



**ESPE**  
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS  
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y  
VINCULACIÓN CON LA COLECTIVIDAD**

**DIRECCIÓN DE POSTGRADOS**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN  
HOSPITALARIA**

**TEMA: EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA  
ATENCIÓN A PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA  
INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.**

**AUTORA: POMA SOTO, VANESSA DEL CISNE**

**DIRECTOR: DR. ESCOBAR, FREDDY**

**SANGOLQUÍ**

**2015**

## CERTIFICADO

Certifico que el presente proyecto de grado titulado “EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.”, de autoría de la Dra. Vanessa del Cisne Poma Soto, egresada de la Maestría en Gerencia Hospitalaria de la Universidad de las Fuerzas Armadas, ha sido dirigido, corregido y revisado en todas sus partes; observa las orientaciones metodológicas de la investigación científica y, cumple con lo establecido en la normativa vigente, para los procesos de graduación en el postgrado, por lo que se autoriza su presentación.

Sangolquí, octubre de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Escobar', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

---

Dr. Ricardo Escobar  
DIRECTOR DE TESIS

## AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

Dra. Vanessa Del Cisne Poma Soto.

DECLARO QUE: los conceptos, ideas, opiniones, resultados y la información que se expone en el presente trabajo de investigación han sido desarrollados en base a procesos de investigación científica respetando derechos intelectuales de terceros, conforme constan en la bibliografía.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de este proyecto.



---

Dra. Vanessa Del Cisne Poma Soto

Sangolquí, octubre de 2015

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Dra. Vanessa del Cisne Poma Soto

Autorizo a la Universidad de la Fuerzas Armadas la publicación, en la Biblioteca Virtual de la Institución del trabajo “EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, cuyo contenido, ideas y criterios corresponden a mi responsabilidad y autoría.



---

Dra. Vanessa del Cisne Poma Soto

Sangolquí, octubre de 2015

## **DEDICATORIA**

Los esfuerzos realizados en la ejecución del presente trabajo de investigación, son dedicados a mis padres Franco y Beatriz por ser el pilar más importante en mi desarrollo profesional, por confiar y creer en mí dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, a mi esposo Luis Paul por su apoyo constante y el amor incondicional, por ser amigo y compañero inseparable fuente de calma y consejo en todo momento, con mucho amor a mi hija Paula Daniela regalo del cielo que vino para ser mi motivación día a día y finalmente a mis hermanos Alexander, Gabriela y Fernando quienes me han apoyado en cada paso dado.

Dra. Vanessa del Cisne Poma Soto.

## AGRADECIMIENTO

Hago extensivo el testimonio de reconocimiento y agradecimiento a todas las personas e instituciones que han brindado su apoyo para la realización del presente trabajo de investigación, base para la culminación de los estudios de cuarto nivel y para lograr una importante meta en mi vida profesional.

De manera especial, al Sr. Doctor Freddy Ricardo Escobar Director de Tesis, mi sentimiento de gratitud, por haber dedicado de manera desinteresada, su tiempo, conocimiento y experiencia en la orientación epistemológico-teórica y metodológico-técnica que posibilitó el cabal desarrollo de la investigación.

A la Sra. Economista Rosita López Coordinadora de la Maestría quien con su apoyo y conocimientos supo orientarme acertadamente en el desarrollo de este programa de Postgrado.

A todos los profesores que de manera atinada supieron transmitir sus conocimientos profesionales y de experiencia en el área administrativa y de la salud.

Al Hospital Eugenio Espejo en la persona del Sr. Dr. Boroshilov Mantilla, Economista Uquillas, Dr. Alberto Castillo e Ing. Carmela Pozo, por haber brindado todas las facilidades para la materialización de este trabajo.

Un especial agradecimiento al Sr. Dr. Luis Antonio Vega Eras por estar conmigo en todo momento brindándome su apoyo y conocimiento para el desarrollo del proceso investigativo propuesto.

A todos ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud.

Dra. Vanessa Poma

## ÍNDICE GENERAL

CERTIFICADO .....	ii
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD .....	iii
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
ÍNDICE GENERAL .....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xv
LISTA DE ANEXOS.....	xvi
RESUMEN .....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 TÍTULO DEL PROYECTO DE GRADO .....	1
1.2 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO .....	1
1.2.1 Generalidades .....	3
1.2.2 Misión.....	3
1.2.3 Visión .....	3
1.2.4 Valores del Hospital .....	4
1.2.5 Estructura organizacional .....	5
1.2.6 Cartera de servicios .....	7
1.2.7 Talento humano .....	7

1.2.8	Indicadores de la salud 2014 - 2015 .....	8
1.2.9	Zona de afluencia.....	9
1.3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
1.3.1	Antecedentes del problema.....	10
1.3.2	Formulación del Problema.....	10
1.4	OBJETIVOS.....	10
1.4.1	Objetivo General.....	10
1.4.2	Objetivos Específicos .....	11
1.5	Justificación e importancia .....	11
1.5.1	Justificación.....	11
1.5.2	Importancia.....	12
<b>CAPITULO II .....</b>		<b>13</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
2.1	FUNDAMENTO LEGAL .....	13
2.1.1	Constitución de la República del Ecuador.....	13
2.1.2	Ley Orgánica de la salud .....	13
2.1.3	Código orgánico integral penal COIP.....	14
2.1.4	Plan Nacional de Desarrollo .....	14
2.1.5	Reglamento General a la Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad.....	15
2.2	FUNDAMENTO TEÓRICO.....	15
2.2.1	Calidad.....	15
2.2.2	Calidad en países vecinos .....	18
2.2.3	Definición de calidad en la atención médica .....	21
2.2.4	Elementos de la calidad en la atención médica.....	24
2.2.5	Seguridad del Paciente.....	27

2.2.6	Acreditación.....	29
2.2.7	Estándares para los Servicios Médicos.....	33
2.2.8	Procesos.....	36
2.2.9	Indicadores .....	36
2.2.10	Auditoria Médica.....	39
2.2.11	Historia Clínica.....	41
2.3	MARCO CONCEPTUAL .....	43
 <b>CAPITULO III.....</b>		<b>46</b>
<b>3</b>	<b>APLICACIÓN.....</b>	<b>46</b>
3.1	DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA.....	46
3.1.1	MÉTODO E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.1.1.1	Método de investigación.....	46
3.1.1.2	Instrumentos de investigación .....	47
3.1.1.3	Observación Directa. ....	47
3.1.1.4	Entrevista no estructurada. ....	47
3.1.1.5	Evaluación de Historias clínicas.....	48
3.1.2	Población y Muestra .....	52
3.1.2.1	Población .....	52
3.1.2.2	Muestra .....	52
3.2	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
3.2.1	Evaluación de Historias Clínicas.....	55
3.2.1.1	Consentimiento Informado .....	55
3.2.1.2	Protocolos Internos .....	56
3.2.1.3	Epicrisis. ....	57
3.2.1.4	Firmas de Responsabilidad.....	58

3.2.1.5	Formulario de Administración de la Medicación .....	59
3.2.1.6	Formulario de Anamnesis y Examen Físico .....	60
3.2.1.7	Formulario de Signos Vitales .....	61
3.2.1.8	Legibilidad de las Historias Clínicas .....	62
3.2.1.9	Número de Cédula. ....	63
3.2.1.10	Número de Historia Clínica Visible .....	64
3.2.1.11	Registro de los Formularios de Transferencias .....	65
3.2.1.12	Registro de Interconsultas .....	66
3.2.1.13	Historia Clínica Completa y Actualizada .....	67
3.2.2	Evaluación de Estándares Internacionales ACI .....	68
3.2.3	Observación del Servicio de Medicina Interna.....	96
3.3	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	118
3.3.1	ANALISIS DE LA EVALUACION A HISTORIAS CLINICAS .....	118
3.3.2	ANALISIS DE ESTANDARES INTERNACIONALES.....	120
3.4	conclusiones y recomendaciones.....	122
3.4.1	Conclusiones.....	122
3.4.2	Recomendaciones .....	123
<b>CAPÍTULO IV .....</b>		<b>124</b>
<b>4</b>	<b>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL .....</b>	<b>124</b>
4.1	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ACTUAL.....	124
4.1.1	Misión.....	124
4.1.2	Visión .....	124
4.1.3	Valores Institucionales .....	125
4.1.4	Organigrama .....	126
4.1.5	Características del Servicio .....	126

4.1.6	Hospitalización .....	127
4.1.7	Consulta externa .....	127
4.1.8	Talento humano .....	128
4.1.9	Análisis FODA .....	128
4.1.10	Datos Estadísticos del Servicio de Medicina Interna .....	133
<b>CAPITULO V.....</b>		<b>134</b>
<b>5</b>	<b>PROPUESTA .....</b>	<b>134</b>
5.1	PLAN DE MEJORA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	134
5.2	CONFORMACIÓN DEL COMITÉ.....	134
5.3	OBJETIVO Y FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD.....	135
5.3.1	Objetivo .....	135
5.3.2	Objetivos Específicos .....	135
5.3.3	Funciones.....	136
5.4	ACTIVIDADES A DESARROLLAR .....	136
5.5	CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 2015 – 2016.....	140
5.6	DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN.....	141
5.7	CRONOGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 2015 a 2016 .....	142
5.8	METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS.....	143
<b>CAPÍTULO VI.....</b>		<b>146</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>146</b>
6.1	CONCLUSIONES.....	146
6.2	RECOMENDACIONES .....	147

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>148</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>152</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de Ubicación Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” .....	2
Figura 2. Estructura organizacional Hospitales MSP .....	5
Figura 3. Procesos agregadores de valor del Hospital Eugenio Espejo .....	5
Figura 4 Total de atenciones en el año 2014 y 2015 en el Hospital Eugenio Espejo.....	8
Figura 5 Datos sobre hospitalización, cirugías realizadas y procedimientos de imagen realizados en el Hospital Eugenio Espejo. ....	9
Figura 6. Cobertura de atención del Hospital Eugenio Espejo .....	9
Figura 7 Porcentaje de formularios de Consentimiento Informado firmados.....	55
Figura 8.Porcentaje de Cumplimiento de Protocolos Internos.....	56
Figura 9. Porcentaje de existencia del formulario de Epicrisis.....	57
Figura 10. Porcentaje de firmas de responsabilidad en las historias clínicas. ....	58
Figura 11 Porcentaje de existencia del formulario de Administración de la medicación. ....	59
Figura 12. Porcentaje de existencia del formulario de Anamnesis y Examen Físico.....	60
Figura 13. Porcentaje de existencia del formulario de signos vitales. ....	61
Figura 14 Porcentaje de cumplimiento de legibilidad.....	62
Figura 15. Porcentaje de cumplimiento de número de cédula visible.....	63
Figura 16. Número de Historia Clínica visible en las carpetas.....	64
Figura 17. Porcentaje de existencia de formulario de transferencias.....	65
Figura 18. Porcentaje de existencia de formulario de interconsultas.....	66
Figura 19 porcentaje de Historias Clínicas Completas y actualizadas.....	67
Figura 20. Rótulo de recomendaciones generales.....	98
Figura 21. Rótulo de rutas de evacuación. ....	98
Figura 22. Coche de paro y electrocardiógrafo del servicio. ....	99
Figura 23. Rotulo y almacenamiento de la medición en el servicio de medicina interna .....	100
Figura 24. Área para el depósito de muestras y desechos hematológicos. ....	102

Figura 25. Bitácora de toma , transporte y recepción de muestras de laboratorio .....	102
Figura 26. Sala de terapia biológica.....	103
Figura 27. Área de depósito intermedio de los desechos.....	105
Figura 28. Rótulo para el área de depósito intermedio de los desechos .....	105
Figura 29. Área de lavachatas .....	106
Figura 30. Sala de pacientes.....	107
Figura 31. Baño perteneciente a la sala.....	107
Figura 32. Puerta y dispensador de gel de la sala 1 .....	108
Figura 33. Toma para oxígeno .....	109
Figura 34. Rotulo de aislamiento por aire.....	110
Figura 35. Rotulo de aislamiento por aire.....	110
Figura 36. Sala de reuniones .....	111
Figura 37. Area Administrativa del Servicio de medicina interna.....	111
Figura 38. Brazaletes de identificación de pacientes .....	112
Figura 39. Pasillo del servicio de Medicina Interna.....	113
Figura 40. Mesas obstaculizando la entrada .....	114
Figura 41. Personal de limpieza.....	114
Figura 42. Perfil de morbilidad del Servicio de Medicina Interna del Hospital .....	131

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valores institucionales del Hospital Eugenio Espejo .....	4
Tabla 2. Estructura Organizacional por procesos del Hospital Eugenio Espejo.....	6
Tabla 3. Cartera de servicios del Hospital Eugenio Espejo 2015. ....	7
Tabla 4. Talento humano Hospital Eugenio Espejo.....	7
Tabla 5. Principales indicadores de la salud .....	8
Tabla 6 Estándar N.1 .....	68
Tabla 7 Estándar N. 2.....	70
Tabla 8 Estándar N.3.....	72
Tabla 9 Estándar N.4.....	74
Tabla 10 Estándar N.5.....	76
Tabla 11 Estándar N.6.....	78
Tabla 12 Estándar N.7.....	80
Tabla 13 Estándar N. 8.....	82
Tabla 14 Estándar N.9.....	84
Tabla 15 Estándar N.10.....	86
Tabla 16. Estándar N.11 .....	88
Tabla 17 Estándar N.12.....	90
Tabla 18. Estándar N.13.....	91
Tabla 19. Estándar N.14.....	93
Tabla 20 Estándar N.15.....	95
Tabla 21 Porcentajes de Cumplimiento de criterios evaluados en Historias Clínicas.....	118
Tabla 22 Porcentaje de cumplimiento de los estándares según las dimensiones de la calidad.....	120
Tabla 23 Porcentaje de cumplimiento según el nivel de acreditación .....	121
Tabla 24 Valores del servicio de Medicina Interna .....	125
Tabla 25 Indicadores Hospitalarios del servicio de Medicina Interna .....	127
Tabla 26 Diez primeras causas de morbilidad en el servicio de Medicina Interna. ....	133

Tabla 27 cronograma de Capacitaciones para el servicio de Medicina Interna..... 140

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1 Entrevistas y consentimiento informado realizadas al personal y usuarios en el servicio de medicina interna.....	152
Anexo 2 Formato de recolección de datos de historias Clínicas.....	155
Anexo 3 Protocolo Interno para cetoacidosis Diabética. ....	156
Anexo 4 Lista de protocolos existentes en el servicio de medicina interna.....	162
Anexo 5 . Base de datos de medicina interna. ....	163

## **RESUMEN**

El objetivo del presente trabajo de investigación consistió en realizar un análisis de la calidad y seguridad de la atención médica en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito-Ecuador en el servicio de Medicina Interna, a través de un proceso de comparación entre la realidad evidenciada en el servicio objeto de estudio y estándares de calidad nacionales e internacionales de estructura, proceso y resultados, para el efecto de utilizaron tres instrumentos metodológico como son la observación directa, la evaluación a historias clínicas y la entrevista no estructurada a usuarios internos y externos. Para evaluación de calidad en el presente proyecto de investigación se tomaron como base los estándares establecidos por la Accreditation Canada International (ACI) para evaluar proceso, y los estándares de la OPS y la normativa peruana para evaluar estructura y resultados. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal durante los meses de enero a junio de 2015, encontrando que al realizar una comparación con los estándares de la Accreditation Canada International el servicio acredita en nivel Oro, sin embargo, al evaluar mediante otros estándares propuestos por organizaciones internacionales prestigiosas el servicio no cumple con criterios específicos en los referente a estructura y resultados. Con este antecedente se propuso un plan de mejora que pretende contribuir al fortalecimiento de una cultura de calidad dentro del servicio mediante el cumplimiento de estándares de calidad y la óptima distribución de los recursos asignados para satisfacer las expectativas de los usuarios que acuden al servicio de Medicina Interna.

### **PALABRAS CLAVE:**

- **CALIDAD**
- **ACREDITACIÓN**
- **SEGURIDAD**
- **ESTÁNDARES**
- **EVALUACIÓN**

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to conduct an analysis of the quality and safety of care in the Specialty Hospital Eugenio Espejo of Quito-Ecuador in Internal Medicine, through a process of comparison reality evidenced in the service under study and standards of national and international quality of structure, process and results for the effect used three methodological tools: direct observation, evaluation and medical records unstructured interview and internal users external. For quality assessment in this research project they were based standards set by the Accreditation Canada International (ACI) to evaluate process, and the standards of PAHO and the Peruvian legislation to evaluate structure and results. An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted during the months of January to June 2015, found that when making a comparison with the standards of Accreditation Canada International service credited to Gold level, however, to be evaluated by other standards proposed by prestigious international organizations the service does not meet the specific criteria concerning structure and results. With this background an improvement plan that aims to help strengthen a culture of quality within the service by meeting quality standards and optimal distribution of resources allocated to meet the expectations of users who come to the proposed Internal Medicine.

### **KEYWORDS:**

- **QUALITY**
- **ACCREDITATION**
- **SAFETY**
- **STANDARDS**
- **EVALUATION**

## **CAPITULO I**

### **1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 TÍTULO DEL PROYECTO DE GRADO**

“EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO”

#### **1.2 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO**

El Hospital Eugenio Espejo es un hospital de tercer nivel el cual se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, en el cantón Quito específicamente entre las calles Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi.

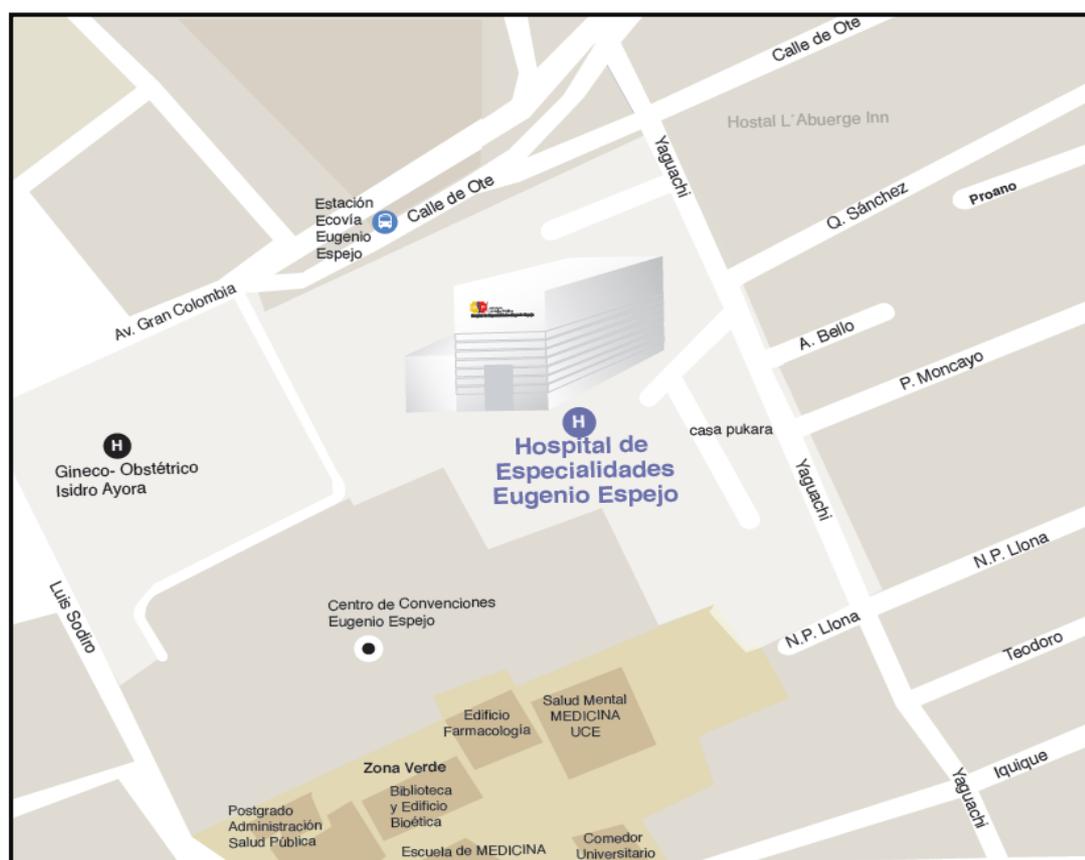
Los datos históricos obtenidos de la planificación estratégica del Hospital año 2013 indican que la construcción de Hospital Eugenio Espejo se inició el 23 de mayo de 1901 y culminó en el año 1933. El 28 de Junio de 1931 la Junta Central de Asistencia Pública de Quito acuerda que: el nuevo hospital civil que la Junta ha construido llevará el nombre de Eugenio Espejo en homenaje al ilustre prócer de la independencia Dr. Francisco Eugenio de Santa Cruz y Espejo.

Durante la presidencia del Dr. Juan de Dios Martínez Mera el 24 de mayo de 1933 se inauguró el Hospital Eugenio Espejo. En el año 1979 se conforma un gran frente, cuyo propósito era construir un nuevo Hospital, hasta que en el mes de mayo de 1982 y con la presidencia del Sr. Dr. Jaime Roldós Aguilera se coloca la primera piedra del nuevo edificio.

Después de muchos años de construcción se abren las puertas de atención al público en sus nuevas áreas de consulta externa y emergencia en el mes de mayo de

1992, para que en el año 1994 se traslada por completo la atención al edificio nuevo brindando hasta la actualidad una atención continua, las 24 horas del día, los 365 días del año. Al ser el Hospital Eugenio Espejo un hospital de tercer nivel de referencia nacional no tiene un área de influencia local.

En relación al perfil socio- económico de los usuarios que acuden al Hospital, en un estudio realizado por la Gestión de Trabajo Social a 26.026 pacientes atendidos en los últimos tres meses del 2007. Con el cual se puede concluir que los usuarios que acuden al Hospital Eugenio Espejo pertenecen en su gran mayoría a la clase económica baja y media baja en un 79%, no cuentan con los recursos necesarios para adquirir la canasta básica que al momento es de 469,57 dólares. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)



**Figura 1. Mapa de Ubicación Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo"**  
**Fuente: planificación estratégica HEE, 2014.**

### **1.2.1 Generalidades**

El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo emprendió un plan de reorganización de sus servicios con el fin de mejorar la atención de alta complejidad, en beneficio de la ciudadanía. Para ello se encuentra al momento en un proceso de repotenciación, en el cual en 2014 se invirtió \$13'927.031 y en 2015 se tiene previsto invertir \$9.033.771,36. Esta repotenciación, así como la reorganización de los servicios han implicado no solo la adquisición de equipos de alta tecnología, sino también la movilización de pacientes, la contratación de personal, la remodelación de áreas críticas y otras acciones para mejorar la atención y minimizar las molestias a los usuarios . (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014)

En el nuevo orden social que se ha llevado a cabo dentro de los últimos años, el nuevo horizonte en el país ha sido colocado en la doctrina del “Buen Vivir”, en el que la salud eje fundamental del desarrollo se coloca como pilar fundamental. Los Hospitales de la red pública cuentan con servicios de especialidades clínico-quirúrgicas, emergencia, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, neonatología, servicios de apoyo diagnóstico, imagenología, broncoscopia, colposcopia, colonoscopia, entre otros.

### **1.2.2 Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (Hospital Eugenio Espejo, 2014)

### **1.2.3 Visión**

Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo

principios fundamentales de la salud pública y bioética utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (Hospital Eugenio Espejo, 2014).

#### 1.2.4 Valores del Hospital

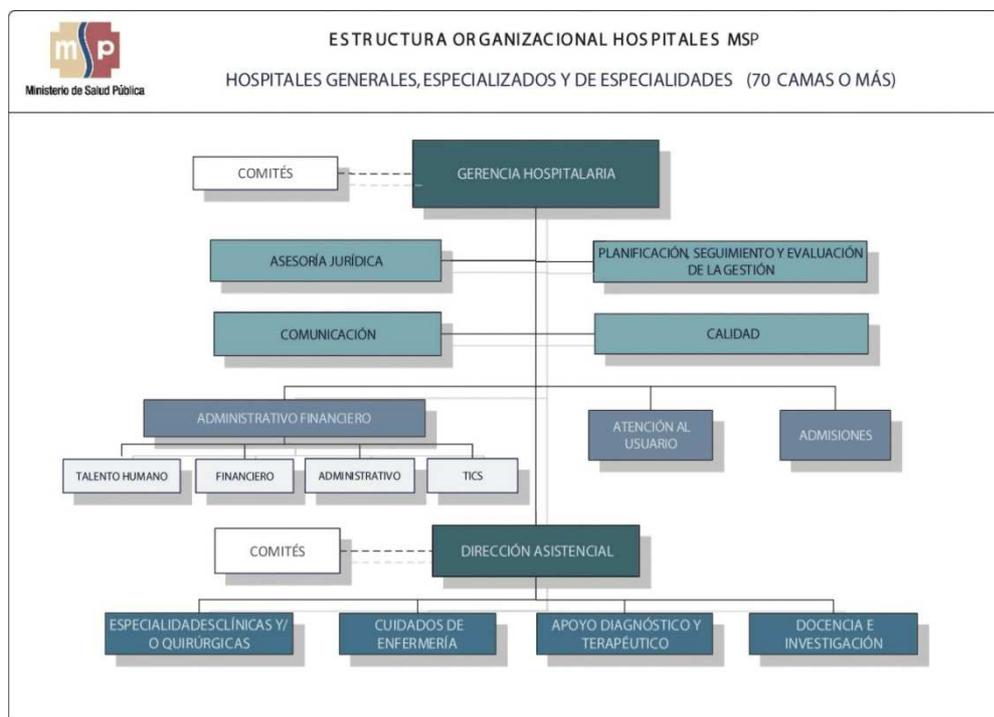
Los valores que identifican al Hospital Eugenio Espejo son:

**Tabla 1.**  
**Valores institucionales del Hospital Eugenio Espejo**

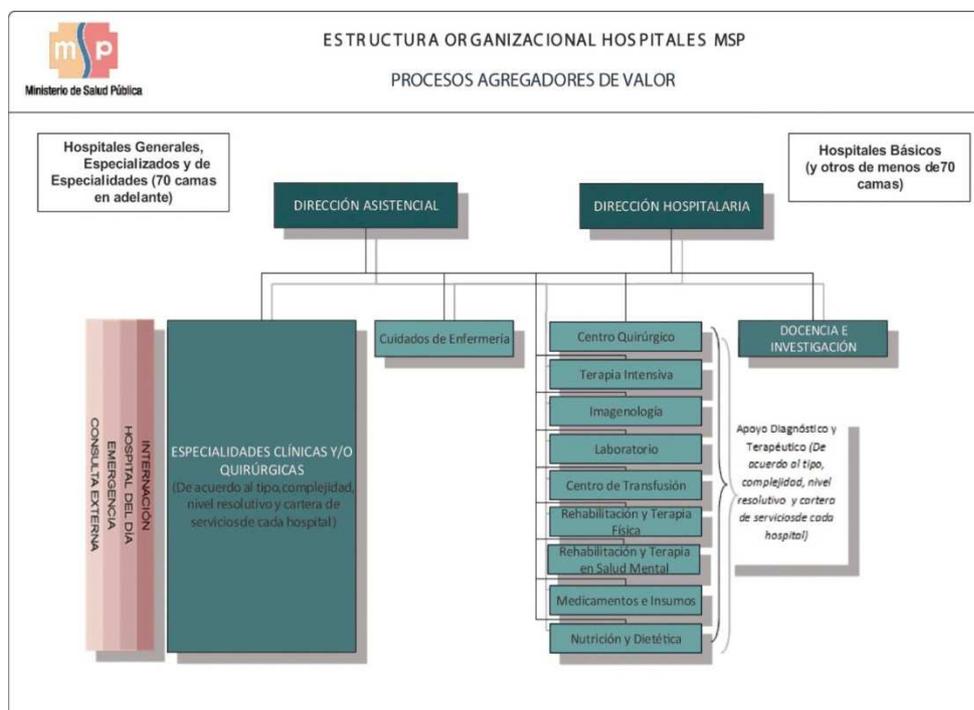
Respeto	Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio.
Atención Orientada al paciente, vocación del servicio.	Las actuaciones se organizan y personalizan en torno a las necesidades específicas de cada paciente.
Innovación	Con la implementación de nueva tecnología promover y apoyar la creatividad y el desarrollo de ideas innovadoras.
Mejora Continua	Se compromete con la mejora continua en la calidad y la seguridad asistencial.
Trabajo en equipo	Promueve la colaboración entre los profesionales y la coordinación con otros niveles asistenciales.
Compromiso social	Se guía por los valores éticos de equidad, participación, y dignidad del paciente y de los ciudadanos, desarrollando actuaciones de valor para la sociedad y para el medio ambiente.

