements of each area; strategic information is not easily accessible and it must be integrated with information from various areas. However, the organization has an ERP system that can provide information from its point of origin, and from there it can be complemented according to the requirements of each area. The following is a presentation of the proposal for an Integral Information System (IIS).

Point 1c establishes the sales budget for 2009. From this data, the Aggregate Plan will be developed for the season's year, beginning in week 14 (March 30) and ending in the final week of February 2010.

Table 3 shows the proposed Aggregate Plan, where it can plainly be seen that the greatest conflict faced by the organization is the seasonality of its sales. Therefore, the only viable strategy for Aggregate Planning is to vary the stock levels of finished product.

	2009										2010	
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Forecast	1.6	0.4	2.6	15.7	23.8	28.7	53.2	111	92.1	33.1	18.1	13.2
Cum. Forecast	1.6	2.1	4.7	20.4	44.2	72.9	126	237	329	362	381	394
Capacity	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Over time	0	0	0	0	0	0	6	6	6	0	0	0
Total Prod.	30	30	30	30	30	30	36	36	36	30	30	30
Invent.	72	101	129	143	149	150	133	58	2	-1	11	27

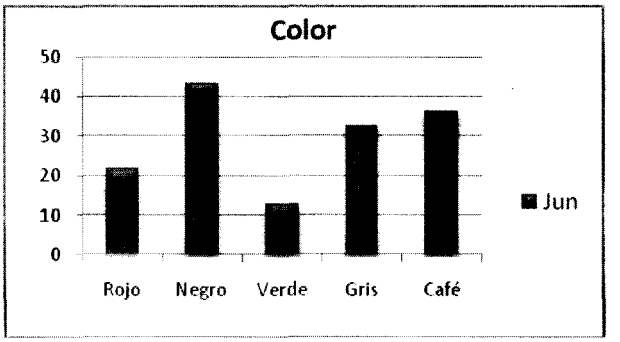
Table 3. Aggregate planning for 2009-2010 (000')

At the beginning of April '09, the stock of finished product was 43,000 units, which allows the level of required production to remain lower than the possible maximum during every month. However, in the month of January 2010, there is a small risk of shortage.

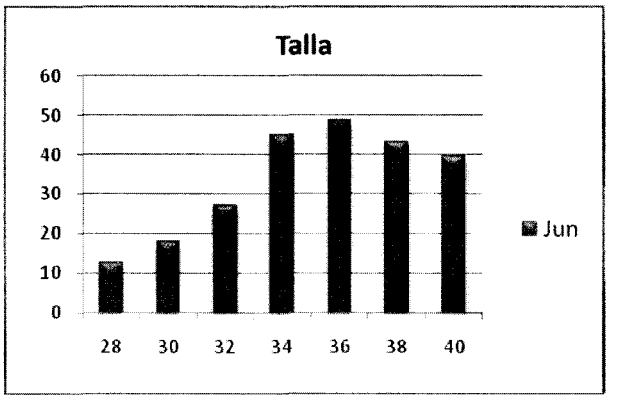
Departing from the 2009 budget and from Aggregate Planning, the following is proposed:

1. Issue a daily cumulative sales report by SKU and according to the higher-lower sales order, identify the products that, added up, constitute 60% of total sales ("Los +").

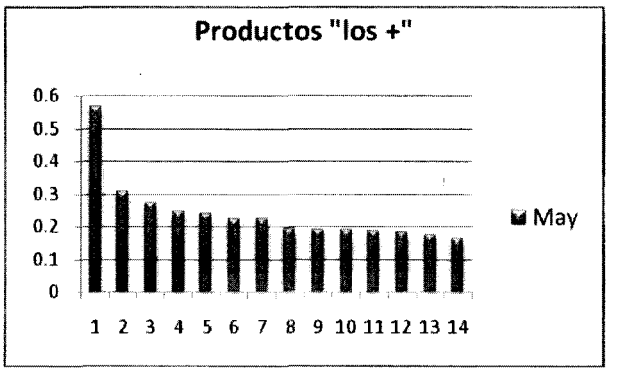
2. Prepare statistics by color, size, model, and totals of all SKUs; some examples of these are shown in the following Graphs 4, 5, 6 & 7.



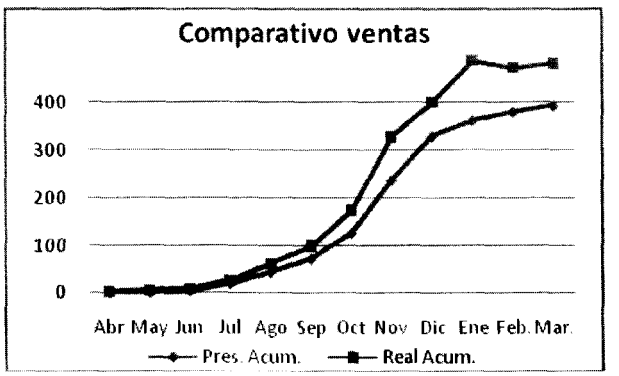
Graph 4. Cumulative sales by colors (example)



Graph 5. Cumulative sales by size (example)



Graph 6. Cumulative sales of 2009 by SKU (example)



Graph 7. Comparison accumulated sales 2009 (example)

3. "Los +" products have been assigned to a Lean supply chain; their planning for production and supply will be mentioned in the following section.
4. The rest of the products will be assigned to the Agile supply chain, and, likewise, their operating system will be mentioned later.
5. Two key indicators are proposed to follow up on planning:

a. Production Indicator

$$IP = \frac{VP}{I}$$

Where:
IP: Production Indicator
VP: Budgeted sales for weeks 27 through 41 (units)
I: Total inventories (units)

The function of this indicator is to measure inventory coverage for peak demand season. Demand indicator

$$ID = \frac{VR}{I}$$

Where:
ID: Demand indicator
VR: Real accumulated sales (units)
I: Total inventories (units)

The function of this indicator is to adjust production according to real accumulated sales to date.

Once the initial information strategy has been designed, follow up is given to the tactical and operational information, according to the diagram, as shown in Figure 6.

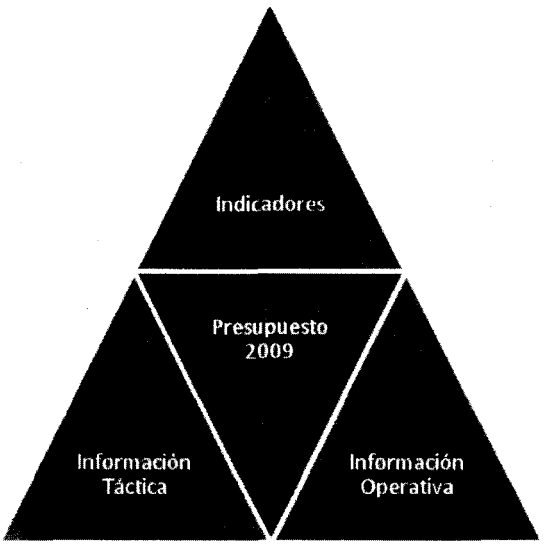


Figure 6. Integral Information System (IIS)

A system of flow of information is proposed to the organization, as shown in Figure 7.