**Fuente: Anuario Hospital Eugenio Espejo 2015.**

## 1.2.5 Estructura organizacional



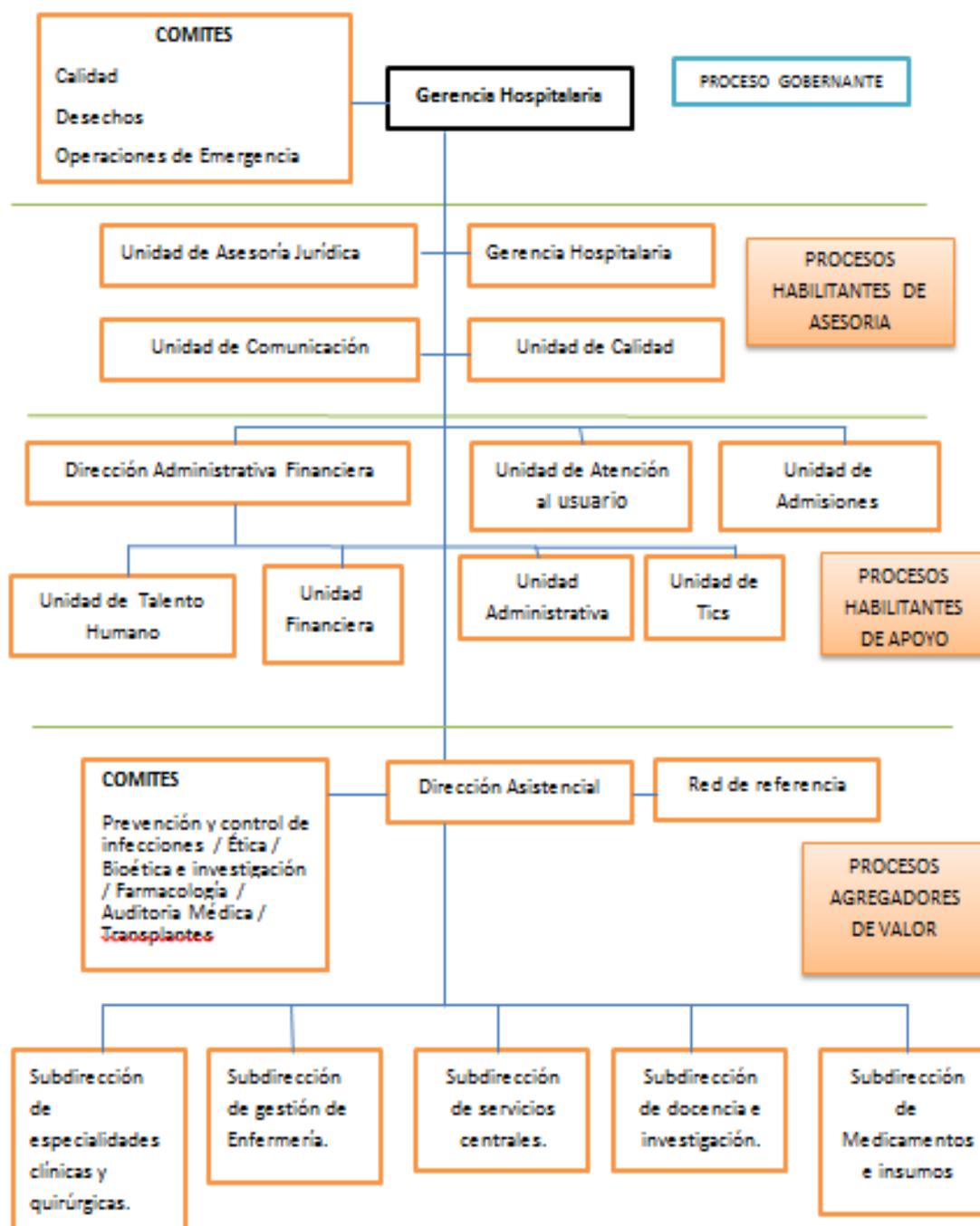
**Figura 2. Estructura organizacional Hospitales MSP**  
Fuente: Planificación estratégica Eugenio Espejo 2014



**Figura 3. Procesos agregadores de valor del Hospital Eugenio Espejo**  
Fuente: Planificación estratégica Eugenio Espejo 2014

Tabla 2.  
Estructura Organizacional por procesos del Hospital Eugenio Espejo

Estructura Organizacional Por Procesos



Fuente: Anuario HEE 2015

### 1.2.6 Cartera de servicios

**Tabla 3.**  
**Cartera de servicios del Hospital Eugenio Espejo 2015.**

<b>Cartera de Servicios</b>		
<b>Especialidades Clínicas</b>	<b>Especialidades Quirúrgicas</b>	<b>Servicios Centrales</b>
Alergología	Cirugía Cardíaca	UCI
Gastroenterología	Cirugía Vasculat	Emergencia
Cardiología	Cirugía Torácica	Laboratorio
Endocrinología	Cirugía General	Patología
Geriatría	Cirugía Maxilofacial	Rehabilitación
Hematología	Cirugía Ortopédica y Traumatología	Psicología
Medicina Interna	Coloproctología	Banco de sangre
Nefrología	Oftalmología	Nutrición
Neumología	Urología	
Neurología	Cirugía Plástica y Quemados	
Psiquiatría	Neurocirugía	
Reumatología	Oncología	
Dermatología	Otorrinolaringología	
Odontología	Ginecología	

Fuente: Anuario HEE 2015

### 1.2.7 Talento humano

**Tabla 4.**  
**Talento humano Hospital Eugenio Espejo**

<b>Talento Humano</b>	
<b>Médicos</b>	375
<b>Enfermeras</b>	766
<b>Químicos</b>	21
<b>Tecnólogos</b>	138
<b>Odontólogos</b>	10
<b>Psicólogos</b>	6
<b>Paramédicos</b>	12
<b>Administrativos</b>	310
<b>Servicios Generales</b>	476
<b>Total de Recurso Humano</b>	2114

Fuente: Anuario HEE 2015

## 1.2.8 Indicadores de la salud 2014 - 2015

Tabla 5.  
Principales indicadores de la salud

### PRINCIPALES INDICADORES DE LA SALUD

	AÑO 2014	ABRIL DEL 2015
- PACIENTES HOSPITALIZADOS	13,871	4,538
- PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA	288,881	93,147
- PACIENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA	34,294	8,330
- CIRUGIAS REALIZADAS	13,090	3,374
- NUMERO PAPIENTES ATENDIDOS DE IMAGEN REALIZADOS	148,556	48,648

Fuente: Anuario HEE 2015

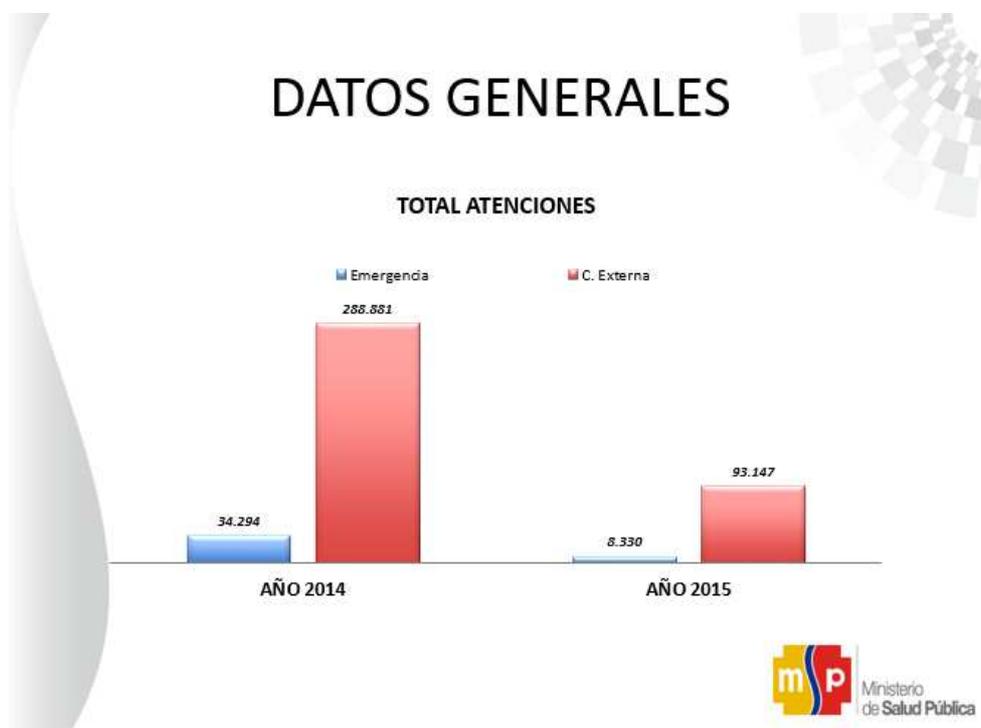


Figura 4 Total de atenciones en el año 2014 y 2015 en el Hospital Eugenio Espejo.  
Fuente: Anuario HEE 2015

# DATOS GENERALES



Figura 5 Datos sobre hospitalización, cirugías realizadas y procedimientos de imagen realizados en el Hospital Eugenio Espejo.  
Fuente: Anuario HEE 2015

## 1.2.9 Zona de afluencia



Figura 6. Cobertura de atención del Hospital Eugenio Espejo  
Fuente: Anuario HEE 2015

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1 Antecedentes del problema.**

Uno de los problemas de mayor relevancia identificado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo constituye el desconocimiento de la realidad de la calidad que se vivencia en mencionado servicio y su contraste con estándares establecidos, esto se traduce en una incertidumbre sobre la calidad de la atención médica y las consecuencias legales que esto acarrea.

El desconocimiento de la existencia de un sistema de evaluación que permita conocer la aplicación y cumplimiento de estándares debe ser considerado como un factor determinante que afecta la calidad de la atención médica, retrasando de este modo el proceso de acreditación del establecimiento de Salud que es parte de la presente investigación.

#### **1.3.2 Formulación del Problema**

¿El desconocimiento de la realidad de la calidad de la atención médica que se brinda en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo relacionado con la aplicación de estándares nacionales e internacionales podría ser el desencadenante de serios inconvenientes para la salud de las personas, la imagen y estabilidad de la Institución?

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **1.4.1 Objetivo General**

Evaluar la calidad y seguridad en la atención médica brindada a pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo para apoyar el proceso de mejoramiento continuo.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Realizar Investigación e indagación sobre información y datos específicos relacionados con la calidad de atención brindada en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.
- Realizar el Diagnóstico situacional del servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo para fortalecer su gestión.
- Proponer a las autoridades del HEE un plan de mejora para garantizar la calidad y seguridad de la atención a pacientes en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo en base al cumplimiento de estándares internacionales.

## **1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

### **1.5.1 Justificación**

Una vez que el país decidió entrar en el proceso de acreditación de los servicios de salud hospitalarios, ha incrementado el interés y los esfuerzos dirigidos para alcanzar la calidad llevando al mejoramiento de las condiciones de atención en los hospitales públicos del país y en este caso en particular del servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.

De lo que se conoce hasta el momento se ha realizado evaluaciones en base a estándares de calidad propuestos por la Accreditation Canada International en algunos hospitales del ministerio de salud pública, sin embargo existen otros estándares con igual credibilidad que los antes mencionados que no han sido tomados en consideración para las acreditaciones, siendo este un aporte que el presente trabajo de investigación pretende de manera muy sencilla contribuir con la mejora de la calidad en los servicios de salud y con la investigación ya que este tipo de investigaciones aún son escasas en el país.

### **1.5.2 Importancia**

El conocimiento de la realidad actual del servicio de Medicina Interna servirá de insumo para que el esfuerzo que ha realizado el Hospital Eugenio Espejo por conseguir la acreditación en calidad, sea alcanzado de forma exitosa. De esta manera mediante el presente trabajo de investigación se pretende realizar la evaluación del servicio con respecto a los estándares nacionales e internacionales propuestos y de esta manera apoyar el esfuerzo que ha venido realizando el Hospital Eugenio Espejo.

## **CAPITULO II**

### **2 MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 FUNDAMENTO LEGAL**

##### **2.1.1 Constitución de la República del Ecuador.**

“Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.” (conasep.org, 2008)

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (Asamblea General Nacional del Ecuador, 2008)

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (Asamblea General Nacional del Ecuador, 2008)

##### **2.1.2 Ley Orgánica de la salud**

“Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados

paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.” (El Congreso Nacional del Ecuador, 2006)

### **2.1.3 Código orgánico integral penal COIP**

“Artículo 146.- Homicidio culposo por mala práctica profesional.- La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.” (Asamblea General Nacional del Ecuador, 2008).

“El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley. Será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas”.

Para la determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado deberá concurrir lo siguiente: La mera producción del resultado no configura infracción al deber objetivo de cuidado. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o lexartis aplicables a la profesión. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y evitabilidad del hecho.” (Asamblea General Nacional del Ecuador, 2008)

### **2.1.4 Plan Nacional de Desarrollo**

**Objetivo 3:** “Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.” (Semplades, 2014)

### **2.1.5 Reglamento General a la Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad**

“Que, en el Suplemento del Registro Oficial No. 26 del 22 de febrero del 2007, se publicó la Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad, que tiene como objetivo establecer el marco jurídico del sistema ecuatoriano de la calidad, destinado a: I) regular los principios, políticas y entidades relacionados con las actividades vinculadas con la evaluación de la conformidad, que facilite el cumplimiento de los compromisos internacionales en esta materia; II) garantizar el cumplimiento de los derechos ciudadanos relacionados con la seguridad, la protección de la vida y la salud humana, animal y vegetal, la preservación del medio ambiente, la protección del consumidor contra prácticas engañosas y la corrección y sanción de estas prácticas; y, III) Promover e incentivar la cultura de la calidad y el mejoramiento de la competitividad en la sociedad ecuatoriana. ” (Presidencia de la República del Ecuador, 2011)

## **2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **2.2.1 Calidad**

Debido al proceso de globalización a nivel industrial ha surgido la necesidad de crear herramientas que permitan desempeñar las actividades diarias con altos niveles de eficiencia, es con este afán que surge el concepto de calidad con la finalidad de adaptarse a las exigencias de los clientes brindando excelencia en la atención. Teniendo en cuenta la importancia de esta herramienta es necesario conocer las percepciones de los creadores de este concepto. (Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, 2009)

Es importante destacar que dentro de la administración de la calidad, quien ha tenido una gran influencia ha sido el Dr. Edwards Deming (1900-1993) quien impartió cursos de control de calidad durante la Segunda Guerra Mundial, siendo los directivos japoneses quienes adoptaron estas ideas, fue tan importante la influencia de las teorías de Deming que se estableció el premio Deming Application Prize en

1951, el cual reconoce a las empresas que presentan un alto grado de prácticas de calidad. (Lindsay, 2005).

Para Deming (1989) la calidad es “un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado”. El autor indica que el principal objetivo de la empresa debe ser permanecer en el mercado, proteger la inversión, ganar dividendos y asegurar los empleos. Para alcanzar este objetivo el camino a seguir es la calidad. La manera de conseguir una mayor calidad es mejorando el producto que se oferta y la adecuación del servicio a las especificaciones para reducir la variabilidad en el diseño de los procesos productivos. (Lindsay, 2005)

Esto de acuerdo a Malagon (2006) está ocasionado por el modelo de globalización que actualmente rige la economía mundial, siendo el resultado de planeación estratégica, ingeniería de procesos y mejoramiento continuo de progresivo. (p. 2) El concepto moderno de Calidad de acuerdo a Malagon (2006) se debe a autores como Juran, Ishikawa, Crosby y Deming, los cuales involucran conceptos de productividad y competitividad. (p.3)

Juran, otro pionero de la concepción que actualmente tenemos, durante su labor en Japón trabajó en la determinación de la importancia que tiene la gerencia dentro de una empresa, implantando un modelo que hasta la actualidad ha sido adoptado en varios países del mundo. (Rodríguez & Rodríguez, 2009)

Feigenbaum fue el creador del concepto de gestión de calidad, aplicando este concepto en todas las sucursales de la empresa internacional General Electric, este autor junto con Juran, Deming e Ishikawa son los responsables de la expansión económica que hemos presenciado en Japón. (Rodríguez & Rodríguez, 2009)

Durante la década de los sesenta aparece el autor del concepto de “cero defectos” afirmando que no existen motivos por los que una empresa que produzca bienes o brinde servicios cometa errores, así mismo refiere que existen dos razones por las que existen defectos: la falta de conocimiento y la falta de atención, para llegar a la

meta de “cero defectos” se plantea un programa de 14 pasos que busca mejorar las relaciones laborales entre empleados y empleadores. (Giugni, 2009) (Alvarado & Rivas, 2006)

- Paso 1: Compromiso de la dirección: La alta dirección debe definir y comprometerse en una política de mejora de la calidad.
- Paso 2: Equipos de mejora de la calidad: Se formarán equipos de mejora mediante los representantes de cada departamento.
- Paso 3: Medidas de la calidad: Se deben reunir datos y estadísticas para analizar las tendencias y los problemas en el funcionamiento de la organización.
- Paso 4: El costo de la calidad: Es el coste de hacer las cosas mal y de no hacerlo bien a la primera.
- Paso 5: Tener conciencia de la calidad: Se adiestrará a toda la organización enseñando el coste de la no calidad con el objetivo de evitarlo.
- Paso 6: Acción correctiva: Se emprenderán medidas correctoras sobre posibles desviaciones.
- Paso 7: Planificación cero defectos: Se definirá un programa de actuación con el objetivo de prevenir errores en lo sucesivo.
- Paso 8: Capacitación del supervisor: La dirección recibirá preparación sobre cómo elaborar y ejecutar el programa de mejora.
- Paso 9: Día de cero defectos: Se considera la fecha en que la organización experimenta un cambio real en su funcionamiento.
- Paso 10: Establecer las metas: Se fijan los objetivos para reducir errores.
- Paso 11: Eliminación de la causa error: Se elimina lo que impida el cumplimiento del programa de actuación error cero.
- Paso 12: Reconocimiento: Se determinarán recompensas para aquellos que cumplan las metas establecidas.
- Paso 13: Consejos de calidad: Se pretende unir a todos los trabajadores mediante la comunicación.

- Paso 14: Empezar de nuevo: La mejora de la calidad es un ciclo continuo que no termina nunca. (Alvarado & Rivas, 2006)

Para finales de la década de los setenta aparece el concepto de “proceso de la calidad total” caracterizada por lograr un esfuerzo en conseguir calidad en todos los aspectos sin enfocarse únicamente en actividades de tipo industrial, es decir a partir de esta década las empresas de servicios empezaron a aplicar este concepto. (Rodríguez & Rodríguez, 2009)

Desde la década de los noventa hasta la actualidad el concepto que surgió en los setentas evolucionó hacia el mejoramiento continuo de la calidad total, en el que se involucra al capital humano mediante el desarrollo de trabajo en equipo y la solución de problemas. (Rodríguez & Rodríguez, 2009)

Del mismo modo, de acuerdo a la American Society for Quality Control (TQM) se define a la calidad como “la totalidad de los rasgos y características de un producto o un servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas”. El modelo de calidad de TQM se focaliza en las necesidades del cliente y en la mejora continua de los procesos. (Gómez, 2004)

### **2.2.2 Calidad en países vecinos**

Como se mencionó anteriormente, el concepto de calidad: es una herramienta de gestión empresarial que ha venido desarrollándose con éxito desde la segunda mitad del siglo pasado. Es por esto que es importante realizar un abordaje al manejo de este concepto a nivel de Latinoamérica, evidenciando que la mayoría de los cambios evidenciados se han desarrollado a partir de negociaciones políticas con la finalidad de mejorar la salud colectiva.

Es con este antecedente que se realizará una reseña de los modelos de calidad en países vecinos:

Colombia: Creó en el año de 1990 la Ley 10, en la cual se declara a los servicios de salud como fundamentales y obligatorios, el mismo que puede ser prestado por el Estado o por prestadores de salud privados, para lo que se requiere el establecimiento de un sistema de normas de calidad y mecanismos que controlen y vigilen su cumplimiento. (Congreso de Colombia, 1990)

El modelo de calidad colombiano plantea un enfoque de “buscar los mejores” en cada actividad del proceso de atención médica, para que compartan sus experiencias y estas sean llevadas a toda la población. Con esto se busca lograr que en cada atención que brinda el sistema de salud se asegure el cumplimiento de parámetros de seguridad, efectividad, oportunidad y equidad necesarias. (Ministerio de Salud de Colombia, 2015)

El sistema de calidad colombiano presenta gran cantidad de normativas bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), instituido mediante Decreto N° 2174 en el año de 1996 buscando las garantías mínimas indispensables requeridas para brindar atención médica cumpliendo con el precepto de Hipócrates: “Primum non nocere”. (Delgado, 2010)

Mencionado sistema de calidad surge como un esfuerzo mancomunado del Ministerio de Protección Social y el Consorcio conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED. (Botero, 2005)

De acuerdo al Ministerio de Protección social el objetivo de este proyecto de implementación de calidad es:

“Desarrollar y fortalecer el Sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestadores, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta

satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector”. (Botero, 2005)

Este sistema de calidad colombiano cuenta con cinco componentes que deben actuar en forma mancomunada: 1. Sistema único de habilitación que garantice el cumplimiento de requisitos mínimos necesarios para reducir riesgos de la prestación de servicios de salud, 2. Sistema único de acreditación tanto de los establecimientos de prestación como de promoción de salud basados en un conjunto de estándares de proceso, 3. Auditoría que permita el mejoramiento de calidad de los procesos de atención médica, 4. Sistema de información que faculte a los usuarios a tomar decisiones basadas en calidad y 5. Incentivos que estimulen el mejoramiento de calidad en los servicios de salud.

Perú: Con el fin de lograr el aseguramiento de la calidad Perú creó en el año 2009 la Política Nacional de Calidad en Salud para mejorar la atención en salud, mencionado proceso se ha venido realizando en el país desde hace 1 década, destacando que este modelo surge básicamente debido a la expansión de la cobertura en salud, al incremento de la atención materno-infantil y de las enfermedades transmisibles, estableciéndose en la política de salud que la calidad es un derecho ciudadano. (Ministerio de Salud de Perú, 2009)

En los Lineamientos de la Política Nacional de Salud se recoge la preocupación por conseguir un mejoramiento paulatino a los servicios de salud, mediante la ampliación de la oferta, el aseguramiento de la calidad y la organización de los servicios de acuerdo a las necesidades poblacionales pero pese a esto y, de acuerdo a estudios de autoevaluación la población percibe un bajo nivel de calidad pudiendo explicar este fenómeno a la insuficiente voluntad política por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional para conseguir resultados favorables. (Ministerio de Salud de Perú, 2009)

Existe un gran número de políticas públicas que se orientan hacia un servicio basado en gestión de calidad, sin embargo, se detallarán las que de acuerdo a la autora son las más trascendentales. (Ministerio de Salud de Perú, 2009)

- Provisión de servicios médicos oportunos, equitativos y accesibles
- Aseguramiento de la calidad con enfoque intercultural y de género
- Búsqueda de satisfacción del usuario
- Mayor acceso a los mecanismos de atención al usuario
- Cultura de calidad
- Trabajo en equipo
- Círculos de calidad
- Calidad como política de estado

(Ministerio de Salud de Perú, 2009)

### **2.2.3 Definición de calidad en la atención médica**

En lo que respecta a la atención médica, la calidad históricamente se ha relacionado con la recuperación, restauración de la salud y supervivencia. Usando este criterio se ha logrado conseguir muchos avances, sin embargo, según Donabedian se puede realizar una conceptualización de la calidad en la atención médica, la misma que puede ir desde definiciones muy complejas a muy sencillas pudiendo resumirlo como el “tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado”.

Una definición más completa que se puede citar es la dada por el Dr. Freddy Escobar (2014) tutor del presente trabajo de investigación, quien manifiesta que: “Calidad es el mejor servicio que se puede brindar, al costo estrictamente necesario y con el menor riesgo posible”. Según Franck Priece citado por Malagón en su libro “Garantía de salud en calidad” dice que Calidad es el grado de armonía entre la expectativa y la realidad o también la define como dar al cliente lo que desea hoy, a

un precio que le agrada pagar, a un costo que pueda soportar y darle aun algo mejor mañana.

En el año de 1985 la OMS definió que la calidad de la asistencia médica es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención óptima, tomando en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente. (Castro, 2010)

Malagón (2006) menciona que la calidad en salud debe planearse y montarse como un sistema, lo cual implica movilizar esfuerzos del personal de salud, recursos físicos y materiales de la institución, la voluntad firme del gerente y directores con el objetivo de lograr una etapa definitiva que es la del aseguramiento de la calidad. De acuerdo a Malagón (2006), la calidad de los servicios médicos debe estar cuidadosamente controlada, mediante mecanismos claramente definidos y bien reglados, debe ser percibida por el cliente en forma de un producto o servicio satisfactorio el cual debe generar un efecto repetitivo en el cliente todas las veces que este solicite y reciba un servicio médico.

Según Donabedian el aseguramiento de la calidad se debe enfocar en el concepto de calidad de cuidado médico pudiendo definirlo como los juicios de valor emitidos en lo que respecta a una variedad de aspectos, cualidades y diferentes dimensiones del proceso que se denomina atención médica los cuales pueden ser sujetos a evaluación. El problema de su evaluación radica en determinar sus componentes y establecer una unidad de medida para los mismos, desarrollar un sensor que los mida y fijar unos valores estándar que permitan emitir juicios, una vez comparados con ellos, esto en lo que respecta al acto médico. Con el fin de poder evaluar la calidad en la asistencia sanitaria Donabedian ha propuesto tres elementos de la asistencia sanitaria: los aspectos técnico científicos, los interpersonales y el entorno (Varo, 1994)

Donabedian (2003) refiere que a la atención técnica se la puede considerar como la aplicación de los conocimientos referentes a la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias afines enfocadas en el manejo de un problema particular de salud.

El otro componente que menciona Donabedian (2003) es la interacción social y económica entre el usuario del servicio de salud y el médico o equipo de salud que está encargado de su atención. La importancia de la interacción de estos dos componentes radica en el hecho de que la medicina no se puede considerar exclusivamente una ciencia ya que la relación interpersonal constituye un factor crucial en el manejo integral de la patología que va a ser tratada.

Se podría también sugerir que la naturaleza de los procedimientos técnico-científicos utilizados y el grado de éxito que tengan los mismos se ven influenciados por la relación interpersonal existente. (Donabedian 2003)

Sin embargo, si limitamos el concepto de calidad de la atención médica a los resultados, corremos el riesgo de cometer errores, esto se justifica debido a que los resultados del tratamiento o procedimiento son importantes, sin embargo, un resultado negativo en particular no debe considerarse necesariamente deficiencia o fracaso en la calidad o viceversa, por ejemplo podríamos estar frente a un caso en el que el paciente sobrevive la atención de salud podría haber sido subóptima.

En el acto médico existen resultados sencillos de medir como la tasa de mortalidad o natalidad de una población, sin embargo, existen otros indicadores de calidad y satisfacción del usuario que podrían ser más complicados de medir como la satisfacción, la reincorporación a la sociedad y el grado de rehabilitación que ha conseguido el usuario luego de la atención médica recibida. (Castro, 2010)

Otra aproximación a la calidad es examinar el proceso de atención médica en sí más que los propios resultados, esto se podría realizar basados en la premisa de que la calidad no busca evaluar los avances tecnológicos en la medicina sino en la

oportunidad del uso de mencionada tecnología. Existe otro enfoque a evaluar, el cual no está relacionado con el acto médico, sino con el entorno en el que se lleva a cabo mencionada atención, los equipos que se utilizan, así como el manejo administrativo, la competencia del personal de talento humano y su organización. La mayor limitación que se presenta es que no se puede establecer de manera precisa la información entre estructura, proceso y resultado. (Donabedian 2003)

De acuerdo a Donabedian (2003) existen 3 formas en las que se puede llegar a mejorar la calidad en la atención médica: la primera consiste en concienciar a los prescriptores implementar tratamientos y medidas que no resulten lesivas ni poco efectivas, este tipo de eficiencia la denomina como “eficiencia clínica” porque depende del conocimiento y habilidades del prescriptor, la segunda es lograr atención más eficiente en los servicios, dentro de este acápite se citan dos ejemplos importantes, por ejemplo que disminuye la eficiencia cuando una enfermera elabora actividades de enfermería o cuando el hospital no se maneja a una capacidad óptima, a este tipo de eficiencia se le denomina “eficiencia productiva” debido a que depende en gran parte del liderazgo de la institución sin desmerecer la opinión de los facultativos prescriptores. Por último el método que menciona para mejorar la eficiencia se denomina “eficiencia distribucional” que significa separar a los paciente de acuerdo a las características comunes que presenten de esta manera es más probable que se beneficien en cuanto a la atención se refiere.

#### **2.2.4 Elementos de la calidad en la atención médica**

Según Héctor Aguirre (2010) quien cita a Donabedian, manifiesta que es importante comprender que la atención médica técnica está constituida por la aplicación de la ciencia y de la tecnología médica con el fin de lograr el mayor beneficio para la salud del usuario, sin que esto signifique aumentar los riesgos inherentes a la práctica profesional de la medicina. Es por esto que el grado de calidad es la medida en el que riesgo-beneficio pueda alcanzar un punto de equilibrio.

## **Optimalidad**

Donabedian (2003) utiliza el término de optimalidad para balancear las mejoras enfrentándolas al costo de las atenciones. Esta definición implica que hay un balance entre costo y beneficio y es de vital sopesar si la práctica clínica o determinado tratamiento justifica el riesgo que corre el paciente al exponerse a mencionado procedimiento, partiendo de la premisa de que todo procedimiento clínico-quirúrgico entraña riesgos.

## **Aceptabilidad**

La aceptabilidad de acuerdo a la definición de Donabedian (2003) se define como la conformidad de los deseos y expectativas de los pacientes y los miembros de su familia. Define este concepto en 5 partes:

1. Accesibilidad
2. Relación médico-paciente
3. Las amenidades del cuidado
4. Preferencias de los pacientes con respecto a riesgos, efectos y costos del tratamiento
5. Lo que los pacientes consideran justo y equitativo

## **Accesibilidad**

Donabedian (2003) define este concepto como la facilidad en que la persona puede obtener atención médica, esto depende de varios recursos como los factores culturales, económicos, étnicos y religiosos, es importante determinar si este concepto es parte del concepto de calidad, o si es únicamente un concepto separado de calidad.

## **Relación médico- paciente**

Donabedian (2003) en su libro manifiesta que la definición médico – paciente es difícil de definir sin embargo describe algunos criterios para poder considerar una relación adecuada entre el prescriptor y el paciente: congruencia entre la expectativa

del cliente y el usuario, máxima autonomía posible del paciente, máxima equidad, confidencialidad y privacidad, entre otros.

Refiere de igual manera que la relación médico – paciente es importante debido a que es el vehículo que conduce a una atención terapéutica adecuada, una buena relación motiva al prescriptor a obrar bien y motiva de igual forma al paciente a cooperar.

### **Las amenidades del cuidado**

Donabedian (2003) refiere como definición a amenidades del cuidado se definen como los factores agradables dentro de los cuales la atención médica es llevada a cabo y dentro de este concepto se puede incluir a la privacidad en la atención en consulta, la comodidad del consultorio médico, la limpieza, el fácil acceso a parqueaderos, todos estos factores permiten que el paciente perciba la atención como placentera. Sin embargo, este concepto y el arriba descrito presentan dificultades al ser subjetivos, ya que no siempre los pacientes y los médicos aspiran al mismo tipo de relación o encuentran placenteras las mismas condiciones, la práctica clínica propiamente también puede ocasionar inconvenientes ya que el paciente puede querer someterse a un tratamiento que resulte innecesario, es por este tipo de divergencias que las amenidades del cuidado y la relación médico – paciente pueden ser difíciles de instaurar y mantener.

### **Preferencias de los pacientes con respecto a riesgos, efectos y costos del tratamiento**

Los pacientes deben acordar con los médicos acerca de la inminente existencia de efectos adversos producidos por la propia práctica clínica, es por esto que Donabedian (2003) sugiere que los prescriptores se tomen el tiempo necesario para explicar a los pacientes los costos, riesgos y efectos de métodos de cuidado alternativo.

Lo que los pacientes consideran justo y equitativo

De acuerdo al análisis de Donabedian (2003) los pacientes tienen opiniones claras respecto a lo que ellos consideran justo y equitativo en lo que respecta al acceso al cuidado médico y eso incluye en su conjunto las preferencias de los pacientes con respecto a riesgos, efectos y costos del tratamiento, las amenidades del tratamiento y la relación médico-paciente.

### **2.2.5 Seguridad del Paciente**

El tema de la seguridad del paciente en la atención en salud no es un tema que se ha abordado recientemente a raíz de que en Estados Unidos se publicó el libro "Errar es humano: hacia la construcción de un sistema seguro de salud", es a partir de esto que los gobiernos internacionales han iniciado el desarrollo de iniciativas para garantizar la seguridad en la atención de pacientes. (Barbero, 2009)

La OMS en su publicación sobre seguridad del paciente en Salud refiere que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria y pone a conocimiento que existe un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Hace referencia a que los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. Menciona que la mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria. (OMS 2015)

La OMS reconoce que la seguridad del paciente es un problema grave de salud pública que se presenta en todo el mundo, se estima que en países desarrollados uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria, siete de cada cien pacientes hospitalizados en países desarrollados y diez de cada cien en países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Hace referencia a que la frecuencia de tales infecciones puede reducirse en más del

50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones. (OMS 2015)

Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente

Como ejemplo se cita la medición realizada en el año 2010 de los indicadores principales sobre la seguridad de las inyecciones, la cual revela que ha mejorado considerablemente la tasa de reutilización de los dispositivos de inyección 5,5% en 2010, mientras que se han conseguido logros modestos mediante la reducción del número de inyecciones por persona por año 2,88 en 2010.

Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de operaciones quirúrgicas. Como es conocido el proceso quirúrgico conlleva un riesgo considerable de complicaciones, los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar considerablemente la carga de morbilidad, a pesar de que el 50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica pueden evitarse.

Los estudios existentes que hablan de seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US\$ 19 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia hospitalaria, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Con este antecedente se puede concluir que las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son de gran importancia. (OMS 2015)

Cada parte del proceso de atención a los pacientes conlleva un daño inherente, las características propias de cada ser humano hace que sea imposible lograr la desaparición total de los riesgos de la práctica profesional de la salud, sin que eso signifique que no se pueda actuar en los que son evitables, en los inicios de esta ideología se consideraba que los errores se debían únicamente por el talento humano,

posteriormente se comprendió que es necesario enfatizar en identificar y corregir las deficiencias del diseño de los procesos o procedimientos. (Barbero, 2009)

### **2.2.6 Acreditación**

Partiendo del concepto de calidad es importante destacar que el proceso de acreditación en Salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de la estructura, los procesos y los resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de Salud a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por la entidades evaluadas, es realizada por personal idóneo para tal fin y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función. (INCOTEC International, 2014)

También se la define como una forma de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable; la cual se verifica por un equipo de evaluadores externos al establecimiento. (Ministerio de Salud de Perú, 2009)

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace 64 años en Norteamérica con la creación de la Joint Commission, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo

cumplimiento de los requisitos mínimos ya determinados. (INCOTEC International, 2014).

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación deberán renovarlo. El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación. (INCOTEC International, 2014)

Mediante el proceso de acreditación se espera lograr que todos los establecimientos de salud acreditados cumplan con requisitos (estándares) mínimos de calidad, que el personal de salud se interese y motive para mejorar continuamente sus servicios, que los establecimientos de salud acreditados solucionen mejor las necesidades de salud de la población, que las personas salgan satisfechas con la atención de salud recibida, que la población cuente con información sobre la calidad de atención que brinda los establecimientos de salud acreditados. (Ministerio de Salud de Perú, 2009)

Actualmente en nuestro país el proceso de acreditación está a cargo de Accreditation Canada International (ACI), la cual es una prestigiosa entidad internacional de acreditación asistencial canadiense la misma que a su vez se encuentra acreditada por la sociedad internacional para la Calidad en el Cuidado de la salud (ISQUA) por sus siglas en inglés. ISQUA es la acreditadora de acreditadores de unidades Sanitarias, solo 4 organizaciones en el mundo están acreditadas por la ISQUA en sus programas de acreditación internacional. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

Los estándares de la ACI aseguran a los pequeños y grandes prestadores de servicios de salud, mejoramiento efectivo de la calidad y seguridad del paciente en sus actividades diarias. Estos estándares en los servicios de salud hacen posible el

mejoramiento de todos los aspectos operacionales de la institución, los cuales van desde el liderazgo de la Organización a los servicios, cuidado del paciente y satisfacción del cliente. (Accreditation Canada International , 2014)

Los servicios médicos conocidos también como medicina interna o medicina general se definen como el diagnóstico, manejo y tratamiento no quirúrgico de enfermedades inusuales o serias. Esto incluye a servicios de subespecialidad como cardiología, endocrinología, gastroenterología, hematología, enfermedades infecciosas, oncología médica, nefrología, neumología, reumatología, geriatría, medicina del sueño y medicina del deporte, entre otros.

Los estándares de los servicios de medicina contienen las siguientes subdivisiones:

- Inversión en Servicios Médicos
- Tener a las Personas Adecuadas
- Entregar Servicios Médicos de Calidad
- Mantener Sistemas de Información Clínicos Accesibles y Eficientes
- Tener un Impacto Positivo en los Resultados

El programa de acreditación de Qmentum International tiene tres niveles de acreditación (Oro, Platino y Diamante) (Accreditation Canada International , 2014)

- **ORO:** dirigido a estructuras básicas y procesos relacionados a elementos de orientación de mejora de seguridad y calidad.
- **PLATINO:** se basa en los principios de calidad y seguridad, y destaca los elementos clave en el cuidado del cliente, creando consistencia en la prestación de servicios mediante procesos estandarizados, con la participación de clientes y del personal en la toma de decisiones.
- **DIAMANTE:** enfoca su atención en el logro de la calidad mediante la supervisión de los resultados, utilizando la evidencia y las mejores prácticas para perfeccionar los servicios, y la comparación con organizaciones similares para guiar a mejoras a nivel de los sistemas.

Estos niveles documentan el desarrollo de un conjunto de estándares internacionales. Estos estándares son la constancia de los objetivos, escritos en negrilla y numerados 1.0, 2.0, 3.0, etc.

Cada norma es seguida de un número de criterios que informan las actividades necesarias para alcanzar dicho estándar. Por ejemplo, la norma 1.0 es seguido por el criterio 1.1, 1.2, etc. Con el cumplimiento de los criterios, una organización puede alcanzar el estándar.

Los criterios contienen información adicional:

Todo criterio está relacionado a uno de las ocho dimensiones de calidad (Accesibilidad, Enfocada en el Servicio al Cliente, Continuidad de Servicios, Efectividad, Eficiencia, Enfoque en la Población, Seguridad y Vida Laboral).

Algunos criterios contienen guías adicionales que explican detalladamente los criterios, dan sugerencias o información adicional.

Todo criterio tiene asignado un nivel de Oro, Platino, o Diamante que refleja el grado del programa de acreditación

El criterio Oro aplicará a las organizaciones en el círculo de acreditación Oro. Los criterios Oro y Platino aplicarán en el círculo de Acreditación Platino, y todos los criterios aplicarán a organizaciones en el círculo de acreditación Diamante.

Algunos criterios se identifican como una Organización de Práctica Requerida. (ROP). Una ROP es una práctica esencial que las organizaciones deben poseer para mejorar la seguridad del paciente/ cliente y minimizar sus riesgos. Para reflejar paso a paso la adquisición del programa, a cada ROP se asigna un nivel Oro, Platino o Diamante. (ACI 2010).

### 2.2.7 Estándares para los Servicios Médicos

Un estándar es una norma o protocolo definido de facto o en forma regulada, para facilitar la interoperabilidad y/o integración. Los estándares son necesarios para que las cosas funcionen de manera más fácil. Son útiles porque proveen un modo de resolver un problema, y permiten que dos o más personas trabajen en forma cooperativa. (Ministerio de Salud Chile 2015)

Otra definición dice que un estándar es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad. (Ministerio de la Protección Social - Republica de Colombia, 2015), según el Consejo de Salubridad General de México un estándar es 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 (Consejo de Salubridad General, México 2012).

Los estándares han existido desde el comienzo de la historia, algunos fueron creados mediante decretos reales, como lo hizo el Rey Enrique I de Inglaterra, al instaurar una unidad de medida en el año 1120 d.C. llamada “codo”, que era equivalente al largo de su brazo. Con el advenimiento de la Revolución Industrial en el siglo XIX, la demanda creciente por transportar bienes desde un lugar a otro obligó a desarrollar modos avanzados de transporte. El invento del ferrocarril proveyó de un medio rápido, económico y efectivo para enviar productos a través de los países. Esto fue posible gracias a la estandarización de la trocha o ancho de las vías férreas, que estableció una distancia uniforme entre los dos rieles. La ausencia de estándares trae problemas de coordinación. (Ministerio de Salud Chile 2015)

En salud, la necesidad de trabajar con estándares es tan apremiante como en los casos anteriormente mencionados, el proceso de cuidar la salud de la población usa intensivamente información en sus diferentes actividades: atención médica, elaboración de un plan de salud, prescripción de medicamentos, emisión de recetas,

auditorías médicas, análisis epidemiológico, estudio de costo/efectividad, evaluación de oferta y demanda, formulación de normas y políticas, entre muchos otros.

En todos ellos, el común denominador es el poder establecer una línea base para determinar las expectativas del desempeño, estructura o procesos para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de buena calidad. (SiNaCEAM, 2012)

Adentrándonos en el tema de investigación, se toma a consideración la publicación de la Accreditation Canada International en 2010 con respecto a las normas para servicios médicos, la cual define al servicio médico brindado en el área de Medicina Interna como el diagnóstico, manejo y tratamiento no quirúrgico de enfermedades inusuales o serias, esto incluye a los servicios de subespecialidades como cardiología, endocrinología, gastroenterología, hematología, enfermedades infecciosas, oncología médica, nefrología, neumología, reumatología, geriatría, medicina del sueño y medicina del deporte, entre otros. Para evaluar la calidad y seguridad de estos servicios las normas evalúan según el grado de cumplimiento y categorizan a la organización en tres niveles: oro, platino y diamante.

Para dicha evaluación la ACI propone los siguientes estándares:

- 1.0 El equipo desarrolla sus servicios médicos para afrontar las necesidades de sus clientes.
- 2.0 El equipo tiene acceso a los recursos necesarios para proveer servicios médicos de calidad.
- 3.0 El equipo utiliza un acercamiento multidisciplinario para brindar servicios médicos.
- 4.0 El personal del equipo y los proveedores de servicio son gente capacitada, entrenada, calificada y competente.
- 5.0 El personal promueve el equilibrio entre el bienestar y la vida laboral de cada uno de sus miembros.

- 6.0 El equipo coordina el acceso oportuno a los servicios por parte de los clientes, familias, proveedores de servicio y organizaciones de referencia.
- 7.0 El grupo asesora a los clientes de forma apropiada y precisa.
- 8.0 El equipo respeta los derechos de los pacientes y obtiene el consentimiento informado para entregar los servicios.
- 9.0 El equipo desarrolla un plan integrado de servicios para cada cliente basado en los objetivos del servicio y los resultados esperados.
- 10.0 El equipo maneja la medicación de manera segura y precisa.
- 11.0 El equipo prepara al cliente y familias para las transferencias y altas.
- 12.0 El equipo mantiene registros de los clientes de una manera precisa, actualizada y segura.
- 13.0 El equipo basa sus servicios en la investigación, en los lineamientos basados en la evidencia, y en la información de buenas prácticas.
- 14.0 El equipo promueve la seguridad en el ambiente del servicio.
- 15.0 El equipo hace mejoras continuas en sus servicios médicos.

Los criterios contienen información adicional:

Todo criterio está relacionado a uno de las ocho dimensiones de calidad (Accesibilidad, Enfocada en el Servicio al Cliente, Continuidad de Servicios, Efectividad, Eficiencia, Enfoque en la Población, Seguridad y Vida Laboral).

Algunos criterios contienen guías adicionales que explican detalladamente los criterios, dan sugerencias o información adicional.

Todo criterio tiene asignado un nivel de Oro, Platino, o Diamante que refleja el grado del programa de acreditación. El criterio Oro aplicará a las organizaciones en el círculo de acreditación Oro. Los criterios Oro y Platino aplicarán en el círculo de Acreditación Platino, y todos los criterios aplicarán a organizaciones en el círculo de acreditación Diamante.

### **2.2.8 Procesos**

Proceso se puede definir como el conjunto de actividades de un establecimiento de salud, mutuamente relacionadas y que interactúan, las cuales transforman el elemento de entrada en resultado. Los procesos son estratégicos, operativos y de soporte (Revista Española de Calidad, 2004).

Según Mejía y Sotomayor (2013, p.p. 36-38) los procesos en una actividad están definidos como un conjunto de acciones que recibe uno o más insumos para crear un producto o servicio. El objetivo de cualquier proceso es satisfacer con éxito a los usuarios y sus requerimientos. Otro objetivo es entregar mejor rendimiento, más rápido y más barato que la competencia.

Según Harrington (2007) citado por Mejía et al (2013, p. 36) un proceso es “...cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos”.

La norma ISO 9000 (2005) define a un proceso como “...conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”.

Como conclusión Mejía et al (2013) indica que un proceso es un conjunto de actividades que transforman insumos en productos de valor para un cliente, implicando que dentro de cada proceso existes varas tareas. Estas tareas por separado son importantes para el proceso más no para los clientes, razón por la cual las compañías deben enfocarse en la importancia de las tareas.

### **2.2.9 Indicadores**

De acuerdo con la ONU (1999) citada por Mondragón (2002, p. 52) los indicadores son “herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos, son medidas verificables de cambio o resultado, diseñadas para

contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso con respecto a metas establecidas, facilitan el reparto de insumos, generando productos y alcanzando objetivos”.

Según Merino (2007) “los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Los indicadores de salud y relacionados con la salud, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos... En la práctica los indicadores disponibles no son tan perfectos y constituyen una aproximación de una situación real”.

Según (Malagon, 2006) para hablar de calidad en los servicios médicos, es indispensable introducir el concepto de indicadores los cuales pueden ser de dos tipos directos o indirectos, estos permiten la interacción entre la estructura de los servicios, los procesos diagnósticos terapéuticos y los resultados obtenidos en función de la opinión del cliente y del equipo de salud que está a cargo de la atención integral.

Existen varios tipos de indicadores los cuales mencionaremos a continuación:

**Indicadores de cumplimiento:** Están relacionados con la consecución de las tareas o trabajos. (Universidad de Granada, 2007)

**Indicaciones de evaluación:** Están relacionados con los métodos para identificación de debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora. (Universidad de Granada, 2007)

**Indicadores de eficiencia:** Mide la relación entre los servicios o productos generados con respecto a insumos o recurso utilizados. (Universidad de Granada, 2007)

Indicadores de eficacia: Están relacionados con la capacidad de acierto en la realización del trabajo sin considerar los recursos asignados para ello. (Coneval, 2009)

Indicadores de calidad: Miden las capacidades de los bienes o servicios para satisfacer los objetivos de determinada actividad, es una dimensión de eficacia pero por su importancia se le designa un nombre propio. (Coneval, 2009)

Indicadores de gestión: Permiten evaluar si realmente se está administrando de manera adecuada un proceso. (Universidad de Granada, 2007)

Indicadores de economía: Mide la capacidad para movilizar o generar adecuadamente los recursos financieros. (Coneval, 2009)

Según la Norma Técnica de Estándares de Calidad para hospitales propuesta por el Ministerio de Salud de Perú en 2003, los indicadores definidos en correspondencia a los estándares deben abarcar la estructura, procesos y resultados. La estructura de los indicadores contempla los aspectos definidos para establecer la interpretación equivalente de los términos y resultados:

**Nombre:** Descripción puntual que mejor identifica al indicador.

**Categoría del indicador:** Define el ámbito al que aplica el indicador desde la perspectiva sistémica (estructura, proceso o resultado).

**Justificación:** Antecedentes, hechos y datos que sustentan la importancia de medir el aspecto, área o componente al que está enfocado el indicador.

**Objetivo del indicador:** Aspecto que se busca medir con el indicador.

**Tipo de medida:** Describe la unidad de medición a emplearse (ejemplo: porcentaje, tasa).

**Numerador:** Describe la unidad exacta de la situación o caso en evaluación que se desea comparar considerando las unidades de tiempo y espacio en las que se establece la medición.

**Denominador:** Describe la unidad exacta del patrón global de referencia o totalidad de casos con el que se compara el numerador en función del tiempo y del espacio.

**Umbral:** Denota el nivel deseado de calidad al que se quiere llegar.

**Fuente de datos:** Describe la fuente de donde los datos del numerador y denominador por separado deberán ser obtenidos.

**Periodicidad del indicador:** Establece la frecuencia o períodos en que se medirá el indicador.

**Unidad responsable:** Indica la unidad que se responsabiliza de alimentar con la información para el monitoreo del indicador.

### 2.2.10 Auditoria Médica

Tradicionalmente la auditoria médica ha sido caracterizada por tratarse de un proceso el cual busca encontrar culpables, lo cual ha generado durante mucho tiempo recelo dentro de los integrantes de una organización. De la misma manera el auditor siempre fue caracterizado por una actitud prepotente, ofensiva e irrespetuosa hacia el auditado. Hoy en día se ha evidenciado un cambio marcado en este paradigma en el cual el auditado es parte fundamental del proceso de mejora continua, este puede ser considerado como el dueño de un acumulo de información resultante del desarrollo permanente de su actividad laboral y por ende constituye el punto focal para el mejoramiento de la organización. Con estos antecedentes se puede decir que el auditado es el cliente del auditor medico por lo mismo el trato que le ofrezca debe ser el mejor en todo sentido, de aquí la importancia de adoptar y aplicar los principios de atención al cliente. Lo fundamental es que la Auditoria se convierta en un proceso

facilitador abandonando de manera definitiva su forma tradicional de actuación subjetiva y maltratadora. (Malagon, 2006)

Dentro de este contexto es importante destacar el papel que tiene la Auditoria Médica en los servicios de salud ya que esta constituyen un instrumento de perfeccionamiento y educación continua, consiste en una evaluación sistemática, realizada por médicos avalados que comparan la Calidad de la atención brindada con la Calidad deseada, de acuerdo a estándares establecidas, los mismos que pueden ser de carácter interno o externo. (Castro, 2010)

Así la Auditoria Medica se concibe como una instancia educadora la misma que trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes, como de las positivas para ir introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes y así poder cubrir las crecientes expectativas de los pacientes que acuden a las instituciones de Salud. (Malagon, 2006)

La Auditoría Médica se constituye en:

Un sistema de educación y perfeccionamiento continuos, preocupado de la Calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones sanitarias, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todos los profesionales que atienden pacientes. Una instancia de mediación conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados. Un sistema que más que sancionar tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo de carácter no punitivo. (Castro, 2010)

La Auditoria Medica tiene algunos campos de acción, entre los que menciona: (Castro, 2010)

- 1) Aspectos educativos: estimulando una educación y perfeccionamiento continuos, lo que permite la obtención del aprendizaje y experiencia para enseñar.
- 2) Aspectos Técnico-Evaluativos: a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de Calidad.
- 3) Aspectos de investigación: detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas lo que facilita establecer y delimitar responsabilidad Medica.
- 4) Aspectos Normativos: estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a estas.
- 5) Aspectos Medico-Legales: establecer que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes: Prevención de la mala praxis y el error médico, recomendaciones para el manejo de conflictos, tratamientos de conflictos y eventos potencialmente indemnizables, actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de la institución.
- 6) Aspectos Éticos: promover el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales.
- 7) Aspectos financieros y de mercado: conociendo toda la información que proporciona la Auditoria Medica se puede analizar la Calidad, la prestación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de Calidad.

### **2.2.11 Historia Clínica**

Para realizar una auditoría médica se requiere de la historia clínica la cual constituye un documento legal. Ésta junto a las estadísticas hospitalarias, normas, protocolos, padrones estándares y la labor del auditor, permiten un análisis acucioso del trabajo médico (Osorio, 2002).

La historia clínica es el documento en el cual se registra la totalidad de las prestaciones médicas recibidas por el enfermo, los exámenes realizados, además de los solicitados y todo aquello de lo que se requiere dejar constancia, con relación a la

patología del paciente y a las acciones desarrolladas para obtener su curación (Osorio, 2002)

Es un documento único de carácter reservado cuya información se encuentra protegida por el secreto profesional. La historia clínica como instrumento y por constituir un medio de prueba judicial que influye en el proceso, debe reunir ciertos requisitos básicos, tales como propone Osorio:

Uso de letra clara y legible, los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada para que permita un análisis eficiente. Es importante considerar que lo que no está escrito se supone no realizado.

De acuerdo con Osorio la auditoría de Historias Clínicas se debe diferenciar de la "revisión o análisis de la Historia Clínica", ya que ésta consiste exclusivamente en la comprobación del registro en la Historia Clínica de acuerdo a las normas establecidas y estándares predeterminados.

La "auditoría de la historia clínica" es un proceso que incluye la revisión de ella, y de otros registros vinculados al paciente, la comparación con la evidencia científica existente y la consulta a expertos, lo que puede ser relevante para el análisis que se está efectuando. (Osorio 2002).

Los objetivos fundamentales de la auditoria de la historia clínica son dos (Osorio 2002).

1. Conocer la calidad del registro, es decir, verificar si en la ficha clínica se han registrado todos los antecedentes y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad.
2. Analizar la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos. Este análisis debe ser efectuado por un "auditor médico" y luego debe ser sometido a una revisión de "un equipo de pares" o de expertos.

Se debe considerar que las auditorías de historias clínicas se efectúan en diversos ámbitos de las actividades médicas y administrativas de los establecimientos de salud. Como por ejemplo son los Servicios Clínicos, donde se debieran realizar periódicamente con la finalidad de evaluar calidad técnica y por su intermedio la del trabajo médico desarrollado en ellos.

### 2.3 MARCO CONCEPTUAL

**Acreditación:** Es la herramienta establecida a escala internacional para generar confianza sobre la actuación de un tipo determinado de organizaciones. (Organismo de Acreditación Ecuatoriano, 2015)

**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. (Consejo de Salubridad General, México 2012).

**Calidad y Seguridad en Salud:** La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud. (Ministerio de la Protección Social - Republica de Colombia, 2015)

**Complejidad:** La complejidad puede definirse como el grado de conocimientos requeridos para producir el resultado de un sistema. (Álvarez, 2004).

**Estándares centrados en el paciente:** son los estándares que se organizan según lo que se hace directa o indirectamente sobre los pacientes (por ejemplo, educación de pacientes, creación de expedientes clínicos de pacientes, evaluación de pacientes). (Consejo de Salubridad General, México 2012).

**Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios. (Ministerio de Salud de Peru, 2007)

**Estándar de Proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las labores de gestión. (Ministerio de Salud de Peru, 2007)

**Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en Salud. (Ministerio de Salud de Peru, 2007)

**Evaluación:** Aplicación sistemática de los procedimientos de la investigación social para valorar la conceptualización y el diseño, la ejecución y la utilidad de los programas de intervención social.

**Autoevaluación:** Es la fase inicial de carácter obligatorio dentro del proceso de la acreditación en la cual un equipo de evaluadores internos, realizan una evaluación para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares y de esta manera identificar cuáles son las fortalezas y debilidades del establecimiento de salud. (Ministerio de Salud de Peru, 2007)

**Indicadores:** Variables, las cuales sirven para medir la existencia de cambios, estas variables intentan medir en forma cuantitativa y cualitativa sucesos colectivos, en especial los de sucesos bio-demográficos para poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas. (Llanos, 2009) Es una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización (Consejo de Salubridad General, México 2012).

**Organización de Salud:** Las organizaciones son sistemas sociales diseñados para lograr metas y objetivos por medio de los recursos humanos o de la gestión del

talento humano y de otro tipo. Están compuestas por subsistemas interrelacionados que cumplen funciones especializadas.

**Proceso:** Se puede definir como el conjunto de actividades de un establecimiento de salud, mutuamente relacionadas y que interactúan, las cuales transforman el elemento de entrada en resultado. Los procesos son estratégicos, operativos y de soporte (Revista Española de Calidad, 2004).

**Usuario:** Persona que utiliza un servicio; Que usa normalmente una cosa o se sirve habitualmente de ella. (Revista Española de Calidad, 2004).

**Consentimiento informado:** Proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el sujeto competente y capaz recibe del médico, en forma adecuada, información suficiente y no sesgada, en términos comprensibles, que le permite decidir voluntaria y libremente sobre la aprobación y aceptación o no de los procedimientos médicos que se aconsejan. Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes. (MSP, 2013)

**Evento adverso:** “daño imprevisto ocasionado al paciente como consecuencia del proceso de atención médica”. (Héctor Aguirre, 2010)

**Error Médico:** “conducta clínica equivocada en la práctica médica, por comisión o por omisión, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto”. (Héctor Aguirre, 2010)

## **CAPITULO III**

### **3 APLICACIÓN**

#### **3.1 DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA**

##### **3.1.1 MÉTODO E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

En este capítulo se desarrollan los aspectos relacionados al tipo de estudio que se realizó, la muestra con la que se trabajó y los instrumentos utilizados.