Figure 7. Flow of Information

The flow of information presented in Figure 6 consists of the following:

- Annual budget: according to established policy, define the annual budget before the end of the season. We suggest doing it in week 42.
- Do the Aggregate Planning for the season year according to the example shown in Table 3.
- Compile the statistics suggested previously.
- Tactical information: draw up the general production plan according to defined policies; that is, assign a percentage of production capacity to the Lean Chain,

and the rest to the Agile Chain. We suggest 70% and 30% respectively. This advanced production plan must be adjusted daily as sales advance, according to the mix of products and using the statistics for "the +" (Table 4).

Chain		2009										2010	
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Lean	70%	21	21	21	21	21	21	25.2	25.2	25.2	21	21	21
Agile	30%	9	9	9	9	9	9	10.8	10.8	10.8	9	9	9

Table 4. Advanced production planning for the year 2009-2010

- Operational Information, based on the Advanced Production Plan and the advance of real sales vs. budget, a monthly production plan must be drawn up. This monthly production plan must be adjusted daily according to the advance of real accumulated sales.
- The monthly production plan must guarantee that Lean Chain products and Agile Chain products comply with the objective of guaranteeing stock of finished product for peak demand season. Therefore, the previously mentioned Production Indicator (IP) must be updated daily according to real production information and the levels of inventory along the complete chain: suppliers (real orders), stock of raw materials, product in process and finished product in the distribution center and at sales points.
- Follow up to indicators: Follow up to indicators on a daily basis is very important, as these allow us to have a future vision of actions carried out on a daily basis. The Demand Indicator (ID) allows us to adjust operating decisions according to real sales as they occur.

4.2 Definition and operation of the different proposed chains

4.2.1 Lean Chain

The objective of this Chain is to guarantee the supply of the finished product in sales points throughout the year; the products defined in this Chain are those, which represent 60% of total sales. Based on the experience of 2008, this represents 14 different models, which in approximate number of SKUs is no more than 250 from a total of more than 1,100 SKUs.

According to Aggregate Planning and Advanced Production Planning, 70% of production capacity has been assigned to this chain; the flow of information and materials is shown in Figure 8.

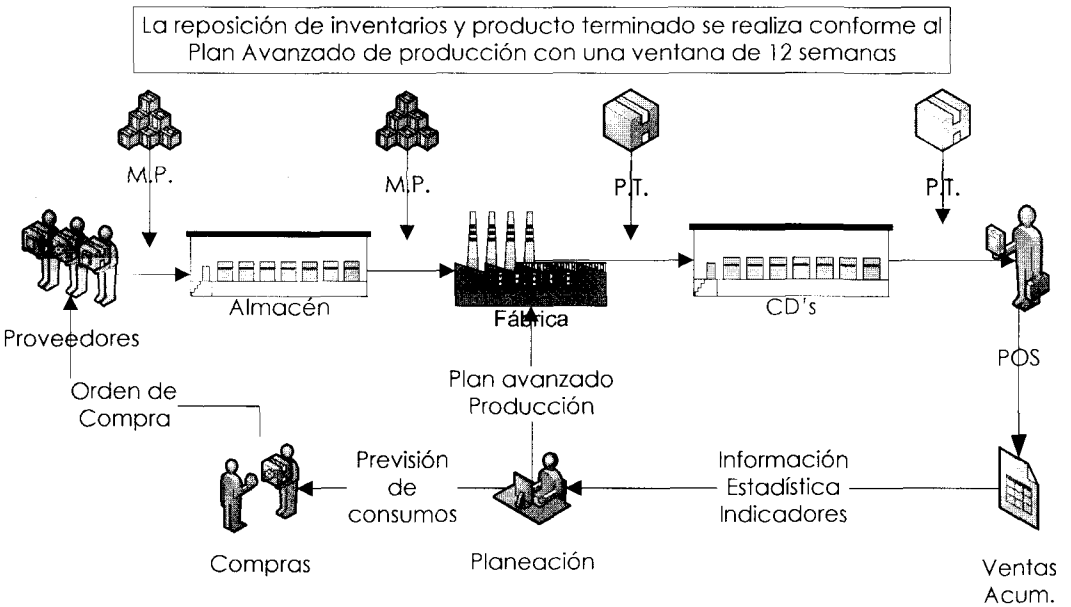


Figure 8. Flow of information and materials for the Lean Chain

Relevant activities to be carried out are:

- Define the frequency- the suggestion is daily- of recovery of real sales.
- Daily updating of proposed indicators.
- According to the indicators, carry out the necessary adjustments to the Advanced Plan.
- The Advanced Production Plan must be validated daily. However, we propose that Purchasing and Factory be advised weekly as to changes and necessary adjustments.
- Daily updating of real production and inventory levels along the complete chain.

4.2.2 Agile Chain

The objective of this Chain is to guarantee the supply of finished product at sales points during the whole year. The products defined in this Chain are those which represent 40% of total sales and which, based on the year 2008, represent a little more than 30 different models, approximately 850 SKUs.

The flow of information and materials is proposed according to Figure 9.

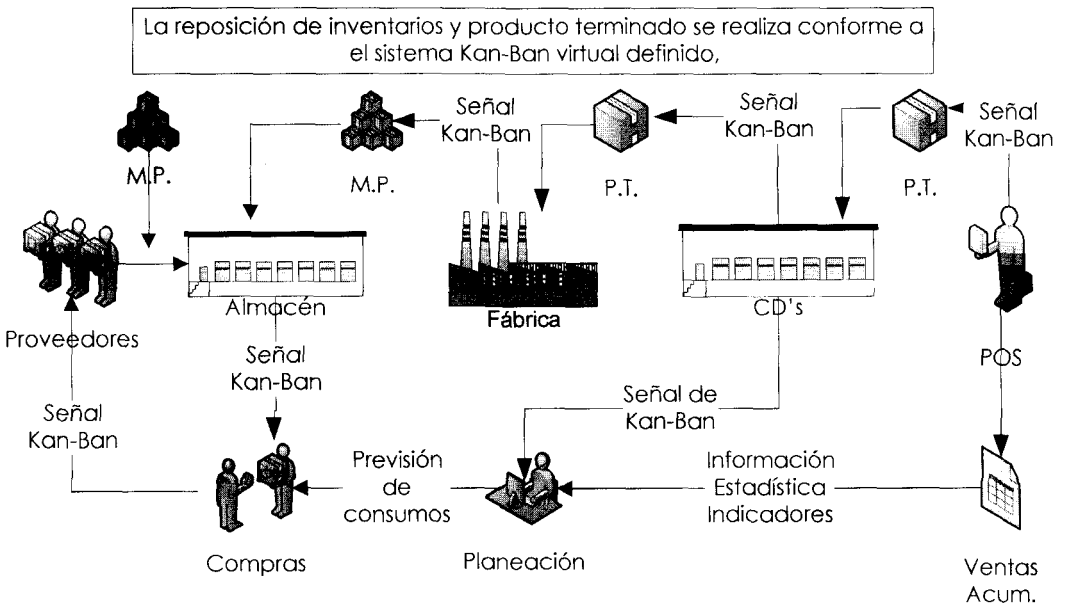


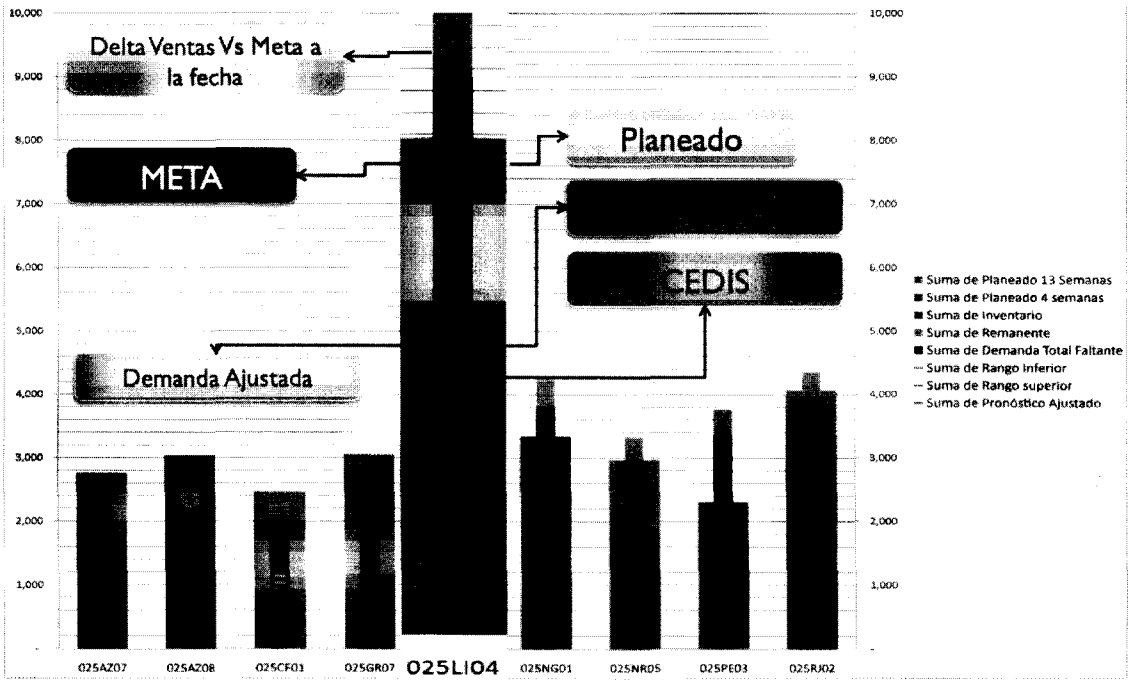
Figure 9. Flow of information and materials for the Agile Chain

Relevant activities to be carried out are:

- Define the frequency- the suggestion is daily- of recovery of real sales.
- Daily updating of proposed indicators.
- Define the levels of inventory adequate to the chain and the level of Kan-Ban required for each stage of the chain.
- Keep Purchasing and Factory informed of the adjusted prediction on a weekly basis.
- Update daily the level of inventory along the complete chain.

5. Results analysis

The company established the proposed Indicators and the responsible for the strategic planning develop the following chart for the daily follow up, called "Equalizador". Figure 10 shows it.



After the company implemented the propose solution they obtained the following results, remember that the first goal of the projects was to reduce the outlet products at the end of the season.

	08'	09'
Sales	354' (real)	400'+ (January data)
Outlet	120 (000' pesos)	60 (000' pesos)

6. Conclusions

For the development of the problem described here, several different tools and problem-solving techniques were found. It is possible to apply these, but because of the type of company, it was decided to use a mix of Lean and Agile processes. These are the most adequate according to current needs.

Likewise, the use of aggregate planning offers an important alternative with better control over production volume in order to comply with demand. However, it is important to highlight at this point that, for future studies, it will be important to define if an increase in inventory levels, derived from production levels followed by the organization, will be more beneficial than subcontracting third parties to manufacture the additional volume needed to comply with seasonal demand.

Another possible alternative for problem-solving in future studies is the analysis of aggregate planning based on linear programming. This may facilitate the definition of planning programs (over-time and/or subcontracting) with a lower cost.

The development of the current project allowed us to observe that, although the company has advanced- and to a point, costly- information systems, the use of these does not necessarily lead to the most adequate information. Likewise, interaction among different areas of the organization is not the most appropriate for the type of product manufactured there.

Finally, it can be stated that an Integral Information System provides the organization- as its name indicates- with the integration of the information needed among the different parts of the organization allowing them to react appropriately to changes in demand and volume needs, seeking to maximize compliance with client needs, thus leading to greater productivity and profitability.

7. References

[1] Alonso, J. (2006). Modelo de gestión de política de inventario para una cadena de tiendas de moda. Escuela Técnica Superior en Ingeniería. Universidad Pontificia Comillas. Retrieved 01 Mayo 2009 from http://www.iit.upcomillas.es/pfc/resumenes/448d3d47a2f07.pdf

[2] Avella, L. y Vázquez, D. (2005). ¿Es la fabricación ágil un nuevo modelo de producción? Universia Business Review – Actualidad Económica. Retrieved 29 April 2009 from http://ubr.universia.net/pdfs/UBR0022005094.pdf

[3] Cuatrecasas, Ll., y Olivilla, J. (2006). Aproximación para los principios del trabajo para lean. X Congreso de Ingeniería de Organización. Retrieved 29 April 2009 from http://io.us.es/cio2006/docs/000092_final.pdf

[4] Christopher, M. (2000). The agile supply chain: Competing in volatile markets. Industrial Marketing Management. Vol. 29, 37 – 44. Retrieved 28 April de 2009 from www.martin-christopher.info/downloads/agile_supply_chain.pdf