###### **3.1.1.1 Método de investigación**

El estudio se realizó en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha desde Enero hasta Junio de 2015. Las personas que se encuentran inmersas en la investigación son: Investigador, Tutor de Tesis, Jefe de Docencia del Hospital Eugenio Espejo.

Según el propósito del estudio, la investigación que se llevará a cabo en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo es de tipo observacional, ya que no se pretende modificar las actividades que se llevan a cabo habitualmente en el servicio durante la realización de la investigación.

La presente investigación es de tipo descriptiva, el diseño que se utilizó fue primordialmente de tipo cualitativo transversal, debido a que mediante la observación se busca determinar la calidad del servicio de Medicina Interna en un momento dado con una única evaluación de la información obtenida mediante la entrevista y la observación obtenida, para la evaluación de las historias clínicas se utilizó un diseño retrospectivo el cual se realizó durante el primer quimestre del año 2015 el servicio de Medicina Interna.

### **3.1.1.2 Instrumentos de investigación**

#### **3.1.1.3 Observación Directa.**

Como primer instrumento utilizado tenemos la observación directa, las razones por las cuales se utilizó este instrumento son porque está permite obtener información de los hechos tal y como se producen en la realidad, además permite obtener formas de conducta de los objetos observados y sobre todo porque existen situaciones en las que la evaluación solo puede realizarse mediante la observación sin necesidad de la colaboración del objeto observado, con este preámbulo se realizó la observación de la infraestructura del servicio, seguido de la observación de las actividades llevadas a cabo en el servicio, y finalmente la observación de los archivos relacionados con gestión de calidad existentes en el servicio de Medicina Interna, los datos obtenidos fueron registrados en una ficha de observación diseñada por la autora y visibilizado a través de fotografías. Para el efecto se contrasto la realidad encontrada con los estándares para servicios médicos propuestos por la ACI y OPS mediante la elaboración de un check list.

#### **3.1.1.4 Entrevista no estructurada.**

Se llevó a cabo varios encuentros con los funcionarios que laboran en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo así como con usuarios externos, dentro de los cuales se puede destacar reuniones con el líder del servicio, entrevista con la líder de enfermería, entrevista con el líder de la unidad del calidad del Hospital, entrevista con el Líder de Comunicación del Hospital, entrevista con el Líder de Talento Humano, Líder de Estadística, entrevistas con personal médico que se encontraba en ese momento en el servicio y con pacientes y familiares que transitaban en ese momento por el lugar. Para el efecto se elaboraron entrevistas (Anexo 1) de tipo no estructurada focalizada la misma que se redujo a una conversación sobre el tema de estudio permitiendo al entrevistado hablar sin restricciones sobre el tema, en donde se permite un dialogo más profundo no solo de las respuestas que se busca obtener sino también las actitudes, valores, y

percepciones del entrevistado frente al servicio. Con el objetivo de obtener la mayor cantidad de datos posibles la entrevista duró alrededor de 15 minutos con cada persona, sin embargo es importante destacar que al entrevistar a personas claves en el desarrollo de esta investigación la entrevista se prolongó y fue necesario realizarla en diferentes momentos con el fin de aclarar dudas que se fueron presentando a lo largo de la investigación.

### **3.1.1.5 Evaluación de Historias clínicas.**

Como tercer instrumento para la recolección de la información se elaboró un instrumento ad\_hoc (Anexo 2) para valorar el cumplimiento de estándares internacionales y nacionales para lo cual se tomó a consideración los estándares de la ACI y la OPS para servicios médicos y registro de datos, en este documento se evaluaron algunos parámetros dentro de los cuales tenemos:

#### **Legibilidad**

Se define como la presencia registros clínicos fácilmente entendibles. En el caso de pacientes hospitalizados que pueden requerir tratamientos complejos, las indicaciones o instrucciones de diagnóstico y tratamiento deben estar redactadas de forma clara y ordenada y cubrir todos los aspectos de atención al enfermo. (Conasa, 2007)

#### **Identificación**

Se define como los datos de ingreso, incluyendo el nombre del paciente, número de historia clínica, documento de identificación, dirección de residencia, teléfono, datos del responsable si es menor de edad. (ACI 2011).

#### **Firmas de responsabilidad**

Se debe verificar que todas las notas de evolución y formularios estén firmadas por el médico tratante. (ACI 2011).

### **Consentimiento informado**

El paciente tiene derecho a participar debidamente informado en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. (Novaes, 1994)

Verificar la presencia del formulario de Consentimiento informado en cada historia clínica, llenado correctamente con firmas del usuario o su representante. (ACI 2010).

### Formulario de anamnesis y examen físico

Es el formulario que se llena al momento que un paciente ingresa al servicio de medicina interna en el cual se tomarán en cuenta los siguientes ítems:

El motivo de consulta describe en palabras del paciente los signos o síntomas que lo llevaron a consultar. La enfermedad actual constituye un relato cronológico desde el inicio de los signos y síntomas hasta el momento de la consulta.

Revisión por sistemas consiste en el interrogatorio sobre los distintos síntomas que presente el paciente durante el proceso de la consulta médica, enfocado hacia los diversos sistemas que compone el organismo humano (respiratorio, digestivo, cardiovascular etc.).

Antecedentes familiares incluye patológicos, quirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, farmacológicos, descritos según línea de consanguinidad. Antecedentes personales incluye patológicos, quirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, farmacológicos, descritos anotando fechas.

Signos vitales corresponde al peso, talla, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura.

Examen físico debe ser completo por sistemas con énfasis en el sistema que motiva la consulta, descripción en forma detallada, de los hallazgos positivos encontrados en el examen, siguiendo la frecuencia topográfica convencional.

El diagnóstico puede ser certero o presuntivo debe ser coherente con el estado o la enfermedad actual en primer lugar y agregar en orden los diferenciales. Evitar usar términos genéricos o sintomáticos (por ejemplo dolor abdominal o fiebre en estudio, virosis, lumbalgia etc.).

Tratamiento debe ser pertinente con la impresión diagnóstica, definiendo el plan de manejo de acuerdo con la patología a tratar. Registro de tratamiento especificando nombre genérico, presentación, concentración, dosis y cantidad formulada en las evoluciones diarias. Nombre, sello y registro del médico que atendió la Consulta se debe verificar que todas las notas de evolución estén firmadas por el médico tratante.

### **Notas de evolución**

También conocidas como notas de progreso. Su objetivo es reflejar la evolución de la enfermedad, durante el ingreso o en sucesivas revisiones ambulatorias, con especial interés en la aparición de complicaciones o nuevos datos y su interpretación, la respuesta terapéutica y la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales. Resulta muy útil seguir un modelo propuesto que ha sido consignado con las siglas SOAP y que permite el registro sistemático y ordenado de la información:

S: referido a los síntomas manifestados por el paciente durante su evaluación o la variabilidad de los mismos:

O: referido a los signos que se evidencia al examinar al paciente;

A: referido al análisis lógico de la nueva información en el contexto de la previa, con una finalidad diagnóstica y pronóstica; y,

P: como corolario dinámico y lógico en las tres esferas previamente comentadas.

Es recomendable realizar esto, con cierta periodicidad, una especie de resumen o valoración global de la situación del enfermo y de los planes diagnósticos, terapéuticos y educativos. Esto dependerá en cada caso, de la gravedad o de la relevancia de la nueva información y se elaborarán cuantas veces sean necesarias. (Conasa, 2007)

### **Epicrisis**

Constituye el resumen condensado de la evaluación del paciente, que refleja los antecedentes y factores de riesgo, un cuadro clínico condensado, los diagnósticos y pronósticos establecidos, el tratamiento recibido, el plan de manejo, su control a futuro y las medidas educativas así como preventivas. (Conasa, 2007)

### **Referencia/ referencia inversa**

Facilita en forma breve y resumida el conocer de manera secuencial en el tiempo todos los diagnósticos confirmados de un paciente con su respectivo código de asignación internacional (CIE) y el tratamiento respectivo recibido, información muy útil cuando el paciente es valorado luego de algún tiempo, por otros actores y en otros centros asistenciales. (Conasa, 2007)

Verificar que los pacientes que ingresaron al hospital proceden desde consulta externa, con hoja de referencia desde una institución de Salud de menor complejidad o por el servicio de emergencia con hoja 008.

### **Interconsultas**

En casos que amerite la interconsulta de otra especialidad se revisará la existencia de la hoja de interconsulta elaborada con firmas de responsabilidad.

### **Formulario de signos vitales**

Signos vitales corresponde al peso, talla, Presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura/ curva térmica que deberá estar registrados en la hoja de signos vitales.

### **Administración de la Medicación**

Registro de tratamiento especificando nombre genérico, presentación, concentración, dosis y cantidad en la hoja de registro de la administración de la medicación que lleva a cabo el personal de enfermería.

### **Protocolos internos**

En los casos correspondientes se analizó el diagnóstico de cada paciente y en base a este se evaluó la aplicación de protocolos ya establecidos por el servicio de medicina interna dentro de los cuales constan: protocolo para absceso hepático, diabetes mellitus, infección de partes blandas, Ver anexo 3 y 4.

## **3.1.2 Población y Muestra**

### **3.1.2.1 Población**

La población objeto del estudio son los pacientes masculinos y femeninos mayores de 15 años que fueron atendidos en los meses de enero a mayo de 2015 en el servicio de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo, obteniendo un total de 280 pacientes.

### **3.1.2.2 Muestra**

Para esta fase de la investigación se utilizó un diseño retrospectivo, el tamaño muestral se realizó mediante muestreo aleatorio simple tomando en cuenta que es el más económico de todos los procedimientos aleatorios y que asegura la equiprobabilidad de la elección.

En esta técnica de muestreo se consideró un nivel de confianza del 95% y un error muestral de 0,5%. Para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

PARÁMETRO	TAMAÑO MUESTRAL	CONDICIONES
Media Poblacional	$n = \frac{N\sigma^2}{(N-1)\left(\frac{E^2}{4}\right) + \sigma^2}$	N = Tamaño poblacional $\sigma^2$ = Varianza poblacional (se estima de una muestra piloto) E = máximo error muestral asignado

En donde:

Tamaño poblacional: 280 (Número de pacientes atendidos en el primer cuatrimestre del año.)

Nivel de confianza: 95%

Precisión: 5%

Tamaño de muestra definido: 163 historias clínicas que corresponden al 58% del universo estudiado.

Para esta investigación se utilizó el muestreo aleatorio simple tomando en cuenta que en primer lugar que este es el más económico de todos los procedimientos aleatorios y en segundo lugar que asegura la equiprobabilidad de la elección.

Los pasos que se llevaron a cabo para realizar el muestreo aleatorio simple en este caso son:

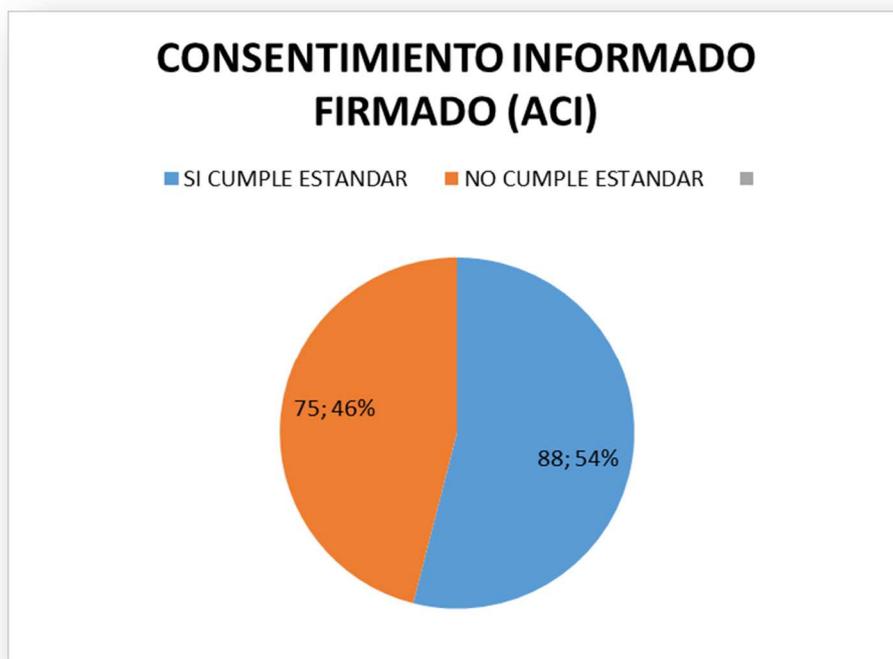
1. Se obtuvo un listado de todos los pacientes que fueron atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo, desde el mes de Enero hasta el mes de Abril de 2015, previa aprobación de la líder de estadística. La base de datos que se obtuvo cuenta con nombres completos, número de historia clínica, sexo y diagnóstico y fecha de ingreso y egreso de cada paciente. (Anexo 5)
2. Se elaboró una Tabla de Números Aleatorios en Excel para seleccionar a los sujetos de la muestra.

3. La lista definitiva fue enviada a Archivo central específicamente a la persona encargada del archivo de las historias clínicas, quien luego de realizar la verificación de las firmas de autorización, nos permitió el ingreso. Se nos indicó que las Historias clínicas podían ser evaluadas únicamente dentro de la institución, se prohibió el uso de cámaras fotográficas dentro del archivo central así como se prohibió el obtener duplicados de los documentos por motivos de confidencialidad de la información y finalmente las historias clínicas fueron entregadas diariamente de lunes a viernes en horario de 10h00 a 15h00 en una cantidad de 15 historias clínicas diarias. Lo cual prolongó el tiempo establecido para la evaluación de historias clínicas el mismo que tuvo una duración de 11 días.
  
4. Una vez obtenidas las carpetas que contienen la historia clínica de cada paciente se procedió a aplicar el instrumento para la recopilación de datos.

## 3.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.2.1 Evaluación de Historias Clínicas

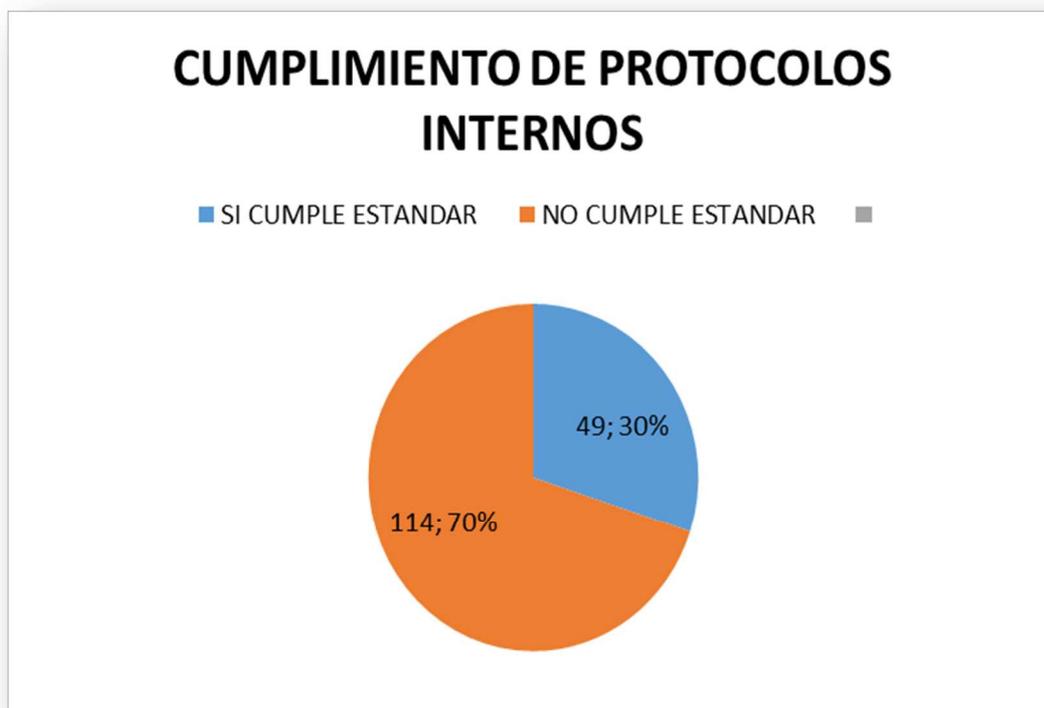
#### 3.2.1.1 Consentimiento Informado



**Figura 7** Porcentaje de formularios de Consentimiento Informado firmados.  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** Al evaluar las historias clínicas se pone de manifiesto que el 46% de las mismas no contaban con el formulario de consentimiento informado debidamente llenado y con firmas de responsabilidad, dentro de este parámetro se incluyen también las historias clínicas que no contaban con la existencia del formulario o los casos en los que el formulario de consentimiento informado era utilizado para otros fines, y ante la aprobación del código integral penal los profesionales médicos deberían interesarse por el cumplimiento de este estándar, en el 54% de historias clínicas se puede evidenciar que cumplen con este estándar y que el 46% restante no cumple, con estos resultados se puede inferir que aproximadamente la mitad de los usuarios que ingresan al servicio de medicina interna son informados adecuadamente sobre el o los procedimientos que se realizarán y la otra mitad no son informados.

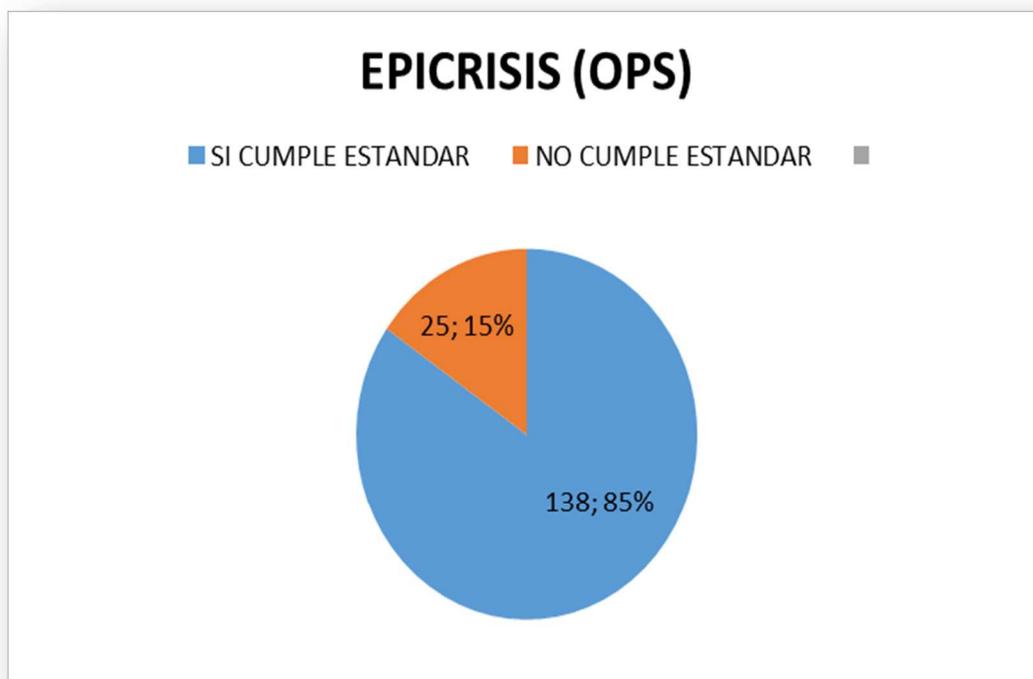
### 3.2.1.2 Protocolos Internos



**Figura 8. Porcentaje de Cumplimiento de Protocolos Internos.**  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** Como se puede evidenciar el 70% de historias clínicas analizadas no cumplen con la aplicación de protocolos internos, este resultado se puede justificar en vista de que el servicio al momento de la evaluación únicamente poseía protocolos elaborados para 10 patologías dentro de estas se menciona el protocolo para absceso hepático, indicación de Biológicos, infección de partes blandas, vasculitis anca, VIH-SIDA, VIH-TB, pancreatitis aguda, cetoacidosis diabética, chequeo prequirúrgico en el adulto mayor y alergia a medicamentos, dejando como resultado un porcentaje de cumplimiento de protocolos internos del 30%.

### 3.2.1.3 Epicrisis.



**Figura 9. Porcentaje de existencia del formulario de Epicrisis.**  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** La epicrisis se constituye en un documento que debe ser elaborado cuando el paciente es dado de alta del servicio, sin embargo el 15% de los pacientes son dados de alta sin existencia de este formulario en la carpeta de la historia clínica del paciente, en estos casos se asume que no existe una adecuada transferencia de la información y de los procedimientos relacionados a la patología y tratamiento que recibió el paciente.

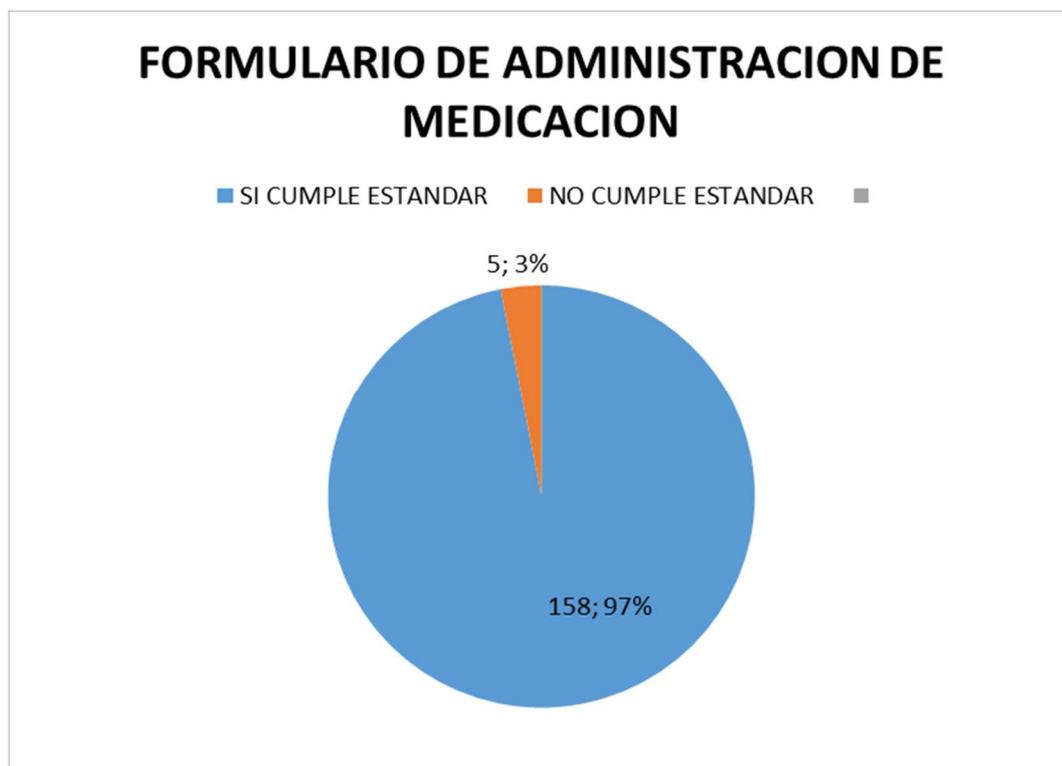
### 3.2.1.4 Firmas de Responsabilidad.



**Figura 10. Porcentaje de firmas de responsabilidad en las historias clínicas.**  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** Un criterio de importancia al momento de evaluar los estándares de la Accreditation Canada International es la existencia de firmas de responsabilidad en cada registro realizado en la historia clínica, lo cual se evidencia como la responsabilidad de los médicos tratantes al momento de instaurar un tratamiento específico, y es así que es valioso rescatar que en el servicio de medicina interna el 96% de las historias clínicas evaluadas cumplen con este criterio.

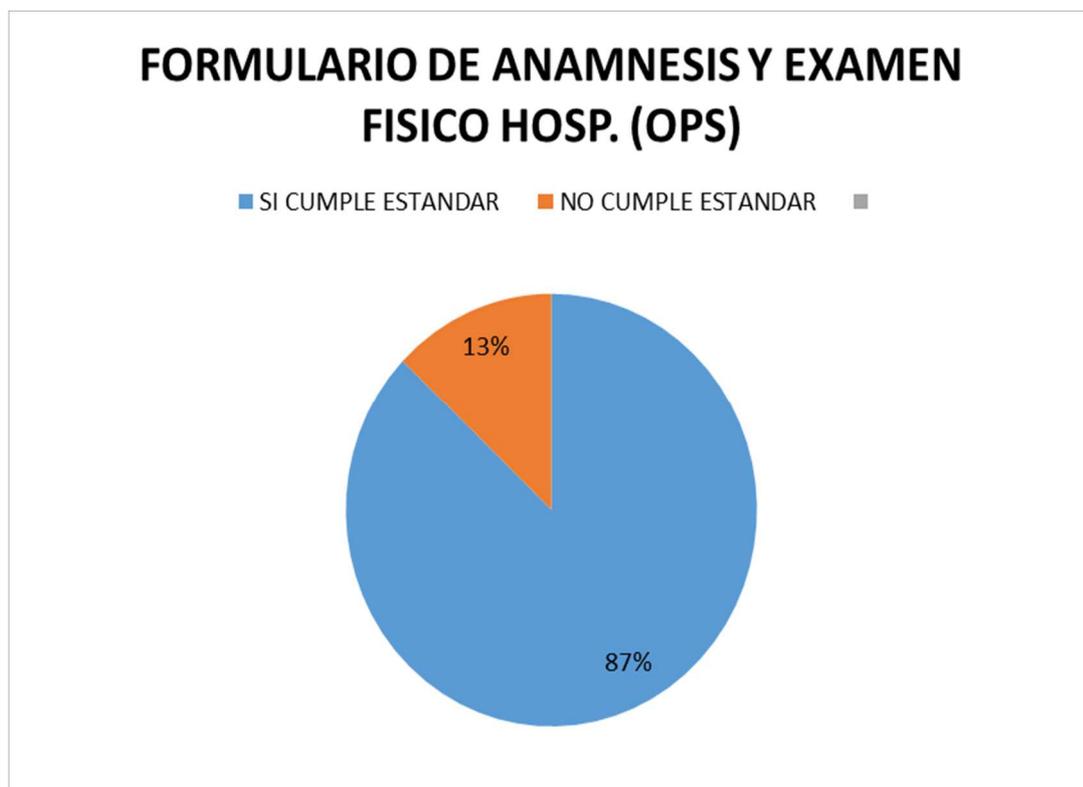
### 3.2.1.5 Formulario de Administración de la Medicación



**Figura 11** Porcentaje de existencia del formulario de Administración de la medicación.  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** La administración de la medicación y su documentación debe realizarse de manera adecuada constantemente, este es un aspecto importante para la evaluación de la calidad y seguridad del servicio por parte de la Accreditation Canada International, en el servicio de medicina interna esta actividad se encuentra a cargo del personal de enfermería y se evidencia que el 97% de las historias poseen un formulario en donde se registran nombres genéricos de medicamentos, dosis, pauta y vía de administración de manera adecuada, como resultado también se evidencia que el 3% de las historias clínicas no poseían el formulario de administración de medicamentos a pesar de que dichos pacientes si recibieron medicación durante la estancia hospitalaria.

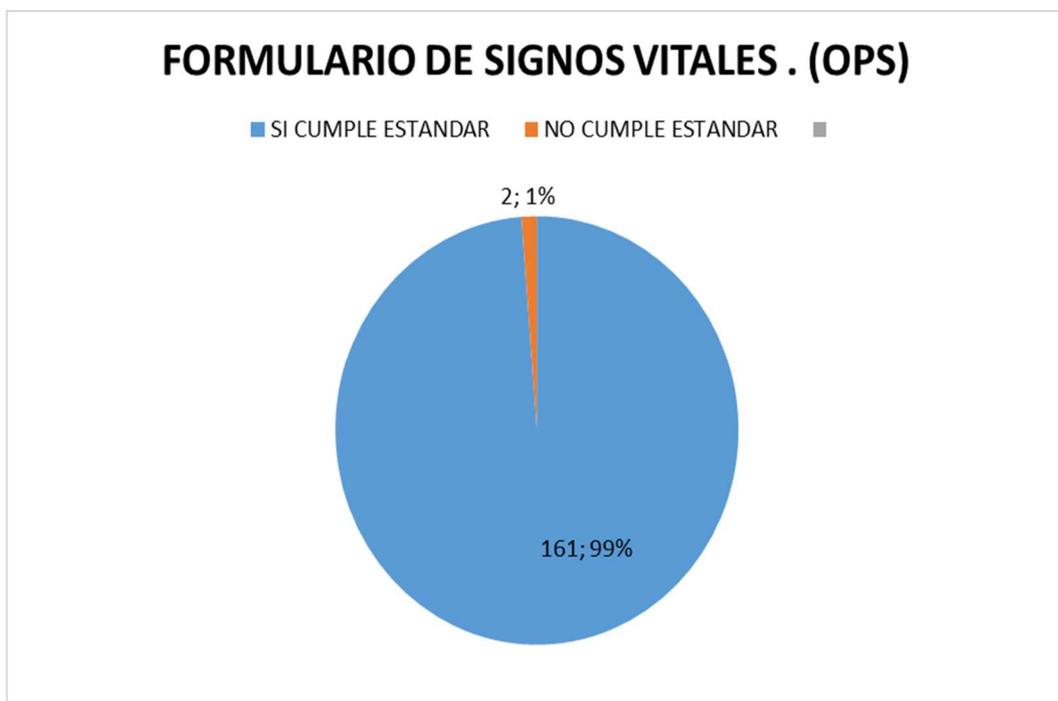
### 3.2.1.6 Formulario de Anamnesis y Examen Físico



**Figura 12. Porcentaje de existencia del formulario de Anamnesis y Examen Físico**  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** El formulario de anamnesis y examen físico es un documento que debe ser elaborado al ingreso del servicio de medicina interna de manera obligatoria a cada uno de los usuarios, sin embargo el 13% de pacientes ingresados al servicio no contaron con el formulario de anamnesis y examen físico, opuestamente se encontró que el 87% de las historias clínicas sí contenían este documento, de esta manera se puede asumir que en el servicio de medicina interna cumple con dicho estándar en un porcentaje aceptado a pesar de que es evidente que se debería tomar medidas para corregir este hallazgo.