[5] Christopher, M., Lowson, R., y Peck, H. (2004). Creating agile supply chains in the fashion industry. International Journal of Retail & Distribution Management. Vol 32. 367 – 376. Retrieved 28 April 2009 from http://www.martin-christopher.info/downloads/CREATING%20AGILE%20SUPPLY%20CHAINS%20IN%20THE%20FASHION%20INDUSTRY.pdf

[6] Christopher, M. y Towill, D. (2001). An Integrated Model for the Design of Agile Supply Chains. International Journal of Physical Distribution & Logistics Management. Vol. 31. 235 – 246. Retrieved 28 April 2009 from http://www.martin-christopher.info/downloads/an%20Integrated%20model%20for%20the%20design%20of%20agile%20supply%20chains.pdf

[7] Dismukes, J., Huang, S., y Wang, G. (2004). International Journal of Production economics. Retrieved 29 April 2009 from http://www.eng.uc.edu/icams/publications/2004d.pdf

[8] García, J., Mejías, A., Prado, J. (2006). La función logística en el sector textil español. X Congreso de Ingeniería de Organización. Retrieved 29 April 2009 from http://io.us.es/cio2006/docs/000098_final.pdf

[9] Keene, J. y Viswanathan, N. (2007). Lean or Agile supply chains: Which can manage market events better. Aberdeen Group. Retrieved 29 April 2009 from www.aberdeen.com/c/report/research_briefs/4305-RB-lean-agile-supply-chains.pdf

[10] McCurry, L., y McIvor, R. (2002). Agile manufacturing: 21st century strategy for manufacturing on the periphery? Irish Journal of Management. Retrieved 29 April 2009 from http://www.busmgt.ulst.ac.uk/modules /bmg316m1/week9.doc

[11] Naim, M, Naylor, J, Barlow, J (1999), Developing lean and agile supply chains in the UK house-building industry, *Proceedings of the Seventh Annual Conference of the International Group for Lean Construction*, Berkeley, California, pp.159-70. Retrieved 29 April 2009 from http://www.iglc.net/conferences/1999/Papers/LogisticsSupply-ChainManagement1/Naim%20Naylor%20Barlow_Developing%20Lean%20and%20Agile%20Supply%20Chains%20in%20the%20UK%20Housebuilding%20Industry.pdf

[12] Naylor, B., Mason-Jones, R., y Towill, D. (2000). Lean, agile or leagile? Matching your supply chain to the marketplace. International Journal of Production Research. Vol. 38, 4061 – 4070. Retrieved 29 April 2009 from http://ihome.cuhk.edu.hk/~b103313/Exetrain/lean%20agile%20or%20leagile.pdf

Lean Healthcare en Jalisco, realidad y oportunidades

Moreno M., Mendoza A.

Abstract

Este documento resume la investigación previa y un estudio en curso para determinar el conocimiento de los hospitales en el estado de Jalisco, México, con lo que se refiere específicamente a la filosofía Lean. La filosofía Lean, es a menudo asociada con los procesos de producción y su objetivo es aumentar el valor al cliente reduciendo los desperdicios. Con el fin de analizar específicamente el conocimiento de los hospitales locales, se realizo una encuesta 39 de hospitales en el estado de Jalisco, obteniendo 24 respuestas, de las cuales 14 encuestados respondieron todas las preguntas, y 10 respondieron a las preguntas demográficas y de información general. La encuesta fue administrada a través de SurveyMonkey durante los meses de Abril a Junio del 2011. A los encuestados se les pidió que respondieran una serie de preguntas que intentan evaluar su conocimiento de Lean y su impacto en la atención médica. Mientras que la mayoría parecía demostrar un conocimiento general de la filosofía Lean, la respuesta general fue que la mayoría aún no la han puesto en práctica, a pesar de que consideran ponerlo en práctica en sus planes a largo plazo.

1. Antecedentes

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención.

Por tanto, se vio necesario establecer los criterios para certificar las competencias de los médicos y de los hospitales a fin de reconocer como válidos los servicios prestados en México. En 1999 el Consejo de Salubridad General de México establece las bases para instrumentar el Programa Nacional de Certificación de Hospitales y en 2007 se propone como estándar nacional de calidad en salud en el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La primera versión de Estándares Internacionales Homologados para la certificación de hospitales en México entra en vigor en enero del 2009 acorde a los requisitos de la Joint Commission International (JCI), siendo la última versión en el 2011. Dicho estándar, en forma resumida, consta de tres secciones: 1) los Estándares Centrados en el Paciente, 2) los Estándares Centrados en la Gestión y 3) las Metas Internacionales de Seguridad del paciente.

La necesidad de cumplir con los estándares de certificación ha promovido, en los hospitales, la cultura de la mejora continua y la búsqueda de estrategias que mejoren las operaciones y por ende los resultados operativos, sin descuidar el objetivo primordial de la atención médica; garantizar la salud y seguridad de los pacientes. En los últimos años se han realizado esfuerzos en diferentes sentidos y uno de ellos es la implementación de Lean Healthcare. En este documento se pretende resumir los conceptos de dicha filosofía y por otro lado mostrar

los resultados de la encuesta realizada en Guadalajara, Jalisco al respecto del estado actual en el conocimiento y la implementación de Lean.

2. Marco teórico

Christopher (2005) define Lean como "algo que contiene mínima grasa" y establece la diferencia entre "lean" y "ágil"; mientras que los dos no son sinónimos, la agilidad puede ser consecuencia de la esbeltez, y considera la agilidad como la idea de que una empresa sea capaz de reaccionar y adaptarse a cualquier cambio en la demanda los cuales pueden ocurrir en un período de tiempo corto. Así mismo plantea que en gran volumen, la variedad baja, y ambientes predecibles, la filosofía Lean funciona mejor. En una forma extremadamente simple de análisis de los procesos operativos de los hospitales, podemos establecer que, por lo general, existe poca variedad en las operaciones que ofrece - normalmente un paciente enfermo entra, es atendido y termina saludable al finalizar su proceso de atención -. Sin embargo las diferencias se multiplican en forma exponencial al identificar las acciones que en la atención médica se deben proporcionar a cada paciente en específico; un paciente puede requerir un tratamiento diferente a otro paciente con padecimiento similar, adicionalmente el proceso de diagnóstico varía considerablemente de un paciente a otro.

Si la filosofía de Lean se centra en la idea de agregar valor al cliente, definida por la relación:

$$Valor\ al\ Cliente = \frac{Calidad \times Servicio}{Costo \times Tiempo}$$ (Christopher, 2005).

Esto significa que el mayor valor se creará cuando se ofrece el mejor producto (en nuestro caso, haciendo que el paciente salga del hospital saludable) con el mejor servicio (disponibilidad y el compromiso de proporcionarla al paciente), y reducir al mínimo el costo para el paciente y el tiempo que tarda para recuperarse el paciente.

Christopher (2005) argumenta que mientras que en el pasado, la eficiencia ha sido el objetivo principal de la mayoría de las empresas, esto está cambiando. Ahora bien, mientras que la eficiencia sigue siendo un objetivo válido – reducir de los costos –, la reducción de costos no puede ser considerada a costa de la creación de valor, o la eficacia. Esta idea es especialmente notable cuando un hospital se encuentra en la etapa de agregar valor a sus servicios de atención médica. A lo largo de la prestación de un servicio, existen procesos que agregan y otros que no pero necesarios para ofrecer un servicio de valor al paciente, así mismo define el valor agregado como "tiempo dedicado en las tareas por las cuales el cliente está dispuesto a pagar ".

Para ser más eficientes y apegados a la filosofía Lean, una empresa debe trabajar para minimizar el tiempo de los procesos, actividades y tareas que no añaden valor a la atención médica (Lean Healthcare, LH). Joosten et al. (2009) diferencia entre las tareas que agregan y aquellas que no agregan valor a la atención médica; tiempo de valor agregado incluye el tiempo dedicado a recopilar datos para el diagnóstico, el tiempo activo o pasivo dedicado al

paciente, o simplemente la observación del paciente, e incluso el tiempo de espera para ver como el paciente se desenvuelve en una cierta situación y el tiempo que no agrega valor incluye el tiempo dedicado al diagnóstico, la observación, etc. que es superfluo o simplemente no es necesario, así como el tiempo de administración (llenar los formularios y papeleo similar) y el tiempo de espera cuando existe o no, un cambio en las condiciones previstas.

A partir de estos antecedentes nos dimos a la tarea de identificar el estado del conocimiento de los hospitales en Jalisco, específicamente en Guadalajara, Jalisco. A continuación se presenta un análisis de los resultados obtenidos en la encuesta realizada durante el primer semestre del 2011.

3. Resultados

La Asociación de Hospitales Particulares del Estado de Jalisco A.C. cuenta con 48 agremiados, al inicio del 2011; 39 hospitales en la zona conurbada de Guadalajara y 9 localizados en las ciudades aledañas. Por el número de hospitales localizables en Guadalajara no se realizo ninguna selección, la encuesta fue aplicada a los 39 hospitales localizados en Guadalajara y los datos recolectados se encuentran disponibles para su consulta.

El instrumento de recolección de datos identifica tres variables a medir en los hospitales: 1) los motivadores para implementar Lean, 2) la contribución de Lean en los hospitales y 3) el significado de Lean según los entrevistados. Adicionalmente se solicitan al encuestado datos generales del tipo de empresa que representa, el cargo que ocupa en dicha organización, si conoce o no los conceptos Lean, su punto de vista de quien debería dirigir los esfuerzos de implementación, cuál ha sido la forma de conocer la filosofía Lean y en que estado se encuentra la organización al respecto de implementar Lean.

Cada una de las variables a medir se evalúa de acuerdo a la escala Likert de cinco puntos; totalmente en desacuerdo (1 puntos), en desacuerdo (2 puntos), de acuerdo (3 puntos), en su mayoría de acuerdo (4 puntos) y completamente de acuerdo (5 puntos), adicionalmente se incluye una escala de desconocimiento (0 puntos) cuando el entrevistado así lo manifieste. De acuerdo a la escala mencionada se establece, para efectos de ésta encuesta, como 3 la calificación mínima que garantiza el conocimiento a la pregunta realizada y por debajo de esa calificación como desconocimiento.

Las respuestas recolectadas indican que el 79% son hospitales privados y el 8% hospitales públicos y el resto son empresas proveedoras del Sector Salud (SS). Se obtuvo respuesta del 61.5% de hospitales, de los cuales poco más de la mitad (58%) contesto la totalidad de las preguntas, el resto solo se limito a contestar los datos demográficos y generales de la misma. Se estima que aquellos que no contestaron la totalidad de las preguntas es derivado de su desconocimiento y no estuvieron dispuestos a contestar las preguntas relevantes de ésta

encuesta. Los entrevistados son en un 80% Directores o Gerentes de área y el 58.3% manifiesta conocer los conceptos LT.

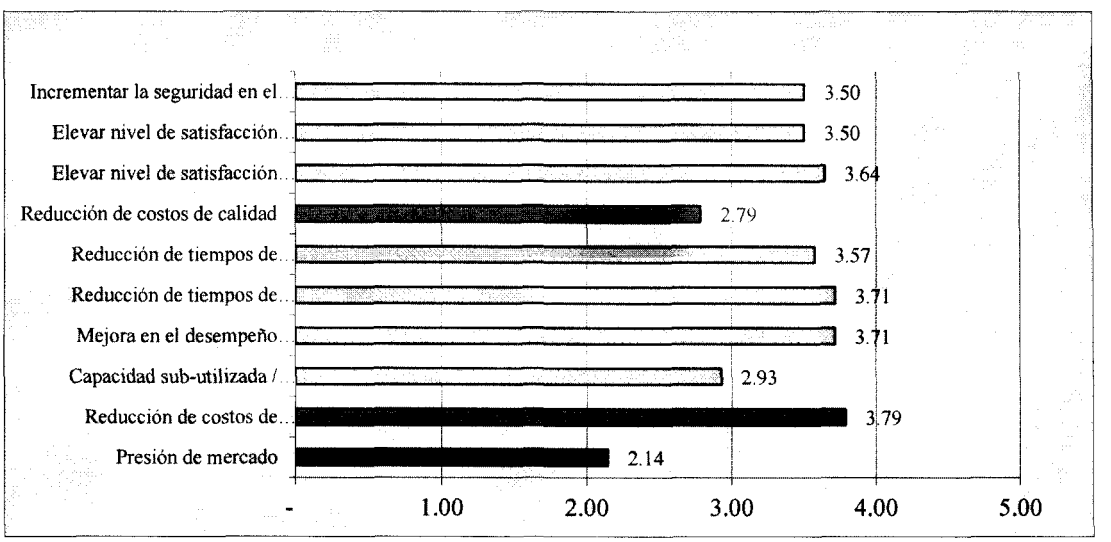
El primer análisis que se presenta considera a los hospitales que contestaron todas las preguntas inclusive cuando su respuesta fuera "No conozco" y se hace una extrapolación de resultados considerando como "No conozco" aquellos que omitieron la respuesta.

3.1 Motivadores para conocer y usar los conceptos Lean

La percepción generalizada de los motivadores concuerda con los beneficios que en forma teórica la filosofía Lean contribuye en los resultados de las organizaciones, obteniendo calificaciones por encima de 3 en prácticamente todos los conceptos mencionados, aunque existe un común acuerdo de conocimiento es necesario mencionar que el nivel de percepción es apenas por encima del mínimo. Lo que nos permite identificar como área de oportunidad la necesidad de conocimientos que tiene el Sector Salud al respecto de Lean y especialmente Lean Healthcare.