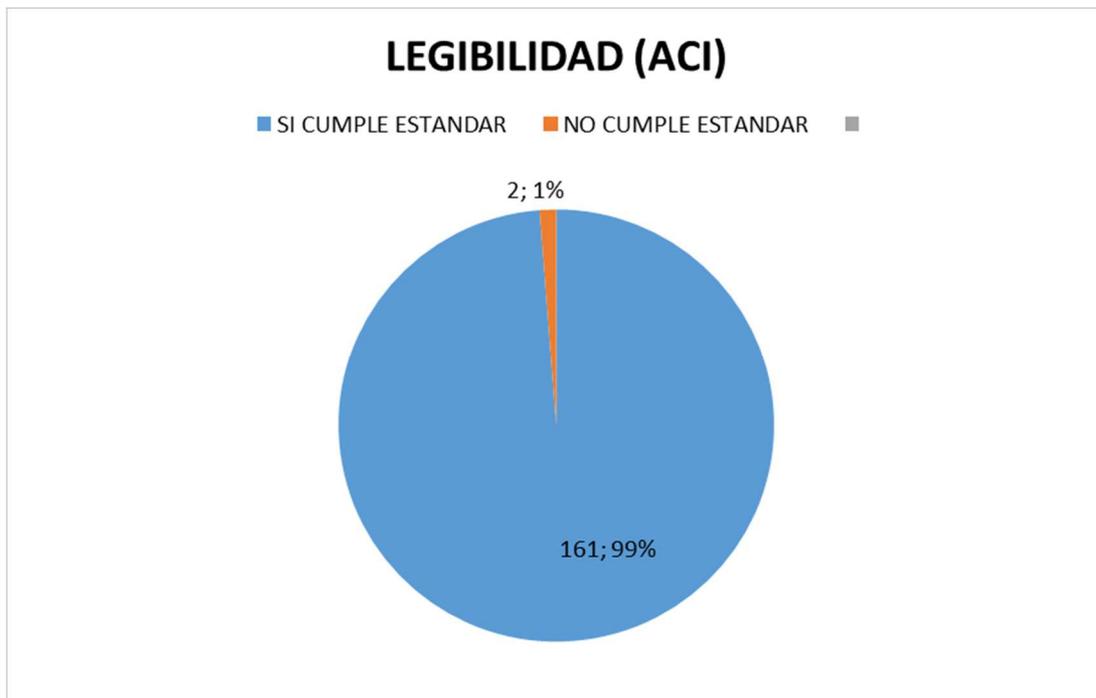
### 3.2.1.7 Formulario de Signos Vitales



**Figura 13. Porcentaje de existencia del formulario de signos vitales.**  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** Al realizar una evaluación a las historias clínicas se puede evidenciar que el 99% de ellas cumplen con el estándar, es decir que en la mayoría de las carpetas existe un formulario en el que están registrados los signos vitales del paciente de manera adecuada y legible y que el 1% de historias clínicas no cumple con este estándar.

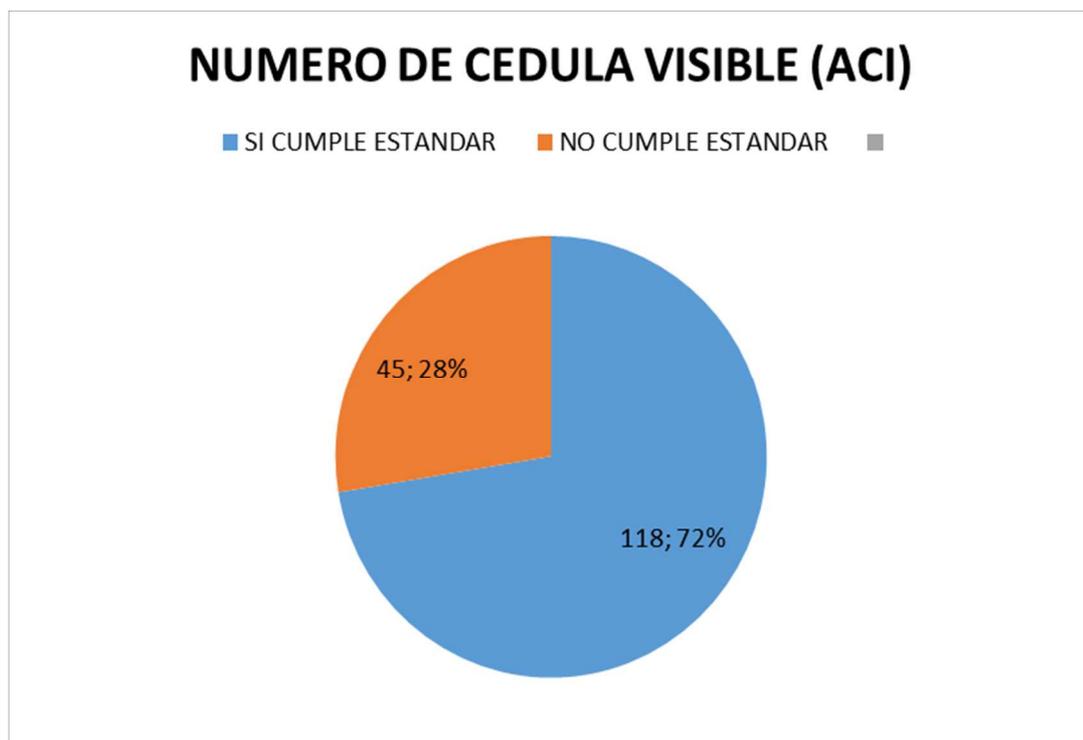
### 3.2.1.8 Legibilidad de las Historias Clínicas



**Figura 14** Porcentaje de cumplimiento de legibilidad.  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** La historia clínica es un documento médico legal que debe permitir obtener un fácil acceso a la información, el mismo que debe ser de fácil lectura de acuerdo a esto el 99% de las historias clínicas analizadas fueron legibles debido primordialmente a que las evoluciones diarias se realizan en computador y posteriormente son impresas en la hojas de evolución.

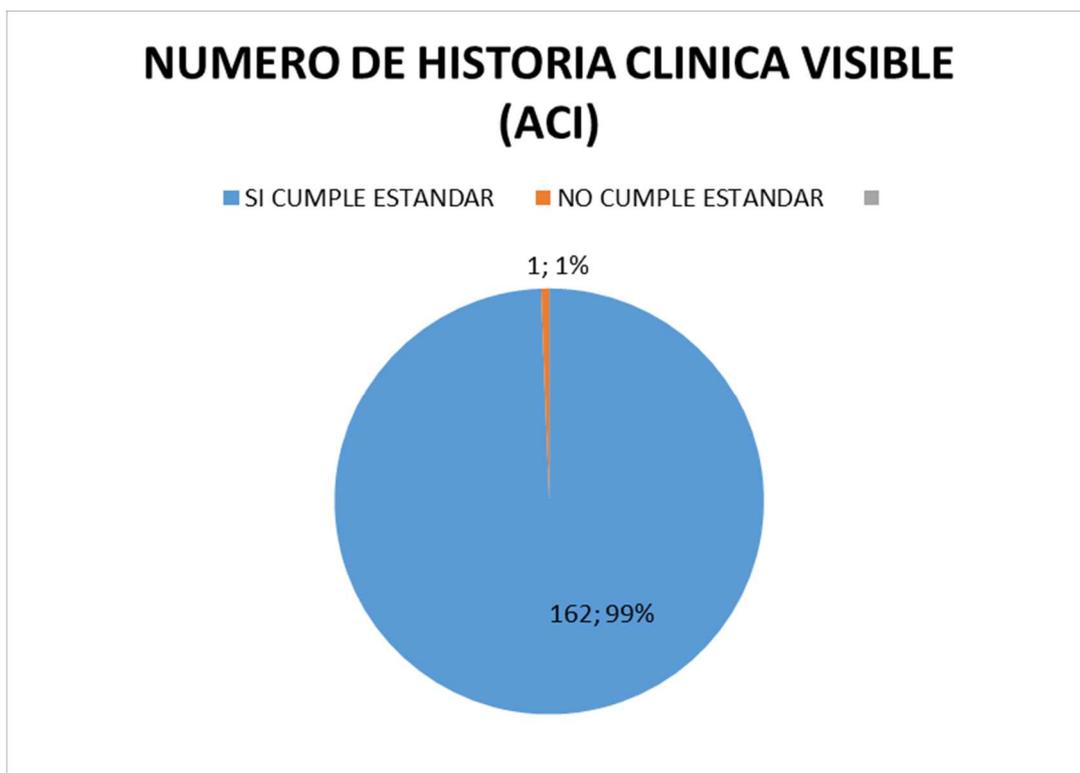
### 3.2.1.9 Número de Cédula.



**Figura 15. Porcentaje de cumplimiento de número de cédula visible**  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** Posterior al procesamiento de las historias clínicas se encontró que el 72% de estas tienen en la carpeta registrado en forma manual o impresa el número de cédula del paciente, esto se debe a que se inició un proceso de identificación mediante la asignación de un código único a cada paciente, esto se logrará con el número de cédula del mismo o en caso de tener pacientes desconocidos o extranjeros se asignara un código de 17 dígitos, hasta el momento en el hospital se ha logrado conseguir esta nueva modalidad de identificación en 40000 historias clínicas y se espera culminar para el año 2017

### 3.2.1.10 Número de Historia Clínica Visible



**Figura 16. Número de Historia Clínica visible en las carpetas.**  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** Al momento del ingreso de los pacientes al Hospital Eugenio Espejo tanto a consulta externa como a hospitalización, se realiza la creación de una historia clínica única a cada paciente la misma que tiene una codificación numérica que permitir el fácil acceso a la información del paciente, se puede evidenciar que todas las historias clínicas evaluadas poseen número de historia clínica a excepción de una Historia Clínica que por motivos de envejecimiento del material se extravió la esquina en donde se encontraba el número.

### 3.2.1.11 Registro de los Formularios de Transferencias

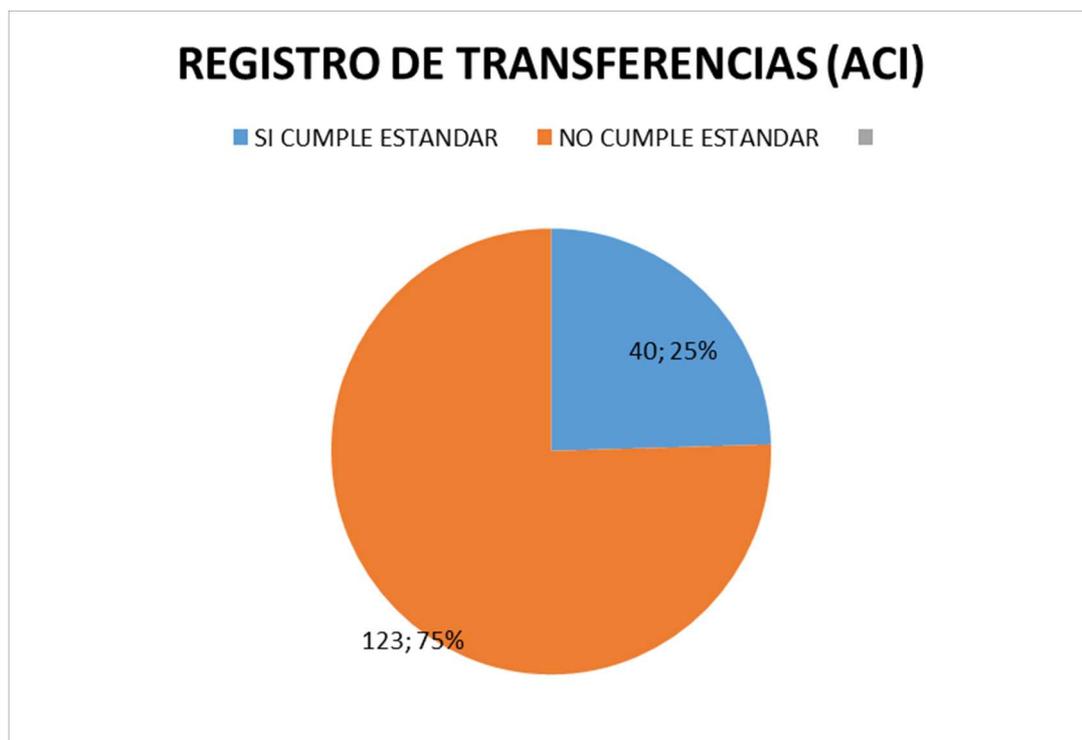


Figura 17. Porcentaje de existencia de formulario de transferencias  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** El Hospital Eugenio Espejo se constituye como un servicio de salud de Tercer Nivel el cual recibe patologías de alta complejidad, la forma en la que los pacientes acceden a esta casa de salud es mediante el proceso de referencia y contrarreferencia que se maneja a nivel nacional, lo que significa que debería existir un formulario en el que se evidencie el lugar de donde es referido y la causa de referencia, sin embargo en el 75% de historias clínicas evaluadas no se puede evaluar este indicador debido a que no se encontró el formulario físico, no se puede catalogar como No Cumple, debido a que el departamento de estadística maneja un sistema informático denominado Sat-Red donde se registra de manera digital la información contemplada en el formulario, es decir, que la causa por la que existe solo un 25% de formularios de referencias en las historias clínicas radica en que los pacientes al momento de acudir a su cita médica no entregan la documentación en mención.

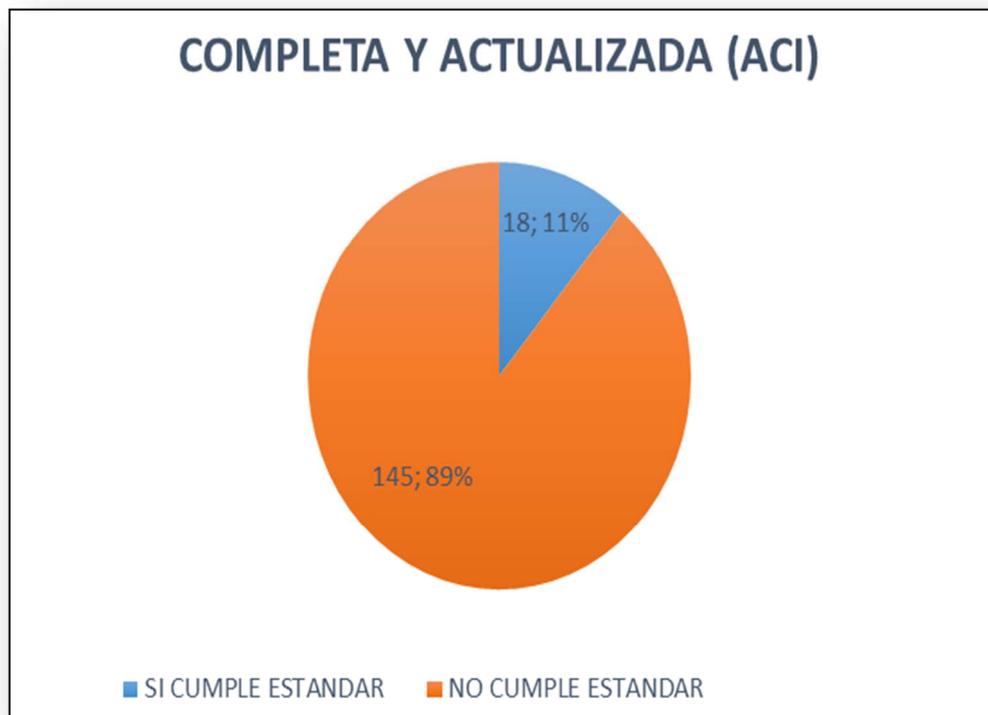
### 3.2.1.12 Registro de Interconsultas



**Figura 18. Porcentaje de existencia de formulario de interconsultas**  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** De acuerdo a la normativa hospitalaria los paciente que serán intervenidos con cualquier procedimiento quirúrgico deben ser valorados por anestesiología, servicio que será responsable de la aceptación o rechazo de la cirugía, además los pacientes mayores de 40 años son valorados por otros servicios que incluyen: cardiología y neumología, así como otras especialidades de acuerdo a las necesidades individuales de los pacientes, sin embargo, en el 12% de historias clínicas evaluadas no se encontró ningún formulario para registro de interconsulta a pesar de que se trataba de pacientes quirúrgicos.

### 3.2.1.13 Historia Clínica Completa y Actualizada



**Figura 19** Porcentaje de Historias Clínicas Completas y actualizadas  
Fuente: Archivo central HEE

**Análisis:** Finalmente se evaluó el criterio en el cual se tomó en consideración que las historias clínicas se encuentren completas y actualizadas, para el cumplimiento de dicho estándar cada historia clínica evaluada debe cumplir con todos los criterios anteriormente descritos, con estos resultado se puede concluir que el 89% de la historias clínicas evaluadas no se encontraban completas y actualizadas al momento de la intervención. El cual es un parámetro de mucho valor al momento de hablar de calidad y seguridad de los servicios médicos, el hecho de no cumplir con este parámetro expone de manera evidente la falta de compromiso por cada uno de los servidores que brinda el servicio de salud.

### 3.2.2 Evaluación de Estándares Internacionales ACI

Tabla 6

Estandar N.1

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>1.0 El equipo desarrolla sus servicios médicos para afrontar las necesidades de sus clientes.</b>				
Efectividad	Oro	1.1 La organización tiene una licencia vigente para proveer servicios médicos.	X	
Efectividad	Oro	1.2 La licencia de la organización establece claramente los servicios médicos que provee, los mismos que pueden ser apreciados por sus clientes, familias, visitantes, equipo y proveedores de servicios.	X	
Efectividad	Platino	1.3 Las políticas y procedimientos de la organización para entregar servicios médicos cumplen con las leyes y regulaciones aplicables.		X
Enfoque en la población	Platino	1.4 Los líderes del equipo recopilan información acerca de las necesidades de sus clientes para los servicios médicos.( En las necesidades de los clientes en cuanto a servicios de salud influyen algunos factores incluyendo, demográficos (ej. edad, diversidad cultural, instrucción, lenguaje); datos de morbilidad y mortalidad (ej. diagnósticos comunes, tasa de enfermedades agudas vs. crónicas, tasa de incidencia y prevalencia, tasa de lesiones); y presencia de factores de riesgo que pueden conducir a problemas de salud (ej. tasa de fumadores, dieta, tasa de consumo de alcohol).		X
Enfoque en la población	Diamante	1.5 Los líderes del equipo buscan la información de los clientes, equipo de colaboradores y de los proveedores de servicios cuando deciden los servicios médicos que ofrecerán. (Al buscar la información de los clientes, el equipo y los proveedores de servicios aseguran que los servicios reflejen en forma precisa las necesidades de los clientes.)		X
Efectividad	platino	1.6 Los líderes del equipo utilizan la información del cliente para decidir los servicios que serán brindados directamente, los referidos y para los que contratará a proveedores de servicios.		X
Enfoque en la población	Diamante	1.7 Los líderes del equipo colaboran con otros equipos como proveedores de servicios y con otras organizaciones para conocer a sus clientes, y sus necesidades de servicio El conocer el volumen de pacientes y sus necesidades está más allá de las capacidades de cualquier equipo u organización. Los líderes del equipo identifican a otros grupos y a otros proveedores de servicio, ambos, dentro y fuera de la organización necesarios para proveer acceso a una amplia gama de servicios que requieren los clientes, es decir, aquellos que necesitan los clientes antes y luego de su contacto con la organización.		X
Efectividad	Diamante	1.8 Los líderes del equipo, revisan periódicamente sus servicios para asegurarse que cumplen con las necesidades de sus clientes y realizan los cambios que fueran necesarios para ello.		X

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

El estándar N1 valora el desarrollo de los servicios médicos ofertados para afrontar las necesidades de sus clientes, este estándar está conformado por 2 criterios oro, 3 criterios platino y 2 criterios diamante, en el cual se puede evidenciar que únicamente se cumplen los criterios oro relacionados a la efectividad de los servicios, obteniendo de esta manera el 25% de los criterios establecidos, como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

cumple	cumple %	no cumple	no cumple %	total criterios	total %
2	25%	6	75%	8	100%

Tabla 7

## Estándar N. 2

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>2.0 El equipo tiene acceso a los recursos necesarios para proveer servicios médicos de calidad.</b>				
Eficiencia	Oro	2.1 Los líderes del equipo identifican los recursos necesarios para proveer servicios médicos de calidad. Lineamientos: Los recursos pueden ser humanos, financieros, estructurales o informativos.	X	
Eficiencia	Platino	2.2 El equipo tiene el número correcto de personal y la diversidad necesaria para proveer una calidad de servicios consistente durante las veinte y cuatro horas. Lineamientos: El número y la diversidad necesaria del equipo pueden basarse en algunos factores, incluyendo el número de servicios brindados, número diario de cambios, tipo de clientes atendidos y a las variaciones en la demanda de servicios durante todo el día.		X
Servicio enfocado al cliente	Platino	2.3 El equipo tiene acceso a una estructura privada para proteger la privacidad y confidencialidad de sus clientes y de sus familias. Lineamientos: Una estructura privada incluye una gama de habitaciones privadas y semiprivadas con las debidas protecciones y ropaje, cuartos privados de examinación, baños privados, área de duchas; espacio para discusiones confidenciales entre los clientes y su proveedor de servicios o con sus familias.	X	
Seguridad	Platino	2.4 Los miembros del equipo tienen acceso a un espacio de trabajo para reunirse, discutir e interactuar con sus clientes. Lineamientos: El espacio de trabajo del equipo, incluye un área privada para mantener conversaciones del equipo acerca de sus clientes y áreas lo suficientemente espaciaosas para las reuniones y valoración de los mismos y de sus familias.	X	
Efectividad	Platino	2.5 El equipo tiene una lista actualizada del equipamiento utilizado para proveer los servicios médicos en la que se incluye, el lugar de almacenamiento, el cómo debe ser utilizado y si requiere un mantenimiento periódico preventivo. Lineamiento: La información respecto al mantenimiento regular preventivo incluye la calibración, la frecuencia en que el mantenimiento preventivo se realiza; y el cómo estos resultados son registrados.	X	
Seguridad	Oro	2.6 El grupo tiene acceso a un equipo de protección personal propio para sus funciones, el cual es preservado adecuadamente. Lineamientos: Ejemplos del equipo de protección personal incluye: guantes, batas, máscaras y gorros.	X	
Seguridad	Oro	2.7 El personal tiene acceso a equipos de emergencia actualizados, que son regularmente sometidos a pruebas. Lineamientos: El equipo de emergencia puede variar de acuerdo a los servicios brindados por el personal, sin embargo, este incluye frecuentemente carros de paro, equipo de intubación, equipo de monitoreo y sistemas de soporte de vida tales como respiradores y porta-sueros.	X	
Efectividad	Platino	2.8 El personal trabaja con sus líderes y otros grupos organizacionales para planificar la capacidad de expansión de sus unidades dedicadas a proveer los servicios médicos. Lineamientos: El Planificar la capacidad de expansión es necesario para poder predecir períodos de un elevado volumen de clientes, pandemias u otras emergencias a gran escala. La coordinación entre los servicios médicos y otros grupos de la organización, por ejemplo, cuidados intensivos, departamento de emergencia y quirófanos son esenciales para facilitar el flujo de clientes dentro de la organización. Por ejemplo, el personal y sus El personal comunica a sus líderes sobre otros recursos adicionales que son necesarios para brindar servicios médicos de calidad. Por ejemplo el personal determina el equipo adicional que es necesario para brindar los servicios y trabajan con sus líderes para asegurarse que esté disponible.		X
Seguridad	Platino	2.9 El personal comunica a sus líderes sobre otros recursos adicionales que son necesarios para brindar servicios médicos de calidad Lineamientos: Por ejemplo el personal determina el equipo adicional que es necesario para brindar los servicios y trabajan con sus líderes para asegurarse que esté disponible.	X	
Vida Laboral	Diamante	2.10 Los directivos del grupo interceden con los altos directivos en representación del equipo por los recursos que son necesarios para poder brindar servicios médicos de calidad Lineamientos: Los líderes del grupo se comunican con los altos directivos a través de reuniones informativas periódicas referentes al equipo.	X	

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

El estándar N2. Valora si el equipo de salud que labora en el servicio de medicina interna cuenta con el acceso a los recursos necesarios para promover servicios médicos de calidad, de esta manera se obtiene que el porcentaje de cumplimiento de este estándar es del 80%:

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
8	80%	2	20%	10	100%

Tabla 8

## Estándar N.3

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>3.0 El equipo utiliza un acercamiento multidisciplinario para brindar servicios médicos</b>				
Efectividad	Oro	3.1 El equipo es liderado por médicos certificados.	X	
Efectividad	Diamante	3.2 Los directivos del equipo identifican a un grupo multidisciplinario para brindar servicios médicos. El equipo multidisciplinario está integrado por gente con diferentes roles y de varias disciplinas. Dependiendo de los servicios brindados el equipo puede estar integrado por médicos especialistas, enfermeras, profesionales aliados de la salud, incluyendo a nutricionistas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, kinesiólogos, farmacéuticos; personal administrativo, clero; y otros en caso de ser necesarios.	X	
Vida Laboral	Oro	3.3 Los miembros del equipo tienen perfiles de la posición que definen sus calificaciones, roles, responsabilidades y área de acción. Lineamientos: El perfil de la posición aclara quién es responsable de los diferentes servicios, incluyendo el diagnóstico, tratamiento, los servicios de apoyo (ej. nutrición, aseo y transporte); coordinación de servicio; cliente, familia y educación de proveedores de cuidado; transferencia y alta.	X	
Eficiencia	Diamante	3.4 Los miembros del equipo trabajan en todo su ámbito de acción cuando brindan servicios médicos. Lineamientos: El alcance de la actividad de una profesión establece los roles, las responsabilidades y funciones que sus miembros están permitidos a ejercer. En algunos países el campo de actividad está delimitado por leyes y /o regulaciones, donde los organismos autorizados determinan la educación, experiencia y competencias.	X	
Efectividad	Platino	3.5 Los miembros del equipo reciben entrenamiento en diferentes áreas como comunicación, solución de conflictos y liderazgo, para promover el trabajo en equipo y la colaboración entre todas las disciplinas.	X	
Efectividad	Platino	3.6 Los miembros del equipo se comunican periódicamente entre sí para coordinar servicios, roles y responsabilidades. La falta o mala comunicación entre los miembros del equipo usualmente comprometen la seguridad del paciente. El tener como prioridad una comunicación oportuna y precisa promueve la continuidad del cuidado y ayuda a prevenir eventos adversos. Los mecanismos de comunicación pueden incluir reuniones, teleconferencias u otras tecnologías virtuales como conferencias vía web que pueden involucrar al cliente y a su familia.	X	
Efectividad	Diamante	3.7 El equipo multidisciplinario evalúa regularmente su funcionamiento y realiza mejoras si éstas son necesarias. El proceso del equipo para evaluar su funcionamiento incluye la revisión de sus servicios, procesos y resultados. Para ello se puede proporcionar al equipo un cuestionario acerca del funcionamiento de las áreas con el propósito de estimular un diálogo interactivo y así lograr mejorarlas. El grupo es motivado a evaluar su desempeño por lo menos una vez al año y siempre que ocurra un cambio significativo dentro de la estructura del equipo.		X

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

El Estándar N3. Evalúa si el equipo médico que brinda servicios de salud utiliza un acercamiento multidisciplinario para brindar los servicios médicos. En este caso el estándar tiene un porcentaje de cumplimiento de 86%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No Cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
6	86%	1	14%	7	100%