De acuerdo con los resultados obtenidos de quienes contestaron la totalidad de las preguntas, existe un conocimiento general del cómo Lean contribuye favorablemente a la organización, lo que se puede observar en la Figura 1. Llama la atención que tres de los motivadores mencionados en la encuesta no sean calificados como importantes; 1) capacidad sobre/sub utilizada con calificación de 2.93, 2) reducción de costos de calidad con calificación de 2.79 y 3) presión del mercado con calificación de 2.14.

Figura 1, Ponderación de los motivadores para implementar Lean.



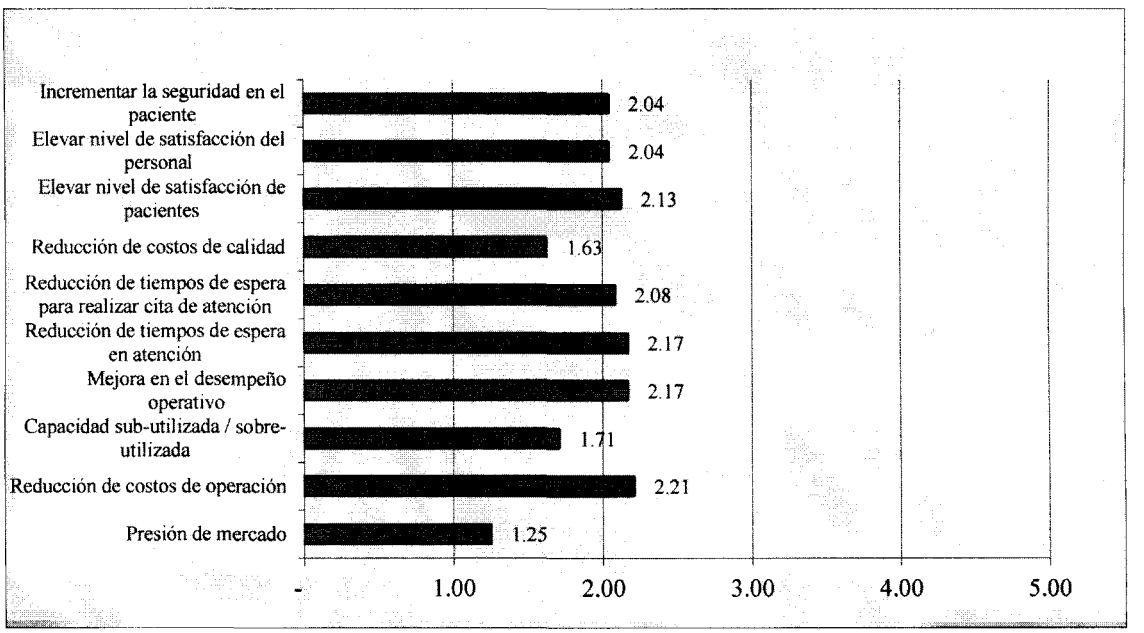
De acuerdo a las entrevistas realizadas a directivos de los hospitales entrevistados, se puede estimar que no se considere muy importante la reducción de costos de calidad derivado de que existen esfuerzos importantes en la implementación de sistemas de mejora continua

equivalentes a lo que dicta la norma ISO, ya que la implementación de dicha norma permite garantizar la estandarización de procesos de atención pero no garantiza que los procesos no generen desperdicios (eg. materiales y tiempo).

De las mismas entrevistas se concluye que hasta el momento los hospitales han sido capaces de obtener los beneficios económicos esperados, sin embargo en los últimos años se ha incrementado la competencia y cada día es más relevante el implementar herramientas que permitan la sustentabilidad en el largo plazo, de los resultados operativos esperados.

Cuando realizamos una extrapolación de resultados considerando a los que omitieron la respuesta como "No conzco" los resultados cambian drásticamente como se puede observar en la Figura 2.

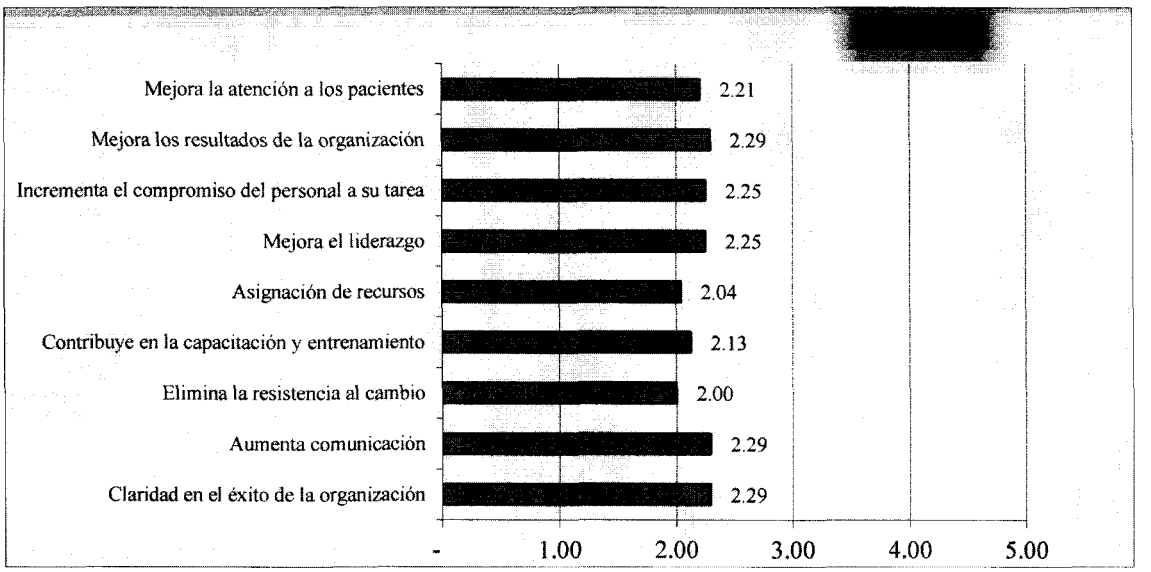
Figura 2. Extrapolación de resultados.



3.2 Contribución de Lean en los hospitales

La percepción de cómo Lean contribuye en los resultados operativos es de igual manera coincidente a lo que en teoría podría ser cuando se implementa en la organización. Es decir, que en general se considera que Lean contribuye en forma importante en las actividades diarias del personal que trabaja en los hospitales y el servicio ofrecido, pero existe un desconocimiento general de la filosofía Lean cuando consideramos a los que omitieron la respuesta como "No conozco".

Figura 3, Ponderación de la contribución de Lean.



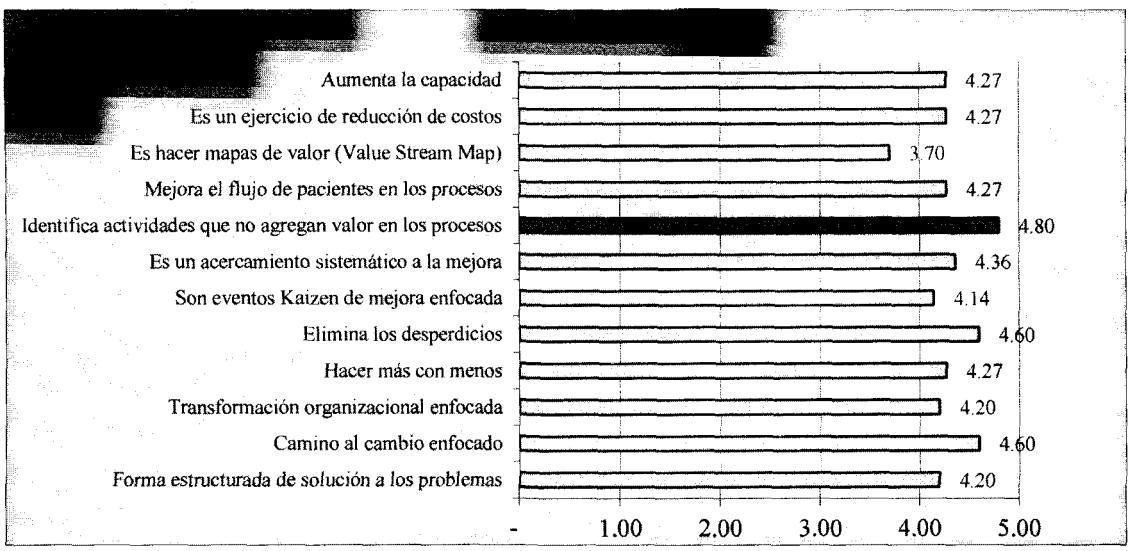
Si bien es cierto que los resultados probables, que las organizaciones pueden considerar, al momento de implementar Lean son los mencionados, es necesario que exista un proceso formal de entrenamiento y capacitación previo a la implementación. La implementación de Lean en una organización significa la ruptura de viejas pautas de actuación y la instauración de otras nuevas y solo es posible cuando se establece y mantiene un sistema que cuente con un marco de referencia y herramientas de mejora adecuadas para aplicarlas.

3.3 El significado de Lean

Joosten, et al. (2005) destacan los cinco principios del pensamiento Lean: 1) proporcionar a los clientes el valor que realmente desean, 2) identificar la cadena de valor y eliminar los desperdicios, 3) alinear los procesos para crear un flujo continuo, 4) la producción se planea basado en la demanda del cliente (sistema pull) y 5) empezar de nuevo en una búsqueda de la perfección. Estos principios se desglosan en la encuesta en la tercer variable a medir en expresiones relacionadas a los conceptos Lean y la interpretación de los encuestados al respecto.

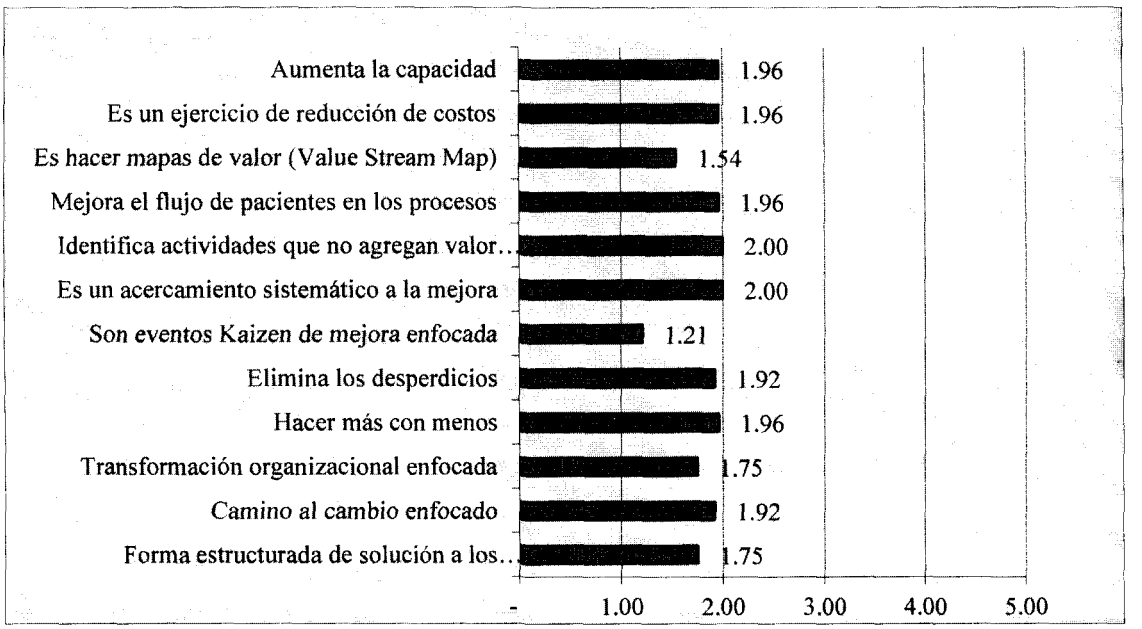
En la encuesta realizada, la variable para medir el significado de Lean se transformo en una serie de expresiones que identifican la filosofía y que son comúnmente utilizadas en la práctica. La apreciación general, de aquellos que contestaron la totalidad de las preguntas, coincide en la identificación de la filosofía Lean siendo la expresión más conocida la que identifica actividades que no agregan calor en los procesos, la cual es el fundamento de Lean, ver Figura 4.

Figura 4, Ponderación de las expresiones de Lean.



Como ya se ha mencionado en las variables anteriores, al incluir los resultados de las personas que no contestaron la totalidad de las preguntas como "No conozco" los resultados cambian en forma importante, lo cuál se observa en la Figura 5.

Figura 5, Resultados considerando todos los encuestados



3.4 Información Demográfica y General

El 79% de las respuestas obtenidas proviene de hospitales privados, un 8% de hospitales públicos y el resto de empresas proveedoras del Sector Salud – servicios, fabricante de medicamentos y tecnologías de información –. El 50% de los encuestados tienen una posición

Directiva – director general, de área o médico – el 29% es responsable de un área o departamento, el 13% son Asesores independientes y solo el 8% es Doctor.