Tabla 9

## Estándar N.4

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>4.0 El personal del equipo y los proveedores de servicio son gente capacitada, entrenada, calificada y competente.</b>				
Vida Laboral	Platino	4.1 Los líderes del equipo siguen criterios establecidos para reclutar y seleccionar a los miembros del personal que se basan en sus calificaciones, experiencia y afinidad con el grupo.	X	
efectividad	Oro	4.2 Los líderes del equipo verifican anualmente que cada uno de los miembros del grupo tengan las calificaciones necesarias, incluyendo credenciales actualizadas y los permisos profesionales si aplicare.Lineamientos: Por ejemplo, los médicos deben estar certificados por la autoridad regulatoria y colegio respectivos.	X	
efectividad	Oro	4.3 Los nuevos miembros del equipo reciben una orientación respecto a la organización, al grupo, sus roles y responsabilidades.Lineamientos: La orientación abarca la misión, la visión y valores de la organización; las obligaciones del equipo, metas y objetivos; roles, Responsabilidades y expectativas referentes al desempeño; políticas y procedimientos, incluyendo confidencialidad;	X	
Seguridad	Oro	4.4 Los nuevos miembros del equipo reciben entrenamiento en el uso seguro del equipo, de los instrumentos y provisiones utilizados en la entrega de servicios médicos. Lineamientos: Durante la orientación, los nuevos miembros de equipo son instruidos de manera apropiada y segura para estar preparados en situaciones de emergencia y seguridad, son entrenados en cómo utilizar los equipos, los instrumentos y las provisiones, por ejemplo, la localización y almacenamiento del equipo personal de protección, herramientas de diagnóstico, alertas, carros de paro, de una manera segura y apropiada.	X	
Seguridad	Oro	4.5 Los nuevos miembros del equipo son entrenados en el uso apropiado del equipo personal de protección.Lineamientos: El equipo apropiado de protección personal puede incluir guantes, prendas de vestir, máscaras y botas.	X	
Seguridad	Oro	4.6 El personal recibe entrenamiento permanente en bombas de infusión Lineamientos: Entre más bombas de infusión existan dentro de una organización hay una mayor oportunidad que se produzcan errores serios. Las organizaciones son incentivadas para estandarizar en el mayor grado posible las bombas de infusión. Las organizaciones deben ofrecer un entrenamiento continuo y efectivo, a su personal y a los proveedores de servicios en bombas de infusión, cubriendo la competencia, continuidad del personal, tecnología de las bombas de infusión y localización de las mismas. Este entrenamiento es obligatorio proporcionarlo a la gran mayoría de proveedores de servicios, ya que ellos dentro de la organización trabajan en más de una dependencia, lo cual significa que deben ser competentes en el uso de los diferentes tipos de		X
Seguridad	Oro	4.7 Los nuevos miembros del equipo son capacitados en el manejo de la violencia en el sitio de trabajo, de modo que puedan proteger al personal y a los proveedores de servicio de comportamientos violentos o agresivos Lineamientos: Por ejemplo, los miembros del equipo son entrenados en cómo advertir a pacientes agresivos y mejores prácticas para trabajar solos		X
Efectividad	Platino	4.8 Los nuevos miembros del equipo reciben entrenamiento en competencias culturales para que brinden servicios efectivos a los clientes.Lineamientos: Las competencias culturales son una serie de destrezas que permiten a los miembros del equipo aumentar su conocimiento respecto a las diferencias existentes entre las culturas. Las mismas que pueden incluir el país de origen, lenguaje, educación, tradiciones espirituales, tradiciones familiares, dieta y nutrición.		X
Vida Laboral	Platino	4.9 Los nuevos miembros del equipo son capacitados en los procesos de la organización referentes al manejo de problemas éticos.Lineamientos: Los problemas éticos pueden incluir conflicto de intereses, el no cumplir con los lineamientos éticos, tales como el romper la confidencialidad, implicaciones éticas de la asignación de recursos, ej. necesidad vs capacidad para pagar servicios de salud, el rol del consentimiento informado, solicitar el alta en contra de la recomendación médica y las		X
Vida laboral	Oro	4.10 Cada miembro del equipo tiene un expediente personal actualizado que incluye información respecto al proceso de selección, contrato de empleo, verificación de sus calificaciones, licencias y permiso profesionales si se aplicara, además de la orientación, educación y entrenamiento recibidos.	X	
Efectividad	Platino	4.11 Los directivos del equipo evalúan regularmente el desempeño de cada uno de los miembros de una manera objetiva, interactiva y positiva, documentando esta información en el expediente personal. Lineamientos: Al evaluar el desempeño personal, los directivos del equipo revisan la habilidad de cada miembro para desempeñar sus responsabilidades y consideran sus fortalezas, las áreas en las que debe mejorar, y sus contribuciones respecto a la seguridad del paciente y otras áreas	X	
Vida Laboral	Diamante	4.12 Cada miembro del equipo tiene un plan de desarrollo profesional que está incluido en su expediente personal. Lineamientos: El plan de desarrollo profesional se lo utiliza para identificar y aprovechar las áreas de fortaleza y desarrollar áreas de perfeccionamiento.		X
Vida Laboral	Platino	4.13 Los líderes del equipo supervisan y conocen de la capacitación, entrenamientos continuos y necesidades de desarrollo profesional de cada miembro de grupo y documenta esta información en su expediente personal. Lineamientos: El proceso de supervisar y conocer las necesidades de aprendizaje continuo de cada miembro puede		X

**Análisis:** El estándar N4 valora si el personal que labora en el servicio de medicina interna y los proveedores de servicios médicos son personas capacitadas, entrenada, calificada y competente, luego del análisis se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de este estándar en un 54%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
7	54%	6	46%	13	100%

Tabla 10

## Estándar N.5

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>5.0 El personal promueve el equilibrio entre el bienestar y la vida laboral de cada uno de sus miembros.</b>				
Vida Laboral	Platino	5.1 Los líderes del equipo siguen los criterios establecidos por la organización para asignar los clientes a los miembros del equipo y otras responsabilidades de una manera justa y equitativa. Lineamientos: Los criterios están basados en estándares aceptados de prácticas, requerimientos legales, conocimiento, experiencia y otras calificaciones, en el volumen o en la complejidad de sobrecarga de asignaciones, cambios en los mismos, seguridad y necesidades del cliente.		X
Vida Laboral	Oro	5.2 El equipo tiene una política referente al número de horas laborales, que incluye el número máximo de horas por turno y por semana, y a cualquier condición laboral que pueda afectar la salud y el bienestar del grupo. Lineamientos: Ejemplo de condiciones laborales que podrían afectar la salud y el bienestar del equipo incluye turnos nocturnos y exposición a materiales infecciosos o de riesgo.	X	
Vida Laboral	Diamante	5.3 Los miembros del grupo colaboran en su trabajo y en la tarea asignada, incluyendo en la definición de los roles y responsabilidades, en la asignación de casos y donde se aplique. Lineamientos: El trabajo asignado se refiere a la manera en cómo un grupo de tareas o un trabajo completo es organizado. La designación de tareas se refiere a todos los factores que afectan en su desempeño, incluyendo rotación de oficios, recesos de trabajo, y horas laboradas. El diseño del trabajo efectivo ayuda al personal al manejo de su tiempo, fatiga, estrés y equilibrio de su vida laboral.		X
Vida Laboral	Diamante	5.4 Los miembros del equipo tienen acceso a estrategias saludables en el lugar de trabajo para mejorar su salud y bienestar. Lineamientos: Las estrategias saludables en el lugar de trabajo pueden ser ofertadas a nivel de grupo o a nivel organizacional. Ellas pueden incluir programas para manejar el estrés, bajar de peso, dejar de fumar; e iniciativas para estimular estilos de vida saludable, por ejemplo, incentivos de membresía en gimnasios y el ejercitarse, o una alimentación saludable durante la hora de almuerzo.		X
Vida Laboral	Platino	5.5 El equipo tiene acceso a un espacio privado y tranquilo para reflexionar, descansar y observar prácticas religiosas.	X	
Vida Laboral	Platino	5.6 Los líderes del equipo supervisan los niveles de fatiga y estrés de cada uno de sus miembros para identificar los factores predisponentes y así poder realizar los cambios necesarios. Lineamientos: Los niveles de fatiga y estrés pueden controlarse examinando las horas laboradas, sobretiempos, o casos de eventos adversos. El estrés y la fatiga pueden ser el resultado de diversos factores incluyendo problemas de horario, recortes de personal, ambientes de estrés (por ejemplo: ruido). Los líderes del equipo necesitan modificar estos factores para manejar los riesgos de estrés y seguridad.		X
Vida Laboral	Platino	5.7 Los miembros del equipo tienen acceso a servicios de consejería incluso de manera inmediata luego de episodios traumáticos. Lineamientos: El acceso al apoyo emocional y consejería puede ser de manera grupal o individual y puede ser provisto por un psicólogo o consejero espiritual.		X
Vida Laboral	Diamante	5.8 El equipo tiene un proceso o programa justo y objetivo para reconocer los aportes de sus miembros. Lineamientos: Las actividades de reconocimiento pueden ser individuales, por ejemplo, premios basados en los años de servicio o bien, basados en el grupo, tales como en actividades de equipo.		X

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

El estándar N5 está conformado por 8 criterios, los cuales están enfocados a evaluar si el personal promueve el equilibrio entre bienestar y vida laboral de cada uno de sus miembros. De esta manera se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 25%, lo cual nos hace pensar que en cuanto a la vida laboral y bienestar de los empleados no ha alcanzado estándares básicos para lograr una atención de calidad.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
2	25%	6	75%	8	100%

Tabla 11

## Estándar N.6

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>6.0 El equipo coordina el acceso oportuno a los servicios por parte de los clientes, familias, proveedores de servicio y organizaciones de referencia.</b>				
Accesibilidad	Platino	6.1 El equipo identifica y retira donde le sea posible los obstáculos que impiden a los clientes, sus familias, proveedores de servicios y a las organizaciones de referencia, el acceder a los servicios. Lineamientos: El acceso puede estar comprometido por obstáculos que están bajo el control del equipo (ej. congestión como resultado por falta de funcionamiento en el adecuado flujo pacientes, barreras físicas o de lenguaje, ausencia o ineficiencia o excesiva capacidad de los protocolos) o por barreras que no son como por ejemplo personal inadecuado, disponibilidad de recursos o camas).		X
Accesibilidad	Oro	6.2 El equipo completa un tamizaje inicial para acoplar al cliente a sus servicios determinar el nivel de prioridad.	X	
Accesibilidad	Oro	6.3 El proceso de admisión del equipo incluye procedimientos para identificar a los clientes emergentes y a los no emergentes.	X	
Continuidad de Servicio	Oro	6.4 El proceso de admisión del equipo incluye procedimientos para recibir a los clientes referidos por otros proveedores de servicio y organizaciones.	X	
efectividad	Oro	6.5 El equipo tiene una política y procedimiento para en ciertas ocasiones negar la prestación de servicios al cliente. Lineamientos: La política y el procedimiento pueden variar entre y dentro de las organizaciones; sin embargo tienen que especificarse las condiciones referentes a los servicios que podrían negarse. Sin embargo, los mismos no podrán ser negados cuando los clientes requieren atención de manera urgente o emergente.	X	
Efectividad	Oro	6.6 En los casos que el equipo niega los servicios de atención al cliente, basados en sus políticas y procedimientos, le ayudará a encontrar servicios alternativos.	X	
Efectividad	Oro	6.7 Una vez admitido, el equipo provee información al cliente y a su familia con respecto a sus servicios. La información comprende el alcance de los costos y otros servicios disponibles para direccionar las necesidades específicas del cliente. La información debe ser fácil de entender, estar disponible en los idiomas más comúnmente hablados por la población atendida, y también en forma escrita, como por ejemplo, en folletos.	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	6.8 Con la autorización del cliente, el equipo recopila información sobre su historia clínica para así determinar la necesidad del servicio requerido. Este proceso puede llamarse admisión, ingreso, pre-admisión o tamizaje. Es usado para determinar si los servicios del equipo se acoplan a las necesidades y preferencias del cliente, identifica las necesidades inmediatas del cliente, y decide sobre las prioridades de los servicios. El proceso se adapta a las diversas necesidades de los clientes y de sus familias, por ejemplo, lenguaje, cultura, nivel de educación, estilo de vida, e incapacidad física o mental.	X	
Accesibilidad	Platino	6.9 El equipo revisa regularmente las necesidades de los clientes que esperan por los servicios, para identificar y responder rápidamente a quienes están en una situación crítica o de emergencia. Los miembros del equipo revisan regularmente el estado del cliente para responder a los cambios de las condiciones del mismo, especialmente en caso de un deterioro que requiera una necesidad urgente de servicios adicionales, o una necesidad emergente de ser transferido a otro nivel de atención, como por ejemplo a cuidados críticos o intensivos.	X	
efectividad	Oro	6.10 Si el equipo es incapaz de admitir a un cliente que requiere servicios médicos, trabaja para obtener un cuidado equivalente de atención para el cliente en otra unidad o en otra organización.	X	
Accesibilidad	Diamante	6.11 El equipo realiza una evaluación del promedio de tiempo-respuesta utilizado para responder a los requerimientos de servicios o de información. Lineamientos: El equipo ha definido como medir el tiempo de respuesta, por ejemplo, tiempo de admisión, tiempo de la primera consulta; y en cuales casos han ocurrido, admisiones emergentes vs no emergentes (programadas).	X	
efectividad	Platino	6.12 Cuando el equipo es incapaz de admitir a un cliente que requiera de sus servicios médicos, deberá registrar dicha información para ser utilizada en las futuras planificaciones de servicio.		X

**Análisis:** El estándar N6 evalúa como el equipo coordina el acceso oportuno al servicio de medicina interna por parte de los clientes, familia, proveedores de servicios y organizaciones de referencia, para este estándar se evaluaron 12 criterios mediante los cuales se evidenció un cumplimiento del 83%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
10	83%	2	17%	12	100%

Tabla 12

## Estándar N.7

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>7.0 El grupo asesora a los clientes de forma apropiada y precisa.</b>				
efectividad	Oro	7.1 El equipo valora la salud física del cliente. Lineamientos: Los elementos de la salud física incluyen la historia médica, historia de alergias, perfil de medicación, estado de salud, estado nutricional y <del>necesidades nutricionales específicas.</del>	X	
efectividad	Platino	7.2 El grupo valora la salud psicosocial del cliente. Lineamientos: Los elementos de la salud psicosocial comprenden los estados funcionales y emocionales, incluyendo la comunicación del cliente y su capacidad de propio cuidado; estado de salud mental como sus características de personalidad y de comportamiento; situación socio económica de <del>orientación espiritual y creencias culturales.</del>		X
Servicio enfocado al Cliente	Platino	7.3 El equipo evalúa el dolor del cliente por medio de medidas clínicas estandarizadas. Lineamientos: El equipo utiliza medidas clínicas estandarizadas para determinar la intensidad del dolor, la calidad, localización, alivio y factores predisponentes, y su impacto en las actividades diarias. Un número de medidas clínicas estandarizadas son documentadas en la literatura y utilizadas en la práctica. Ejemplos para adultos incluyen la Escala de Evaluación Numérica de la intensidad y alivio del dolor (0-10), y el Inventario del Dolor de Corta Duración para determinar la habilidad funcional. En el caso de infantes y niños se incluyen el Perfil del Dolor del Infante prematuro de Stevens y la Escala Modificada de las Caras del Dolor. Existen ejemplos adicionales para personas discapacitadas en el área verbal y de conocimiento que incluye la Lista de Indicadores no <del>Modelos del Dolor de Feldt y los indicadores de comportamiento.</del>	X	
Efectividad	Platino	7.4 El grupo valora las necesidades del cliente para los servicios de cuidados intensivos.	X	
Efectividad	Diamante	7.5 El equipo valora las necesidades y expectativas del cliente y la participación de su familia en el cuidado de su salud. Lineamientos: La valoración toma en consideración la manera en la que los clientes perciben sus necesidades, los resultados, y expectativas de servicios esperados, así como sus precauciones respecto a sus problemas de salud y la manera de prevenirlos. La valoración de la familia y su participación incluye el evaluar su disponibilidad además de la ayuda a la comunidad una vez que haya finalizado el servicio. El equipo también evalúa a la familia y a los proveedores para poder proporcionar servicios de apoyo que ellos pudiesen <del>necesitar durante o después del período en el cual el cliente se relacione.</del>		X
seguridad (ROP)	Diamante	7.6 El equipo concilia la medicación del cliente al momento del ingreso a la organización (incluyendo el departamento de emergencia o unidades de hospitalización), con la participación del cliente. Lineamientos: La conciliación de la medicación es una manera de recopilar y comunicar información precisa respecto a la medicación del cliente, incluyendo medicación de venta libre, medicaciones alternativas, vitaminas y suplementos. La mala comunicación acerca de la medicación en los puntos de transición puede ocasionar errores y eventos adversos. La conciliación de la medicación es una responsabilidad compartida que tiene que involucrar al cliente o a su familia. Una comunicación cercana entre el <del>médico de cabecera y la farmacia es obligatoria.</del>		X
Seguridad	Diamante	7.7 Conciliación de la Medicación al Momento de la Admisión. Lineamientos: Accreditation Canada establece definiciones y protocolos de colección de datos basados en la investigación, revisiones bibliográficas y aportes de líderes expertos. Los objetivos para cada indicador se establecen basándose en revisiones <del>bibliográficas, aportes de expertos, así como en análisis comparativos de</del>		X
Efectividad	Oro	7.8 El grupo tiene acceso oportuno al laboratorio y a otros servicios de diagnóstico para completar la valoración del cliente. Lineamientos: Ejemplos de servicios de diagnóstico incluye radiología y diagnóstico de imagen. Adicionalmente, acceso oportuno al laboratorio y a otros servicios de diagnóstico. Los tiempos de entrega para recibir los reportes son también esenciales y <del>impactar en el cuidado del cliente. El acceso al laboratorio y a otros</del>	X	
Efectividad	Oro	7.9 El equipo tiene acceso a consultas especializadas de emergencia y de rutina para completar la valoración del cliente.	X	
efectividad	Oro	7.10 El equipo documenta los resultados de la valoración en la historia clínica del cliente de una forma claramente escrita y accesible para el médico que atiende al usuario y para las demás personas responsables de su <del>cuidado.</del>	X	
Continuidad de Servicio	Diamante	7.11 El equipo comparte la valoración con sus clientes, familias y demás proveedores de servicios en una forma oportuna, precisa y fácil de <del>entender.</del>		X
Efectividad	Oro	7.12 El equipo revisa periódicamente la valoración y la actualiza si el estado de salud del paciente cambia significativamente.	X	

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

**Análisis:** El estándar N 7 evalúa al equipo de médicos, enfermeras y colaboradores en cuanto a su actitud frente a los clientes al momento de asesorarlos, se considera que debe ser de manera clara, apropiada y precisa. El porcentaje de cumplimiento de dicho estándar es del 58%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
7	58%	4	33%	12	100%

Tabla 13

## Estándar N. 8

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>8.0 El equipo respeta los derechos de los pacientes y obtiene el consentimiento informado para entregar los servicios.</b>				
efectividad	Oro	8.1 El equipo tiene una política sobre el consentimiento informado que cumple las leyes y regulaciones aplicables.	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.2 El equipo educa al cliente y familias sobre sus derechos.		X
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.3 Los miembros del equipo proveen a los clientes y familiares información oportuna completa y precisa para ayudarles a tomar decisiones sobre los servicios.	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.4 El equipo verifica que el cliente y su familia comprendan la información de los servicios proporcionada acerca de los servicios y documenta esta información en el registro del paciente		X
Efectividad	oro	8.5 El equipo obtiene el consentimiento informado del cliente antes de proveer los servicios.		X
efectividad	Oro	8.6 Cuando los clientes son incapaces de entregar el consentimiento informado, el equipo se refiere a las directrices avanzadas de clientes si están disponibles u obtiene el consentimiento utilizando un sustituto en la toma de decisión.	X	
servicios enfocados al cliente	Oro	8.7 El equipo protege las pertenencias del cliente de robos o pérdidas.		X
efectividad	Platino	8.8 El equipo sigue el proceso de la organización para identificar, resolver y registrar Todos los asuntos relacionados a la ética.		X
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.9 El equipo tiene un proceso para que los clientes y familiares presenten un reclamo.	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.10 El equipo educa a los clientes y familias la manera de presentar una queja.		X
Servicio enfocado al Cliente	Diamante	8.11 El equipo responde a las quejas de los clientes y familia de una manera abierta, justa y oportuna.	X	

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

**Análisis:** El estándar N8 evalúa el respeto hacia los pacientes al momento de obtener el consentimiento informado cuando el equipo entrega los servicios médicos, para valorar este estándar también se consideró los resultados de la evaluación a las historias clínicas así como la observación de las actividades realizadas en el servicio, luego del análisis se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 45%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
5	45%	6	55%	11	100%

Tabla 14

## Estándar N.9

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>9.0 El equipo desarrolla un plan integrado de servicios para cada cliente basado en los objetivos del servicio y los resultados esperados.</b>				
Efectividad	Oro	9.1 El equipo se adhiere a las leyes aplicables, políticas de la organización y códigos de ética profesionales cuando entregan servicios médicos.	X	
Servicio enfocado al Cliente	Platino	9.2 El equipo trabaja con el cliente y familia para identificar los objetivos del servicio y los resultados esperados.		X
Servicio enfocado al Cliente	Oro	9.3 El equipo desarrolla un plan de servicio para cada cliente. Lineamientos: El plan aborda donde y con qué frecuencia serán entregados los servicios; cronogramas para iniciar los servicios, el cómo lograr los objetivos y resultados esperados y servicios complementarios; como el equipo supervisará los logros de los objetivos del servicio y resultados esperados; y planifica además la transición o seguimiento una vez que el cliente deja la organización, de ser aplicable.		X
Servicio enfocado al Cliente	Platino	9.4 El plan de servicios es construido en los objetivos y resultados de servicio al cliente esperado.		X
Servicio enfocado al Cliente	Diamante	9.5 El plan de servicio al cliente incluye estrategias para manejo del dolor y otros síntomas.	X	
Continuidad de Servicio	Platino	9.6 El equipo comparte el plan de servicio al cliente de manera oportuna con todos los proveedores de servicio al cliente.		X
seguridad (ROP)	Oro	9.7 El equipo implementa un protocolo de verificación de cliente para todos los servicios y procedimientos.	X	
Efectividad	Oro	9.8 El equipo documenta todos los servicios recibidos por el cliente en su expediente clínico.		X
Efectividad	Oro	9.9 El médico a cargo firma todas las órdenes, prescripciones y servicios documentados en el registro de salud del cliente.	X	
efectividad	Diamante	9.10 El equipo supervisa si los clientes alcanzan sus objetivos de servicio y los resultados esperados. Lineamientos: El equipo es motivado para mantener un registro del progreso, utilizando tanto métodos cualitativos como cuantitativos.		X

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

**Análisis:** El estándar N9 evalúa si el equipo desarrolla un plan integrado de servicios para cada cliente, si este plan está basado en los objetos del servicio y los resultados esperados, el estándar está conformado por 10 criterios de los cuales se cumplen 4 criterios 3 oro y 1 diamante en cual hace referencia a la existencia de estrategias para el manejo del dolor, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 40%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
4	40%	6	60%	10	100%

Tabla 15

## Estándar N.10

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>10.0 El equipo maneja la medicación de manera segura y precisa.</b>				
efectividad	Oro	10.1 El equipo identifica miembros calificados del grupo para prescribir, administrar, almacenar, manejar y desechar la medicación así como para registrar la información de medicación en el expediente del cliente. Lineamientos: En muchas jurisdicciones, los médicos son los únicos profesionales de la salud autorizados para prescribir y ordenar medicamentos	X	
seguridad	Oro	10.2 Antes de despachar la medicación, un miembro calificado del equipo revisa que cada prescripción esté completa y sea precisa. Lineamientos: Como mínimo cada prescripción muestra el nombre del cliente, el nombre de la medicación, dosis, frecuencia y el profesional que la prescribe.	X	
seguridad	Oro	10.3 Un miembro del equipo calificado llena la prescripción y despacha la medicación de manera oportuna y precisa. Lineamientos: El acceso al área de almacenamiento es restringido al personal autorizado y proveedores de servicio. La cerradura puede ser solamente abierta por personal autorizado con una llave, código de acceso o tarjeta magnética.	X	
seguridad	Platino	10.4 Un miembro calificado del equipo revisa periódicamente cada prescripción del cliente para valorar si la medicación es correcta, el uso de medicación múltiple y posibles interacciones medicamentosas.	X	
efectividad	Platino	10.5 El equipo responde a los requerimientos de medicamentos e información sobre la medicación en horarios especiales y en emergencias. Lineamientos: Los procesos del equipo incluyen un procedimiento para obtener medicación no disponible en la organización o cuando la farmacia está cerrada.	X	
Seguridad	Oro	10.6 El equipo sigue las políticas de la organización sobre almacenamiento seguro de los medicamentos y el desecho de medicamentos caducados, contaminados o innecesarios. Las políticas para el almacenamiento y desecho de medicamentos incluyen el identificar los medicamentos para el desecho, y tomar precauciones para su eliminación incluyendo contenedores especiales sellados; un proceso para etiquetar medicamentos para desecho; y sistemas de manejo de desperdicios específicos para garantizar la destrucción segura de los medicamentos.	X	
Seguridad	Oro	10.7 El equipo desecha los medicamentos caducados, contaminados e innecesarios de manera segura. El equipo tiene un proceso para identificar medicamentos para su destrucción y toma precauciones para desecharlos incluyendo contenedores Especiales sellados; un proceso para etiquetar medicamentos para desecho; y sistemas de manejo de desperdicios específicos para garantizar la destrucción segura de los medicamentos.	X	

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

**Análisis:** El estándar N10 hace referencia a las actividades que se realizan en el servicio para el manejo seguro y preciso de la medicación, para lo cual se tomó en cuenta la valoración de historias clínicas en la que se evaluó la presencia del formulario de administración de medicación, el manejo de dosis unitaria, el almacenamiento de la medicación así como la capacitación del personal que administra la medicación, para este estándar se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 100%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
10	100%	0	0%	10	100%

Tabla 16.

## Estándar N.11

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>11.0 El equipo prepara al cliente y familias para las transferencias y altas.</b>				
efectividad	Oro	11.1 El equipo establece criterios para guiar el alta y transferencia de los clientes.	X	
efectividad	Diamante	11.2 El equipo inicia la planeación del alta o transferencia del cliente tan pronto como es posible inclusive al momento de su admisión.	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	11.3 El equipo notifica a los clientes, familias y proveedores de cuidados sobre la transferencia o alta oportunamente	X	
Servicio enfocado al Cliente	Platino	11.4 El equipo prepara a los clientes, familiares y proveedores de cuidados sobre lo que deben esperar en la transferencia y alta, y proporcionan las instrucciones para el Seguimiento.	X	
efectividad	Oro	11.5 El equipo sigue sus criterios del alta para determinar y documentar que cada cliente está listo para el alta.	X	
Continuidad de Servicio	Platino	11.6 El equipo determina la necesidad de apoyo y continuidad de los servicios médicos del cliente durante la transferencia o alta. El apoyo y/o continuidad de los servicios médicos pueden incluir fluidos intravenosos o medicamentos, muletas o silla de ruedas. Estos están dirigidos para dar soporte al estado de salud del cliente y su estabilidad durante la transferencia a otro servicio o el alta a su domicilio. Por ejemplo, en los clientes que requieren mucho soporte, el equipo solicita una ambulancia con paramédicos para proveer la continuidad del servicio médico que permita mantener estable al cliente durante la Transferencia.	X	
Continuidad de Servicio	Platino	11.7 Para los clientes que son referidos a otro servicio u organización, el equipo trabaja con dichos proveedores de servicio o la organización para coordinar la transferencia del cliente.	X	
Seguridad	Platino	11.8 El equipo concilia la medicación del cliente antes de referir o dar el alta con la lista de cualquier nueva medicación ordenada.		X
Continuidad de Servicio (ROP)	Platino	11.9 El equipo transfiere información de manera efectiva entre los proveedores al momento de la transferencia.	X	
Efectividad	Oro	11.10 El equipo documenta el alta o transferencia en el registro de salud del cliente, incluyendo un resumen de los servicios provistos.		X
Continuidad del servicio	Oro	11.11 Para los clientes que son referidos a otro proveedor de servicio u organización, el equipo provee al proveedor que lo recibe o a la organización una copia del alta escrita o del resumen de transferencia.	X	
Continuidad del servicio	Diamante	11.12 Luego de la transferencia o alta, el equipo contacta a los clientes y familias para verificar que sus necesidades han sido satisfechas y usa esta información para hacer mejoras en la transferencia y al término de la planificación del servicio.		X

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

**Análisis:** El estándar N11 evalúa si el equipo prepara al cliente para las transferencias y altas, se tomó en cuenta el resultado obtenido a través de la evaluación de las historias clínicas para la existencia del formulario de transferencia. Para lo cual obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 83 %.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
9	83%	3	17%	12	100%

Tabla 17

## Estándar N.12

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>12.0 El equipo mantiene registros de los clientes de una manera precisa, actualizada y segura.</b>				
efectividad	Oro	12.1 El equipo mantiene un completo y actualizado registro de cada cliente.	X	
efectividad	Oro	12.2 El equipo usa un identificador único del cliente como un número determinado, para vincular al registro del cliente.	X	
efectividad	Oro	12.3 El equipo tiene un proceso estandarizado para mantener todos los análisis diagnósticos, servicios y medicamentos en el registro de salud del cliente, así como una lista de los miembros del equipo involucrados en el cuidado del cliente.		X
Servicio enfocado al Cliente	Oro	12.4 El equipo almacena los registros del cliente de una manera que protege la privacidad y confidencialidad de la información del cliente.	X	
Accesibilidad	Platino	12.5 El personal y los proveedores de servicio tienen acceso oportuno a los registros del cliente.	X	
efectividad	Diamante	12.6 El equipo completa una auditoría interna de los registros del cliente para verificar que éstos son precisos, actualizados, y que cumplen con las políticas y procedimientos de la organización para el manejo de la información.	X	
efectividad	Diamante	12.7 El equipo utiliza los resultados de las auditorías internas para hacer mejoras a los registros de su cliente, como sea aplicable.	X	

**Fuente:** Evaluación de estándares ACI 2010

**Análisis:** El estándar N12 Evalúa si el equipo mantiene las Historias Clínicas existentes en el servicio de una manera precisa, actualizada y segura. Para lo cual se evaluó en las historias clínicas si estas se encontraban actualizadas y completas, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 86%.