El 58% manifestó conocer los conceptos Lean de los cuales, el 37% obtuvo sus conocimientos a través de cursos especiales, solo el 27% manifiesta haber tenido estudios formales universitarios al respecto de la filosofía Lean y el 18% del total de los encuestados obtuvo sus conocimientos de manera informal – conversaciones, revistas, libros y presentaciones – solo un 18% ha tenido contacto con firmas de consultoría.

El grupo de personas que consideran conocer los conceptos Lean se consideran a si mismos con un conocimiento avanzado o experto en un 9% y aquellos que se consideran con conocimiento intermedio o básico representan el 64%.

En cuanto a la intención de implementar formalmente Lean en su organización los encuestados manifiestan estar evaluando la opción en un 45%, solo el 18% ha iniciado o está aplicando en forma inicial la filosofía. El resto de los encuestados no tiene como prioridad o no es interesante la implementación en el corto plazo.

4. Conclusiones

Si bien es cierto que existe un conocimiento de la filosofía Lean en los hospitales no podemos concluir que en la generalidad de ellos así lo es, por otro lado es importante mencionar que dicho conocimiento no ha sido adquirido formalmente a través de cursos especializados o a través de empresas de consultoría. Así, se considera necesario establecer el Marco de Referencia y las herramientas específicas que los hospitales requieren para dicha implementación.

Jackson (1998) establece que para establecer la Dirección Lean es necesario un proceso de renovación del negocio que inicia con la evaluación de la competitividad y planeación de futuro de la empresa. En segundo lugar se debe establecer un plan estratégico con una visión enfocada al cliente y un plan de largo plazo para desarrollar el talento de las personas así como el desarrollo técnico de la empresa. Es el proceso de renovación de negocio donde se lleva a cabo el diagnóstico corporativo que establece el punto de partida para el plan de desarrollo.

Los objetivos del diagnóstico corporativo son tres:

1) Verificar la consistencia de los proyectos de mejora de cada área de la organización y de sus actividades diarias en relación a la política y estrategia de largo plazo.
2) Identificar los desfases importantes dentro de la empresa y en el entorno competitivo.
3) Promover el desarrollo de capacidades de primera línea.

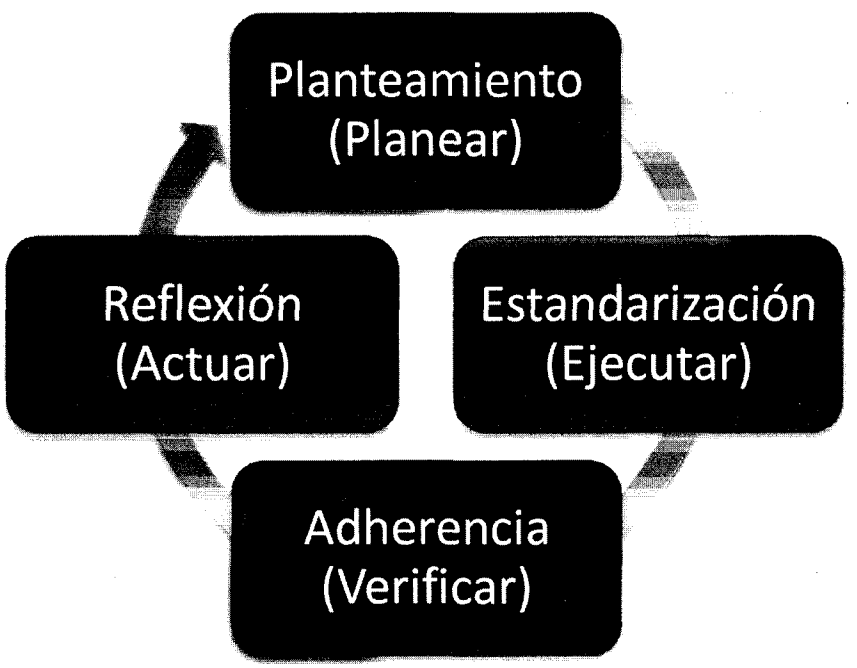
El diagnóstico corporativo convierte la planeación estratégica y su puesta en marcha en un ciclo de mejora continua Planificar – Ejecutar – Verificar – Actuar en consecuencia, ver

Figura 6. De esta manera una Dirección Lean debe incluir una estructura flexible pero fuerte que cuente con herramientas específicas aplicables, que conforman un sistema integrado alineando las diferentes áreas de una organización en la búsqueda de un cambio de gran magnitud.

De esta manera la organización que cuenta con una adecuada planeación estratégica debe contar con tres pilares que garantizan la sustentabilidad de largo plazo:

1) Estrategia: ¿Qué tipo de negocio intenta ser la empresa? y ¿Cuál es el Plan de acción para lograrlo?. Una adecuada estrategia ajustará las potencialidades únicas con sus clientes y estará preparada para el futuro. En la filosofía Lean, el enfoque al cliente y el liderazgo son características clave en la estrategia de la empresa.
2) Estructura: se refiere a las relaciones internas y externas que la organización tiene y el cómo el flujo de información (interno y externo) contribuye al logro de los objetivos. Por tanto, una estructura robusta y flexible asegura que los individuos se comuniquen y cooperen en forma efectiva y eficiente.
3) Potencialidades: se refiere a las capacidades de la organización para ejecutar las tareas diarias que garantizan la satisfacción del cliente y dan respuesta a los cambios constantes en el entorno competitivo. La cultura de mejora y trabajo en equipo son algunos ejemplos de los elementos indispensables en las potencialidades.

Figura 6, Ciclo de mejora estratégica (adaptado de Jackson, T. 1998)



Es indudable que Lean puede ser aplicable al Sector Salud en México pero es necesario adaptarlo a las condiciones y requerimientos específicos para que contribuya en gran medida

en la mejora operativa de los hospitales. Lean no puede considerarse como una moda pasajera sino como un compromiso de la organización hacia el camino a la excelencia en el servicio incrementando el valor al cliente mientras se disminuyen los costos operativos y asegurando la seguridad del paciente en todo momento.

5. Referencias

Christopher M. (2005). *Logistics and Supply chain management* (3ª ed.). Gran Bretaña: Pearson Education Limited.

Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care, 21*(5), 341-347.

Langabeer II J. (2008). *Health Care operations Management*. United States of America: Jones and Bartlett.

Mentzer, J.T. et al. (2001). *Defining Supply Chain Management*, in: Journal of Business Logistics, Vol. 22, No. 2, 2001, pp. 1–25

Valdez RS, Ramly E, Brennan PF. (2010) *Industrial and Systems Engineering and Health Care: Critical Areas of Research – Final Report*. (Prepared by professional and Scientific Associates under Contract No. 2900900027U.). AHRQ Publication No. 10-0079-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.