Cumple	%	No cumple	%	Total Criterios	%
6	86%	1	14%	7	100%

Tabla 18.

## Estándar N.13

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>13.0 El equipo basa sus servicios en la investigación, en los lineamientos basados en la evidencia, y en la información de buenas prácticas.</b>				
efectividad	Oro	13.1 El equipo accede a los lineamientos basados en la evidencia para los servicios médicos. los servicios necesarios luego de un ataque cardiaco, incluyendo probar protocolos para determinar la extensión del daño y riesgos potenciales para asuntos relacionados, como un infarto. El equipo además se refiere a los lineamientos para el seguimiento continuo y cuidado post-agudo, incluyendo control de lípidos y presión sanguínea, los cuidados de seguimiento apropiados para reducir el riesgo de re-ingreso y el manejo de factores de riesgo, incluyendo la dieta, el ejercicio, el fumar y el estrés. Los lineamientos pueden ser establecidos internamente por un comité, un consejo o un individuo, quienes desarrollan herramientas y hacen recomendaciones al equipo, fundamentados en información basada en la evidencia. Los lineamientos de otras organizaciones o asociaciones pueden también ser adoptados por el equipo.	X	
efectividad	Oro	13.2 El equipo sigue un proceso estandarizado para seleccionar los lineamientos basados en la evidencia para los servicios médicos. Lineamientos: El proceso para seleccionar los lineamientos puede incluir el uso de expertos, un panel de consenso o la Evaluación de las Guías de Investigación y Calificación de los Instrumentos, el cual permite a las organizaciones evaluar el desarrollo metodológico de lineamientos de práctica clínica desde las seis perspectivas: alcance y propósito, participación de los involucrados, rigor del desarrollo, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial.	X	
efectividad	Diamante	13.3 El equipo sigue un detallado proceso para negociar y decidir entre los conflictos acorde a los lineamientos basados en la evidencia, recomendaciones múltiples o la aplicación de más de un lineamiento para clientes con co-morbilidad.	X	
efectividad	Diamante	13.4 El equipo utiliza los lineamientos de la práctica clínica y guías de cuidado fundamentados en guías basadas en la evidencia.		X
efectividad	Platino	13.5 El equipo tiene guías de cuidado para los diagnósticos comunes que maneja.	X	
efectividad	Platino	13.6 El equipo tiene acceso a los lineamientos en el sitio del cuidado.		X
efectividad	Platino	13.7 El equipo revisa periódicamente los lineamientos para verificar que estén actualizados, que reflejen la investigación actual y las mejores prácticas. Lineamientos: La revisión del equipo incluye formas de acceder a las últimas investigaciones e información, por ejemplo, mediante revisiones bibliográficas, publicaciones de expertos, organizaciones nacionales o asociaciones. La información de investigación puede incluir la investigación intervencionista, los programas de evaluaciones y los estudios clínicos.	X	
efectividad	Oro	13.8 Las actividades de investigación del equipo para servicios médicos cumplen los estándares aplicables de investigación y protocolos éticos.	X	
Enfoque en la población	Diamante	13.9 El equipo comparte investigación, lineamientos e información de referencia con otras organizaciones similares.		X

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

**Análisis:** El estándar N9 evalúa si el equipo basa sus servicios en la investigación, en los lineamientos basados en la evidencia y en la información de buenas prácticas. Para el análisis se tomó en consideración la aplicación de estándares internacionales para el manejo de patologías comunes en el servicio de medicina interna, así como la existencia de un proceso estandarizado para la selección de criterios o protocolos, y el compartir información de referencia con otras organizaciones similares, para este estándar no se logró el porcentaje de cumplimiento deseado 67%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
6	67%	3	33%	9	100%

Tabla 19.

## Estándar N.14

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>14.0 El equipo promueve la seguridad en el ambiente del servicio.</b>				
seguridad	Oro	14.1 El equipo identifica, reduce y maneja los riesgos para el cliente y la seguridad del personal.	X	
seguridad	Oro	14.2 Cada miembro del equipo es evaluado periódicamente y recibe inmunizaciones, como sea aplicable, para enfermedades infecciosas comunes.	X	
seguridad	Platino	14.3 El personal y proveedores de servicio, realizaran reuniones informativas periódicas de seguridad para compartir información sobre problemas potenciales de seguridad, reducir el riesgo del error y mejorar la calidad del servicio.	X	
efectividad	Platino	14.4 El equipo sigue las políticas y procedimientos de la organización sobre los procesos de verificación para actividades de alto riesgo. Lineamientos: Los equipos de servicios médicos deben seguir los procesos establecidos de verificación para reducir el riesgo de daño. Procesos de verificación para actividades de alto riesgo, como el ordenar y recibir resultados de pruebas críticas, manejo de procedimientos quirúrgicos o de otros invasivos, pruebas diagnósticas, y manejo de medicación, son un método efectivo de proteger la seguridad del cliente.	X	
seguridad	Platino	14.5 El equipo sigue las políticas y procedimientos de la organización para dar a conocer acerca de los eventos adversos a los clientes y sus familias.		X
efectividad	Oro	14.6 El equipo registra todos los eventos centinela, accidentes fallidos y eventos adversos en sus archivos y en el registro de salud del cliente, como sea aplicable.	X	
seguridad	Oro	14.7 El equipo hace el seguimiento, supervisa e investiga las tasas de eventos centinela, accidentes fallidos y eventos adversos. Este criterio está vinculado a otros estándares en las Normas para la Eficiencia Organizacional que requieren las organizaciones para tener un sistema de reporte consistente con legislación aplicable para accidentes fallidos, eventos centinelas y adversos. El personal y los proveedores de servicio que entreguen servicios médicos son responsables de implementar los procesos de la organización. Adicionalmente, la información sobre eventos centinelas, accidentes fallidos y eventos adversos es seguida específicamente por los servicios médicos y es reportada de una manera consistente junto con otros sucesos en la organización, de modo que la información pueda ser resumida a este nivel		X

Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010

**Análisis:** El estándar N 14 evalúa si el equipo promueve la seguridad en el ambiente del equipo, para lo cual se revisó los carnets de vacunas del personal, manejo de eventos adversos, evento centinela y accidentes fallidos.

Para lo cual se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 71%.

<b>Cumple</b>	<b>%</b>	<b>No cumple</b>	<b>%</b>	<b>Total Criterios</b>	<b>%</b>
5	71%	2	29%	7	100%

Tabla 20

## Estándar N.15

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>15.0 El equipo hace mejoras continuas en sus servicios médicos.</b>				
efectividad	Diamante	15.1 El equipo tiene un plan de seguridad y de mejora de la calidad que identifica las áreas de mejora y los planes de acción.	X	
efectividad	Diamante	15.2 Los miembros del equipo participan activamente en las iniciativas para mejorar la calidad.		X
efectividad	Platino	15.3 El equipo hace el seguimiento de los indicadores de los resultados de diagnóstico específico. Para cada diagnóstico de especialidad que es manejado, el equipo identifica y monitorea regularmente los indicadores de resultados para ayudar a comprender el impacto de los servicios del equipo en la salud y bienestar de los clientes. Por ejemplo, un indicador comúnmente usado para el ataque cardíaco es la tasa de re- ingreso a 30 días. Mediciones similares existen para diabetes, por ejemplo, niveles promedio de hemoglobina A1c para clientes con diabetes; asma y otras enfermedades respiratorias, por ejemplo, niveles de oxigenación de la sangre; y otros diagnósticos.	X	
efectividad	Platino	15.4 La organización supervisa y cuantifica el proceso para valorar la manera que entrega los servicios médicos. Lineamientos: Los procesos de medición describen los sistemas por medio de los cuales se entrega cuidados y servicios. En los servicios médicos se puede incluir la duración de la estadía; porcentaje de clientes transferidos desde la sala de emergencia a una cama de hospital dentro de una hora de haber decidido la admisión; utilizar una auditoría interna para revisar los registros del cliente.	X	
servicio enfocado al Cliente	Platino	15.5 La organización supervisa las perspectivas del cliente sobre la calidad de sus servicios médicos. Lineamientos: La organización puede buscar las perspectivas de los clientes mediante encuestas, grupos de enfoque, entrevistas o reuniones.	X	
efectividad	Diamante	15.6 El equipo combina sus actividades de mejoramiento de seguridad y calidad para supervisar y mejorar el uso de los recursos. Lineamientos: Conocida como gestión de utilización, esto incluye el seguimiento del uso de recursos, supervisión de costo efectividad de los servicios, toma de decisiones basadas en costo-efectividad, así como calidad y seguridad e implementación de lineamientos y procesos para mejorar el uso de recursos.		X
efectividad	Diamante	15.7 El equipo identifica y monitorea indicadores de seguridad del cliente como parte de su abordaje integrado al manejo de la calidad. Lineamientos: Ejemplos de indicadores de la seguridad del cliente y la calidad general incluyen la tasa de eventos adversos a medicamentos por 1000 dosis, las tasas de infección adquirida en la asistencia médica, y el número de reuniones de seguridad por mes.		X
efectividad	Diamante	15.8 El equipo compara sus resultados con los de otros equipos similares, servicios y organizaciones. Lineamientos: El equipo puede participar en evaluaciones comparativas y equipararse con organizaciones similares para evaluar su desempeño e identificar oportunidades de mejorar. Este además identifica y comparte las mejores prácticas..		X
Enfoque en la población	Diamante	15.9 El equipo comparte los resultados de las evaluaciones y mejoras con el personal, clientes y familiares. Lineamientos: Compartir los resultados de las evaluaciones y sus avances, ayuda al personal a familiarizarse con la filosofía y beneficios de la mejora de calidad. Esto además sensibiliza la conciencia de los clientes y familiares sobre el compromiso que tiene el equipo en brindar calidad en sus servicios médicos y su propósito de mejorarla en forma continua.		X

**Fuente: Evaluación de estándares ACI 2010**

**Análisis:** La evaluación del estándar N15. Evalúa si el equipo hace mejoras continuas en sus servicios médicos. Para esto se evaluaron 9 criterios de los cuales se cumplen 4 criterios. El porcentaje de cumplimiento no alcanza el 50% .

Cumple	%	No cumple	%	Total Criterios	%
4	44%	5	56%	9	100%

### 3.2.3 Observación del Servicio de Medicina Interna

Mediante la observación directa se pudo observar aspectos relacionados a la infraestructura, Talento Humano y Documentos existentes en el servicio los cuales son detallados a continuación. El servicio de Medicina Interna está conformado por dos sectores el ala norte y ala sur.

Para los flujos de circulación horizontal dentro del servicio cuenta con pasillos los cuales están de acuerdo a normas internacionales establecidas:

<b>Estándar</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Estado</b>	<b>Fuente</b>
Los pasillos deberían tener un ancho mínimo de 2.20 metros para permitir el paso de las camillas y sillas de ruedas.	2.57 metros	Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú 2009.

El servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se encuentra ubicado en el décimo piso de la construcción, al cual se puede acceder por las gradas o el ascensor. En el caso del hospital podemos evidenciar que para los flujos de circulación vertical de los pacientes es permitida el uso de escaleras, rampas y ascensores los mismos que fueron evaluados en base a los siguientes estándares:

<b>Estándar</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Estado</b>	<b>Fuente</b>
Ancho mínimo de Escalera de 1.80 metros	1,15cm	No Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú, 2009.
Existencias de Pasamanos en las Gradadas	No tiene	No cumple	
Distancia la última puerta del cuarto de	25 mts	Cumple	

pacientes y la escalera no debe ser mayor de 35.00 metros.			
Paso de la escalera profundidad de 30 cms.	32 cm	Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú, 2009.
Contrapaso de la Escalera profundidad no será mayor de 16 cm.	16cm	Cumple	
Vestíbulos que dan acceso a las escaleras mínimo 3 metros	25 mts	Cumple	

Respecto al uso de ascensores en el Hospital Eugenio Espejo se puede mencionar lo siguiente:

<b>Estándar</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Estado</b>	<b>Fuente</b>
El uso de ascensores es obligatorio en edificaciones de dos pisos o más.	5 ascensores	Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.
En los accesos con áreas de circulación y salidas deberán evitarse los cruces de elementos sucios y limpios, así como de pacientes internados y ambulatorios.		Cumple	

Ingresando al servicio se encuentra en primer lugar en la pared un rótulo en el cual se dan indicaciones generales sobre el manejo de controles de la cama y otro que menciona las rutas de evacuación en caso de sismos o incendios.

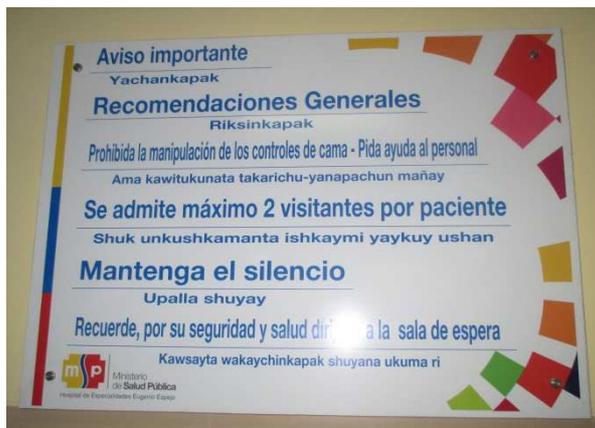


Figura 20. Rótulo de recomendaciones generales



Figura 21. Rótulo de rutas de evacuación.

Junto al pasillo principal se encuentra la estación de enfermería en la cual se reúne el personal para preparar los procedimientos a realizar con el paciente. Es importante destacar que la estación de enfermeras se encuentra ubicada en la zona central de la unidad y que la distancia permitida entre la estación y la cama más alejada está de acuerdo a la normativa peruana en la que dice que no debe ser mayor de 25.00 metros. La estación de enfermería alcanza un área aproximada de 20.00 m<sup>2</sup>, dentro de esta área hay un espacio para la papelería y otro para el depósito de historias clínicas de los pacientes que se encuentran ingresados.

En esta área existe un coche de paro con medicación vigente y material necesario para casos emergentes el mismo que es revisado por la enfermera de turno diariamente, hay un refrigerador en donde se almacena medicación como la insulina NPH e insulina cristalina para pacientes diabéticos y también biológicos para casos específicos.

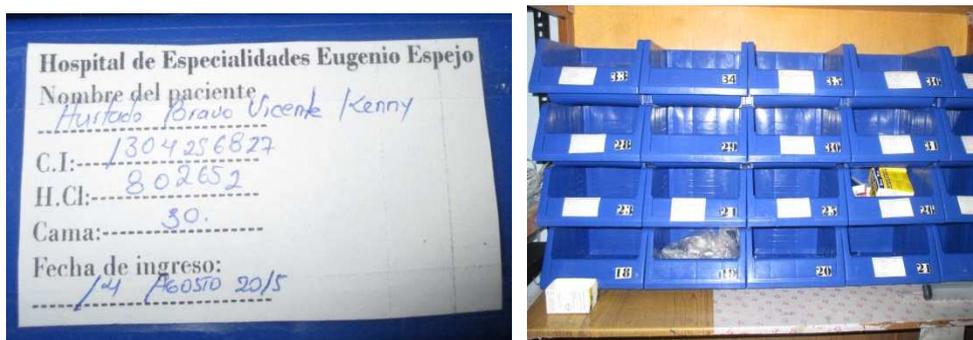
Estándar	Dimensión	Estado	Fuente
Estación de enfermería no debe medir más de 25 metros cuadrados.	20 metros cuadrados	No Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.



**Figura 22. Coche de paro y electrocardiógrafo del servicio.**

Se evidencia la existencia de una bodega con suministros médicos la misma que es administrada por la Enfermera jefa de Servicio la cual abastece diariamente con material de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Se identifica un área para el depósito de la medicación de los pacientes en la que se encuentran recipientes individuales rotulados con los datos del paciente Nombres y Apellidos, número de

HCL, número de CI, numero de cama. En esta área se prepara la medicación que requieren ciertos pacientes. El abastecimiento de los medicamentos está a cargo de Farmacia quien provee de la medicación mediante dosis unitaria para las 24 horas de cada paciente, en caso de que el paciente es dado de alta o fallece, la medicación que no fue abierta o manipulada es almacenada en el servicio.



**Figura 23. Rotulo y almacenamiento de la medición en el servicio de medicina interna**

Dentro de esta área se encuentra un lavabo, el coche de curaciones el cual está equipado con frascos llenos con sablón, solución salina, yodo, gasas, esparadrapo y recipientes para desechos comunes e infecciosos.

Existe un espacio para la utilería limpia el mismo que mide 5.00 m<sup>2</sup>, dentro de esta área se encuentra una balanza, un tallimetro, de acuerdo a la norma una silla de ruedas se encuentra en la parte más accesible del servicio para movilizar a los usuarios que lo necesiten, todos estos insumos están de acuerdo al protocolo de admisión que se debe cumplir para que ingrese un paciente.

La habitación para ropa limpia es el lugar en donde se colocan sábanas limpias para ser distribuidas en cada sala del servicio. El momento de la inspección se observó que los estantes se encuentran con una escasa cantidad de material limpio disponible.



**Figura 24. Cuarto de utilería limpia**

De acuerdo a la dirección nacional de ambiente y salud, el traslado de la ropa sucia debe ser acondicionado en bolsas plásticas, debiendo adoptarse colores especiales para el material contaminado a fin de hacer más fácil su identificación. El traslado de ropa limpia y sucia debe realizarse por vía separada de preferencia mediante el uso del montacargas independiente. Durante la visita al hospital se pudo evidenciar que el transporte de ropa y limpia se lo realiza de la manera descrita por la normativa propuesta por la dirección nacional de ambiente y salud 2015.

Se ha destinado un espacio para el depósito de muestras de orina y heces, los frascos son rotulados con los datos del paciente nombres y apellidos completos, numero de historia clínica y numero de cedula, se lleva un registro en donde se anota los datos de la persona responsable del transporte de las muestras con el objetivo de evitar la equivocaciones o extravíos involuntarios. En el mismo espacio se encuentra un tacho con funda roja para desechos hematológicos.



Figura 25. Área para el depósito de muestras y desechos hematológicos.

BITÁCORA DE TOMA, TRANSPORTE Y RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO		CÓDIGO: HEE-GCC-06-001 VERSIÓN N°: 1								
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo		ELABORACIÓN	REVISIÓN							
		FECHA	FECHA							
		HORA	HORA							
		NOMBRE	NOMBRE							
		RESPONSABLE	RESPONSABLE							
		TOMA	ENVÍO							
		(LABORATORIO)	(LABORATORIO)							
		FECHA	FECHA							
		HORA	HORA							
		NOMBRE	NOMBRE							
		RESPONSABLE	RESPONSABLE							
		RECEPCIÓN	RECEPCIÓN							
		(LABORATORIO)	(LABORATORIO)							
		COMENTARIOS								
N°	PACIENTE	TIPO DE MUESTRA	PRUEBAS SOLICITADAS	FECHA HORA TOMA DE MUESTRA	NOMBRE RESPONSABLE TOMA	FECHA HORA ENVÍO (LABORATORIO)	NOMBRE RESPONSABLE TRANSPORTE	FECHA HORA RECEPCIÓN (LABORATORIO)	NOMBRE RESPONSABLE RECEPCIÓN LABORATORIO	COMENTARIOS
1	Fabela Patricia	X	AS, Def. Inf.	04:50				5:20	PA	
2	Saguis Ilona	X	SM, AS, Def. Inf.	04:25				5:20	PA	
3	Granda Anabel	X	SM, TPA, QS, Def. Inf.	04:55				5:20	PA	
4	Onofre Marcela	X	DS, Def. Inf.	05:00				5:20	PA	
5	Luisa	X	Capro + PMA	21:05				5:20	PA	
6	Ortiz Moira	X	Urea/Hco	06:04	IRV			6:11	JL	
7	Ortiz Moira	X	EHCO	06:13	IRV			6:11	JL	
8	Beerra April	X	BH, Triamp, Ficol, QS	18:00	IRV Clínica			18:16	UP	
9	Saguis Juvenilla	X	Eubolaleks, QS	18:00	IRV Clínica			18:15	UP	

Figura 26. Bitácora de toma, transporte y recepción de muestras de laboratorio

La sala de terapia biológica es el lugar en donde los pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide y Lupus Eritematoso Sistémico reciben terapia, la persona responsable de realizar el procedimiento es la jefa de enfermería. Los pacientes proceden derivados de la consulta externa y luego de recibir la terapia son enviados al domicilio.



**Figura 27. Sala de terapia biológica**

El espacio para el depósito de desechos comunes, infecciosos y especiales es un espacio pequeño con paredes lisas y piso lavables, en el cual se encuentran tachos plásticos de colores dependiendo del tipo de desechos existen los rótulos respectivos para el adecuado manejo de los desechos. La producción de desechos hospitalarios corresponde a 30 kg/día lo cual está de acuerdo al manual de manejo de desechos de la OMS la que dice que desecho hospitalario debería corresponder a 2kg/cama/día.

Estándar	Dimensión	Estado	Fuente
Producción de desechos 2kg cama/día	2 kg cama/día	Cumple	Norma técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

En cuanto al almacenamiento el servicio cuenta con:

Almacenamiento inicial o primario el cual se encuentra en las: salas y baños del servicio. Almacenamiento temporal o secundario es el lugar en donde se almacenan los desechos antes de ir al almacenamiento final.

El Almacenamiento temporal cumple con las siguientes especificaciones técnicas dada por la OPS : resistentes a elementos cortopunzantes, a la torsión, a los golpes y a la oxidación, impermeables, para evitar la contaminación por humedad desde y hacia el exterior, de tamaño adecuado, para su fácil transporte y manejo, de superficies lisas, para facilitar su limpieza; los recipientes se encuentran identificados con los colores establecidos, para que se haga un correcto uso de ellos, compatibles con los detergentes y desinfectantes que se vaya a utilizar.

Resistentes a elementos cortopunzantes	Cumple	Fuente: estándares para manejo de desechos, OPS, 2009
Resistente a la torsión	Cumple	
Resistente a los golpes	Cumple	
Resistente a la oxidación	Cumple	
Impermeables	Cumple	
Superficies lisas	Cumple	

Los recipientes reusables y los desechables deben usar los siguientes colores:

Rojo: Para desechos infecciosos especiales, Negro: Para desechos comunes, Gris: Para desechos reciclables: papel, cartón, plástico, vidrio, etc.

Recipientes para cortopunzantes: los objetos cortopunzantes, inmediatamente después de utilizados son depositados en recipientes de plástico duro con tapa, con una abertura, que impida la introducción de las manos. El contenedor debe tener una capacidad no mayor de 2 litros, transparente para que pueda determinarse fácilmente si ya están llenos en sus 3/4 partes.



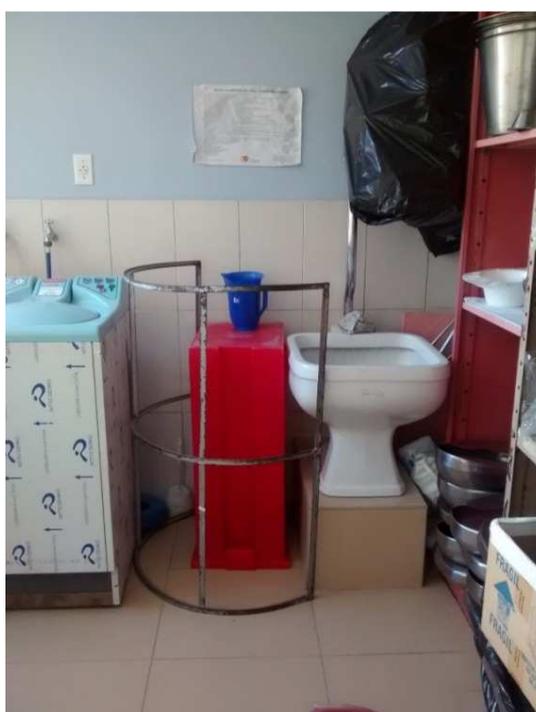
Figura 28. Área de depósito intermedio de los desechos



Figura 29. Rótulo para el área de depósito intermedio de los desechos

Junto a este espacio se encuentra el cuarto de lavachatas donde se realiza el lavado y desinfección de insumos y materiales necesarios para la limpieza de habitaciones, está equipado con diferentes tipos de desinfectantes como el amonio, el personal de limpieza y auxiliar de enfermería se encarga de que este proceso se

realice satisfactoriamente. Se puede evidenciar que el espacio resulta pequeño para el almacenamiento de los objetos mide 6.00 m<sup>2</sup>



**Figura 30. Área de lavachatas**

El servicio cuenta con 37 camas distribuidas en 9 salas en donde los pacientes son colocados según el sexo y la patología que cada uno de ellos presente. Cada sala tiene 6 camas, cada una posee el dispensador de oxígeno empotrado en la pared con salida para cada cama, cada sala tiene un baño el cual es compartido por los pacientes, al ingresar a cada sala se puede ver un dispensador de gel antiséptico y un rotulo con indicaciones para el uso del mismo. Estándares internacionales recomiendan que un servicio de atención médica como medicina interna debería contar con 25 a 35 camas hospitalarias, en este caso el servicio de medicina interna

cuenta con 37 camas hospitalarias. El área mínima por cama es de 7.00 m<sup>2</sup> lo cual está de acuerdo a la norma.



**Figura 31. Sala de pacientes**



**Figura 32. Baño perteneciente a la sala.**

## Distribución de Camas hospitalarias en el servicio de Medicina Interna

Cuartos individuales	no	0	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.
Cuartos con dos camas	si	6	
Cuartos de tres camas	No	0	
Cuartos de seis camas	Si	4	

Las camas están orientadas en forma paralela a las ventanas con la finalidad que la incidencia de la luz no mortifique la visión a los pacientes, así mismo para facilitar las instalaciones necesarias en las cabeceras de las camas (eléctricas, vacío y oxígeno). La localización de las puertas facilita la entrada de las camillas, su acceso a las camas y movimientos del personal dentro del ambiente.



**Figura 33. Puerta y dispensador de gel de la sala 1**



**Figura 34. Toma para oxígeno**

Las salas de aislamiento para la atención de pacientes portadores de enfermedades infectocontagiosas o que por particular estado requieran ser aislado de los demás, puede contar con un máximo de dos camas, siendo lo ideal una cama con la finalidad de evitar infecciones cruzadas.

En el caso del servicio de medicina interna cuenta con 5 salas de aislamiento para los pacientes que presenten enfermedades infectocontagiosas, infecciones de partes blandas, infecciones respiratorias, pacientes inmunodeprimidos y camas de monitoreo, estas habitaciones no poseen una antesala o vestíbulo de trabajo con equipo determinado para la atención del paciente; siendo el área mínima requerida de 15.00 m<sup>2</sup>. cada una de las habitaciones está rotulada con un letrero el cual indica la causa de aislamiento y explica el uso de prendas de protección, transporte del paciente y aseo de manos. Las salas disponibles para el aislamiento son la sala 3, 4, 5, 6 y 10 de las cuales la sala 4 y 10 son específicas para pacientes con infecciones por *Klebsiella Pneumonie Carbapenemasa (KPC)* estas salas no cuentan con un vestíbulo para la colocación de insumos y prendas de protección específicos para evitar que estos se conviertan en medios de transmisión de una sala a otra.



**Figura 35. Rotulo de aislamiento por aire**



**Figura 36. Rotulo de aislamiento por aire**

En el ala norte se encuentran las oficinas administrativas del servicio como son: la oficina del director médico, oficina de médicos tratantes, trabajo social, secretaría administrativa y sala de reuniones para discusión de casos y docencia.

Es importante mencionar que cada espacio del servicio se encuentra debidamente rotulado en español y quichua como se puede evidenciar en las fotografías.



**Figura 37. Sala de reuniones**



**Figura 38. Area administrativa del servicio de medicina interna.**

Algo que es importante destacar de todo el servicio, es que se encuentran alarmas detectores de humo, rótulos de evacuación, alarmas para llamar al personal médico, extintores y luces de emergencia de acuerdo a normativa vigente de seguridad laboral.

Respecto a la observación de las actividades del servicio de Medicina Interna se puede evidenciar que la jornada de actividades regulares comienza a las 6 y 45 o 7 de la mañana hora en la que llega el Líder del servicio y los demás médicos tratantes para pasar visita a sus pacientes junto a los médicos residentes, internos rotativos y externos, posterior a esto se realiza la evolución de todos los pacientes donde se

colocan las indicaciones del día, el personal de enfermería también realiza el pase de visita con la finalidad de informar al personal que ingresa al nuevo turno acerca de las condiciones de los pacientes, una vez terminada esta actividad el personal de enfermería recoge las historias clínicas de las habitaciones y realiza la revisión de las indicaciones y la medicación a administrar, es importante destacar que la administración de la medicación se realiza mediante la modalidad de dosis unitaria, en la que el personal de farmacia y enfermería realizan la revisión de la medicación solicitada, la existencia de firmas y posterior a ello se realiza la entrega de la medicación para ese día.

Luego de pasar la visita en la mañana, los especialistas acuden a la consulta externa, quedando a cargo de los pacientes los médicos residentes. Los pacientes que son dados de alta reciben las indicaciones de enfermería y los médicos para la administración de medicación y los próximos controles, del mismo modo los pacientes que ingresan al servicio son ubicados en las habitaciones y se les coloca una identificación con un código de barras.



**Figura 39. Brazaletes de identificación de pacientes**

Los pacientes que van a ser intervenidos se someten al chequeo prequirúrgico, son llevados a quirófano a partir de las 6 de la mañana que es la hora en la que inicia el servicio en quirófanos y regresan a piso una vez han sido valorados por el médico anesthesiólogo y se ha verificado adecuada recuperación postquirúrgica, cabe destacar que el personal del hospital es el encargado de movilizar y acompañar a los pacientes durante su traslado de un servicio a otro.

La limpieza y desinfección es realizada por el personal específico para estas actividades, se puede mencionar que el personal utiliza las prendas de protección de manera adecuada, para realizar esta actividad los pacientes son sacados de las salas al momento de la desinfección con la finalidad de evitar que los pacientes estén en contacto con sustancias desinfectantes, lamentablemente esta actividad genera la obstaculización de los pasillos ya que los pacientes, mesas, camas y sillas son colocados en este espacio durante aproximadamente 1 hora.



**Figura 40. Pasillo del servicio de Medicina Interna**



**Figura 41. Mesas obstaculizando la entrada**



**Figura 42. Personal de limpieza**

El servicio de Medicina Interna se encuentra liderado por el Dr. Alberto Castillo Médico Internista quien junto al personal médico, enfermería y personal de apoyo brindan servicios médicos las 24 horas, los 365 días del año.

El equipo médico está conformado por:

Líder del servicio	1
Médicos Tratantes	13
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica de VIH</li> <li>• Terapia biológica</li> <li>• Geriatria</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Alergología</li> </ul>	
Residentes Médicos	9
Internos Rotativos	8
Secretarias	2
Trabajo Social	1
Enfermera líder	1
Enfermeras	12
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera para clínica de VIH</li> </ul>	
Auxiliares de Enfermería	16
Auxiliares Administrativos	4

El equipo de salud está conformado por 13 médicos tratantes los cuales están distribuidos en las siguientes subespecialidades: Clínica de VIH, Terapia biológica, Geriatria, Medicina Interna, y Alergología. Existen nueve plazas para médicos postgradistas y ocho plazas para internos rotativos. Trece licenciadas en enfermería de las cuales una es líder de Enfermería y otra está asignada a clínica de VIH. Cuenta con dieciséis auxiliares de enfermería y 4 auxiliares administrativos, dos secretarias y 1 licenciada para trabajo social. El servicio también cuenta con el apoyo de estudiantes de externado, sin embargo, es importante destacar que ellos únicamente realizan sus actividades bajo la tutela de un médico tratante durante el horario en el que este labora.

El horarios de los médicos tratantes inicia a la 7:00 de la mañana y termina a las 14:00 con lo cual cubre un horario diario de 7 horas de atención y realizan un turno el fin de semana para completar las 160 horas mensuales, los residentes e internos rotativos inician a las 7:00 y finalizan a las 15:30, además están organizados en horarios rotativos cada 4to día para cubrir los turnos. Los horarios se encuentran exhibidos en la cartelera del servicio y de acuerdo a la cronología del tiempo

reposan en la carpeta de Horarios para rotaciones que se encuentra en la oficina del líder administrativo del servicio.

Según la razón enfermera paciente para un servicio como medicina interna debe existir 1 enfermera por cada 6 pacientes en el caso del servicio evaluado por turno se cuenta con 2 enfermeras para los 37 pacientes.

#### Razón enfermera paciente en el servicio de medicina interna

Estándar	Dimensión	Estado	Fuente
1 enfermera por cada 6 pacientes para el servicio de medicina interna	1 enfermera por cada 18.5 pacientes durante el turno por la noche	No Cumple	BERGMAN N, Joanna. Legislative Developments: California Enacts Nurse-to-Patient Ratio Law. The Journal of Law, Medicine y Ethics. 2000

Las funciones y actividades de cada profesional que labora en el servicio se encuentran documentadas en un catálogo de actividades desarrollado para cada profesional. El cual está basado principalmente en el perfil óptimo de cada profesional en base al cual se realiza la evaluación a los profesionales una vez al año.

El servicio cuenta con un Plan Estratégico para un servicio médico de 37 camas hospitalarias elaborado en el año 2015, plan de mejoramiento 2013 - 2016, así como el diagnóstico situacional 2014, horarios, actas de reuniones, actas de entrega recepción, protocolos, procedimientos de enfermería entre otros documentos.

<p><b>Plan Estratégico</b>  Misión-visión  Políticas  Objetivos  Actividades  Recursos humanos, físicos financieros y tecnológicos.  Estrategias</p>
--

Para el manejo de patologías comunes el Jefe de Servicio trabajo conjuntamente con el Gerente Hospitalario y los residentes médicos para la elaboración, revisión y aprobación de protocolos para manejo de patologías comunes, de igual manera el servicio cuenta con protocolos para manejo de patologías como:

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>PROTOCOLO</b>
Absceso Hepático	Protocolo para manejo de absceso hepático
Artritis Reumatoide / Lupus	Protocolo para Indicación de Biológicos
Impétigo, celulitis, piomiositis, erisipela, celulitis necrotizante	Protocolo para manejo de infección de partes blandas
Vasculitis anca	Protocolo para manejo de vasculitis anca
Enfermedades producidas por el VIH	Protocolo para manejo VIH-SIDA
VIH/ tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.	Protocolo para manejo VIH-TB
Pancreatitis aguda, pseudoquiste pancreático, absceso pancreático.	Protocolo para manejo de pancreatitis aguda
Cetoacidosis diabética	Protocolo par manejo de la cetoacidosis diabética.
Chequeo Adulto mayor	Protocolo de chequeo prequirúrgico en el adulto mayor
Reacción anafiláctica	Protocolo de Alergia a Medicamentos

Así como procedimientos médicos para atención médica de pacientes hospitalizados, atención medica pacientes en consulta externa, atención médica en interconsultas, paracentesis, punción lumbar y toracentesis.

El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo realiza varios eventos de capacitación dirigidas hacia todo el personal que labora en la institución. Las capacitaciones están orientadas hacia diferentes temáticas como: manejo de desechos, Bioseguridad, prevención de infecciones, nuevas tendencias en asepsia, esterilización, trazabilidad tanto en quirófanos como en central de esterilización, indicadores de garantía de la calidad en esterilización, rotación de antisépticos y desinfectantes, técnicas de aislamiento, implementación del programa de cirugía segura, atención al paciente oncológico, innovación tecnológica en la prevención y

curación de heridas y úlceras por presión, marco legal: código Penal, Manejo inicial del paciente intoxicado, Sismos y Volcanes, inhibidores de Colinesterasa, Organofosforados, y Carbamatos. Manejo de infección multidrogoresistente, estimulación eléctrica cerebral y su relevancia en la cirugía de epilepsia, manejo de bioseguridad y abreviaturas.

### 3.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 3.3.1 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN A HISTORIAS CLÍNICAS

**Tabla 21**

**Porcentajes de Cumplimiento de criterios evaluados en Historias Clínicas**

<b>CRITERIOS</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	<b>% SI CUMPLE</b>	<b>% NO CUMPLE</b>
COMPLETA Y ACTUALIZADA (ACI)	18	145	11%	89%
CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO (ACI)	88	75	54%	46%
CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS INTERNOS (ACI)	49	114	30%	70%
EPICRISIS (OPS)	138	25	85%	15%
FIRMAS DE RESPONSABILIDAD (ACI)	157	6	96%	4%
FORMULARIO DE ADMINISTRACION DE MEDICACION	158	5	97%	3%
FORMULARIO DE ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO HOSP. (OPS)	142	21	87%	13%
FORMULARIO DE SIGNOS VITALES . (OPS)	161	2	99%	1%
LEGIBILIDAD (ACI)	161	2	99%	1%
NUMERO DE CEDULA VISIBLE (ACI)	118	45	72%	28%
NUMERO DE HISTORIA CLINICA VISIBLE (ACI)	162	1	99%	1%
REGISTRO DE INTERCONSULTAS (ACI)	143	20	88%	12%
REGISTRO DE TRANSFERENCIAS (ACI)	40	123	25%	75%

En la tabla se puede evidenciar el porcentaje de cumplimiento de los criterios que se obtuvo mediante la evaluación de historias clínicas. Es importante destacar los aspectos que obtuvieron un porcentaje de cumplimiento mayor al 85% (color verde) los cuales constituyen aspectos que fortalecen el servicio de Medicina Interna y están directamente relacionados con la calidad del registro del dato y por ende de la calidad y seguridad de la atención médica.

El correcto llenado del formulario de signos vitales y registro adecuado de medicamentos, la legibilidad de las evoluciones e indicaciones médicas, la existencia de firmas de responsabilidad al finalizar las prescripciones, la presencia del formulario de epicrisis así como la correcta numeración de historias clínicas nos

permiten tener una visión global de la calidad de la atención médica que se brinda en el servicio de Medicina Interna.

Los aspectos que deben ser reforzados se los puede evidenciar en el porcentaje de incumplimiento de los criterios y en color rojo se destacan los más relevantes como son: el 54% de las historias clínicas evaluadas presentaban un formulario de consentimiento informado correctamente llenado con firmas de responsabilidad, dependiendo del caso analizado encontrándose un 46% de historias clínicas que presentaron un inadecuado llenado del formulario, algunos sin firmas de responsabilidad o inclusive en algunos casos la ausencia total del formulario. En lo que se refiere al cumplimiento de protocolos se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 30 % del total de historias clínicas evaluadas, dicho resultado puede estar relacionado con la escasa cantidad de protocolos internos existentes en el servicio de Medicina Interna. Según la normativa vigente regida por el MSP, OPS y criterios de la ACI toda historia clínica debe presentar el número de identificación (número de historia clínica / cédula) en este caso llama la atención que el 72% de las historias clínicas evaluadas cumplen este criterio quedando un 28% por cumplir.

Y como aspecto final se menciona que el Hospital Eugenio Espejo se constituye como un servicio de salud de Tercer Nivel al que llegan patologías de alta complejidad, la forma en la que los pacientes acceden a esta casa de salud es mediante el proceso de referencia y contra referencia que se maneja a nivel nacional, lo que significa que debería existir un formulario en el que se evidencie el lugar de donde es referido y la causa de referencia, sin embargo en el 75% de historias clínicas evaluadas no se puede evaluar este indicador debido a que no se encuentra el formulario, no se puede catalogar como No Cumple, debido a que el departamento de estadística maneja un sistema informático denominado Sat-Red donde se registra de manera digital la información contemplada en el formulario, es decir, que la causa por la que existe solo un 25% de formularios de referencias en las historias clínicas radica en que los pacientes al momento de acudir a su cita médica no entregan la documentación en mención.

### 3.3.2 Análisis de estándares internacionales

Al realizar la evaluación en base a las dimensiones de la calidad propuestas por la ACI se obtuvieron los siguientes porcentajes de cumplimiento:

**Tabla 22**

**Porcentaje de cumplimiento de los estándares según las dimensiones de la calidad**

<b>Dimensiones</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	<b>Total</b>	<b>% cumplimiento</b>	<b>% Total</b>
Accesibilidad	5	1	6	83	100
Continuidad del servicio	5	3	8	63	100
Efectividad	46	19	65	71	100
Eficiencia	1	2	3	33	100
Enfoque en la población		5	5	0	100
Seguridad	15	7	22	68	100
Servicios enfocados al cliente	12	6	18	67	100
Vida Laboral	6	9	15	40	100
Total general	90	52	142	63	100

**Fuente: evaluación de estándares internacionales**

Mediante el análisis de la tabla se puede evidenciar que los principales inconvenientes se presentan en las dimensiones relacionadas al "Enfoque en la población" 0%, "Eficiencia" 33% y en la "vida laboral" 40%, obteniendo un porcentaje de cumplimiento llamativamente bajo. Es importante mencionar que para el resto de dimensiones los porcentajes de cumplimiento se encuentran entre el 63 % y el 83%.

Con estos resultados se puede planificar la implementación de un plan de mejora de la calidad enfocándose en estos tres aspectos. También se realizó la evaluación de los estándares en base a los niveles, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 23****Porcentaje de cumplimiento según el nivel de acreditación**

Niveles	Cumple	%	No Cumple	%	Total	%Total
Oro	53	84	10	16	63	100
Diamante	10	31	22	69	32	100
Platino	27	57	20	43	47	100
Total General	90	63	52	37	142	100

**Fuente: Evaluación de estándares internacionales.**

Estos resultados nos permiten identificar que el servicio de Medicina Interna cumple con una acreditación nivel oro en un 84% esto quiere decir que las actividades desarrolladas en el servicio está orientadas a estructuras básicas y procesos relacionados a elementos de orientación de mejora de seguridad y calidad. También se evidencia el porcentaje de cumplimiento con respecto a los criterios que evalúan el nivel platino en los cuales el servicio de medicina interna obtuvo un porcentaje del 57 % es decir que las actividades que se realizan en el servicio se basan en los principios de calidad y seguridad en un 57% y también se destaca los elementos relacionados al cuidado del cliente lo cual genera consistencia en la prestación de servicios mediante procesos estandarizados, con la participación de clientes y del personal en la toma de decisiones, son estos parámetros ejes fundamentales que deben ser fortalecidos en el servicio de medicina interna para alcanzar la acreditación platino.

Y finalmente la acreditación Diamante enfoca su atención en el logro de la calidad mediante la supervisión de los resultados, utilizando la evidencia y las mejores prácticas para perfeccionar los servicios, y la comparación con organizaciones similares para guiar a mejoras a nivel de los sistemas, en ese sentido el porcentaje de cumplimiento obtenido fue de 31 % lo cual marca una línea base para el mejoramiento de la calidad en el servicio de medicina interna y por ende del Hospital Eugenio Espejo a través de la propuesta de un plan de mejora continua en el servicio.

### **3.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **3.4.1 Conclusiones**

La observación directa coordinada con el jefe de servicio fue un técnica que permitió evidenciar falencias en cuanto a la infraestructura que afecta a la seguridad y calidad de la atención al paciente, así como el desarrollo de las actividades llevadas a cabo por el personal de salud dentro de las cuales se puede destacar la falta de compromiso para orientar y educar al usuario , así como poner de manifiesto la necesidad de recurso humano la escasa documentación existente el servicio que respalde cada una de las actividades llevadas a cabo.

Mediante la evaluación a historias clínicas se logró conocer que de los 13 parámetros evaluados 5 no alcanzaron un porcentaje de cumplimiento mayor al 80%, los parámetros que se encuentran en déficit son : la escases de protocolos internos para manejo de patologías comunes, la ausencia del formulario de transferencia correctamente llenado, el número de cedula visible en la portada de las carpeta, la ausencia del formulario de consentimiento informado correctamente llenado con firmas de responsabilidad, este conjunto de aspectos que no logran porcentajes de cumplimiento deseables pueden ser el desencadenante de problemas legales.

A través de la evaluación de los estándares propuestos por la ACI se logró conocer que las dimensiones de la calidad que se encuentran afectadas en el servicio de medicina interna del hospital Eugenio Espejo son: "Enfoque en la población" 0%, "Eficiencia" 33% y en la "vida laboral" 40%, obteniendo un porcentaje de cumplimiento notablemente bajo, estos resultados encaminan el proceso de mejora que debe seguirse para mejorar la calidad del servicio.

De igual manera a través de la evaluación de los estándares propuestos por la ACI se logró determinar el nivel de acreditación que alcanzó el servicio de medicina interna con un porcentaje correspondiente al 84% con lo cual alcanzaría la acreditación nivel oro, a pesar de que mediante la evaluación con otros estándares de

igual relevancia se pone de manifiesto el incumplimiento de estándares básicos correspondiente a la parte de estructura física, talento humano, seguridad del paciente, capacitación así como en la evaluación de resultados.

### **3.4.2 Recomendaciones**

Se recomienda que el comité de calidad trabaje articuladamente con la unidad de calidad del Hospital Eugenio Espejo para de esta manera cubrir los puntos débiles y colaborar con la toma de decisiones para mejorar la calidad en el servicio de medicina interna.

En vista de que el servicio de medicina interna ha logrado cumplir estándares relacionados a procesos en base a la aplicación de los estándares de la ACI , se recomienda dar apertura a otro tipo de estándares de igual relevancia que los anteriormente mencionados, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de estándares enfocados en la estructura y resultados que se obtienen en el servicio.

Proponer un plan de mejora enfocado en las deficiencias evidenciadas en el servicio de medicina interna, con el objetivo de garantizar a corto plazo el cumplimiento de estándares de estructura proceso y resultado.

## **CAPÍTULO IV**

### **4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

En lo que respecta al diagnóstico situacional del servicio de medicina interna es importante destacar que la información aquí descrita corresponde a los datos provistos por el Hospital registrados en el anuario de esta casa de salud y los obtenidos en el plan estratégico 2014.

#### **4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ACTUAL**

El servicio de medicina Interna al ser parte fundamental del Hospital Eugenio Espejo comparte la misión, la visión y los valores institucionales.

##### **4.1.1 Misión**

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social”. (Hospital Eugenio Espejo, 2014)

##### **4.1.2 Visión**

“Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente”. (Hospital Eugenio Espejo, 2014)

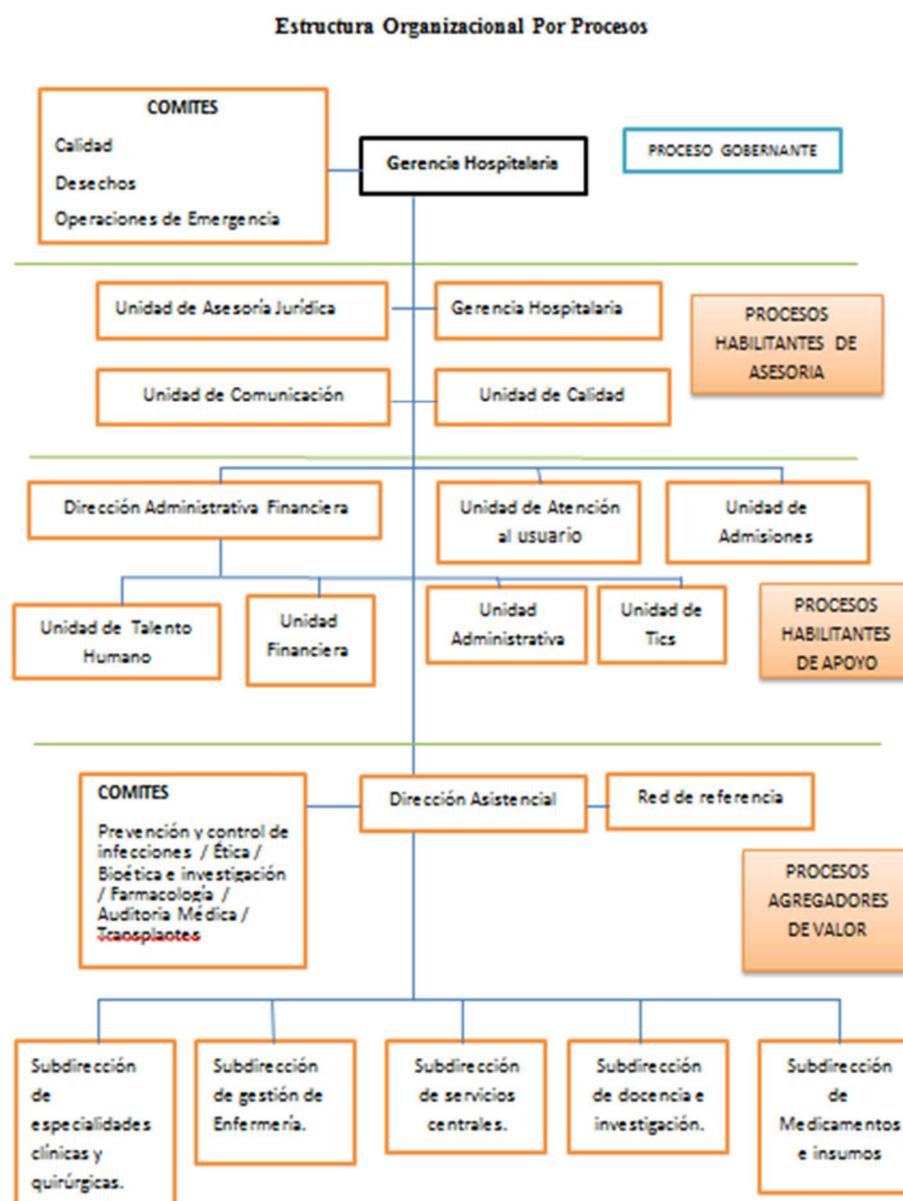
### 4.1.3 Valores Institucionales

**Tabla 24**  
**Valores del servicio de Medicina Interna**

Respeto	Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio.
Atención Orientada al paciente, vocación del servicio.	Las actuaciones se organizan y personalizan en torno a las necesidades específicas de cada paciente.
Innovación	Con la implementación de nueva tecnología promover y apoyar la creatividad y el desarrollo de ideas innovadoras.
Mejora Continua	Se compromete con la mejora continua en la calidad y la seguridad asistencial.
Trabajo en equipo	Promueve la colaboración entre los profesionales y la coordinación con otros niveles asistenciales.
Compromiso social	Se guía por los valores éticos de equidad, participación, y dignidad del paciente y de los ciudadanos, desarrollando actuaciones de valor para la sociedad y para el medio ambiente.

**Fuente: Anuario HEE 2015**

#### 4.1.4 Organigrama



#### 4.1.5 Características del Servicio

El servicio de Medicina Interna esta formado por las siguientes subespecialidades: Alergología, Gastroenterología, Cardiología, Endocrinología, Geriatria, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Psiquiatria, Reumatología, Dermatología y Odontología.

#### 4.1.6 Hospitalización

Respecto a los datos de Hospitalización recolectados del área de estadística del Hospital Eugenio Espejo durante los 5 primeros meses del año 2015:

#### Indicadores Hospitalarios del servicio de Medicina Interna

Tabla 25

#### Indicadores Hospitalarios del servicio de Medicina Interna

Indicadores	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Ingresos programados	10	14	26	20	21
Ingresos urgentes	38	25	46	54	48
Total de ingresos	48	39	72	74	69
Estancia	547	679	555	605	633
Estancia media	11,89	10,78	10,67	10,08	10,38
Altas	44	60	46	53	58
Éxitus totas de defunciones	2	3	6	7	3
Mayor a 48 horas	0	0	1	1	0
Menos a 48 horas	2	3	5	6	3
Total egresos	46	63	52	60	61
Tasa mortalidad general	4,35	4,76	11,54	11,67	4,92
Tasa mortalidad hospitalaria	4,35	4,76	9,62	10	4,92
Total días paciente	585	569	878	971	1051
Días cama disponibles	592	653	911	996	1045
Número de camas asignadas	37	43	37	37	37
Promedio cama disponible	19,1	23,32	29,39	33,2	33,71
Índice de rotación giro	2,41	2,7	1,77	1,81	1,81
Índice de ocupación	98,82%	87,14%	96,38%	97,39%	100,57%

Fuente: Departamento de Estadística HEE

#### 4.1.7 Consulta externa

El servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo atiende en la planta baja del edificio de lunes a viernes en horario de 07h00 a 14h00. (Plan estratégico, 2014)

#### **4.1.8 Talento humano**

El servicio cuenta con 13 médicos tratantes los cuales están distribuidos en las siguientes especialidades: Clínica de VIH, Terapia biológica, Geriátrica, Medicina Interna, y Alergología. Existen nueve plazas para médicos postgradistas y ocho plazas para internos rotativos. Trece licenciadas en enfermería de las cuales una profesional es la líder de Enfermería y otra está asignada a clínica de VIH. Cuenta con dieciséis auxiliares de enfermería y cuatro auxiliares administrativos, dos secretarías y una licenciada para trabajo social.

El horario de los médicos tratantes inicia a las 7:00 de la mañana y termina a las 14:00 con lo cual cubre un horario de 7 horas de atención al día y realizan un turno el fin de semana para completar las 160 horas mensuales, los residentes e internos rotativos inician a las 7:00 y finalizan a las 15:30, además están organizados en horarios rotativos cada 4to día para cubrir los turnos. Los horarios se encuentran exhibidos en la cartelera del servicio y de acuerdo a la cronología del tiempo reposan en la carpeta de Horarios para rotaciones que se encuentra en la oficina del líder administrativo del servicio.

#### **4.1.9 Análisis FODA**

##### **Fortalezas**

Los profesionales que laboran en el servicio de Medicina Interna se interesan en las necesidades y seguridades del paciente.

Interés por parte de los profesionales de la salud para la pronta recuperación del paciente.

Atención directa de profesionales en el área de Medicina Interna las 24 horas del día.

Líderes médicos y de enfermería con capacidad organizativa, conocimientos técnicos y liderazgo.

Personal con años de experiencia y conocimiento de sus actividades.

Líder de servicio con alto interés de cambio y participación en programas de mejoramiento de la calidad de atención al cliente interno y externo.

Reuniones científicas para discusión de casos y entrega de turnos todos los días en la mañana.

Existencia de protocolos para manejo de patologías complejas.

Existencia de manual de procedimientos de enfermería.

Espacios exclusivos para aislamiento de patologías infectocontagiosas.

Creación de la sala de terapia biológica para tratar patologías como la artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico.

Servicios de apoyo clínicos y terapéuticos las 24 horas del día.

Convenio con universidades para formación de postgradistas en medicina interna e internos rotativos para los estudiantes de medicina.

### **Debilidades**

Escaso número de protocolos elaborados para atención de patologías complejas en el servicio de medicina Interna.

Falta de interés por parte de los profesionales para el cumplimiento de normas nacionales e internacionales.

El personal de enfermería no se siente cómodo con las instalaciones según lo referido en la entrevista.

Incumplimiento de estándares básicos para servicios médicos en el área de Medicina Interna.

Razón enfermera paciente inadecuada lo cual genera que las enfermeras se encuentren todo el tiempo sobrecargadas de pacientes.

Infraestructura que no cumple con normas para la edificación de instituciones de salud.

### **Oportunidades**

Apoyo por parte del Gobierno Nacional para la creación de Hospitales y mejoramiento de la infraestructura.

Participación de instituciones internacionales como la acreditadora Canadiense para apoyar el proceso de acreditación.

Investigaciones nacionales e internacionales relacionados a la calidad y seguridad de la atención médica, situación que aporta con datos y estadísticas reales y actuales.

Altas expectativas por parte de los usuarios que acuden al servicio de medicina interna.

Contar con sistema para registro de referencias y contrareferencias a nivel nacional

Proceso de acreditación llevado a cabo actualmente a nivel nacional por la ACI.

## Amenazas

Incremento de la presión social y la exigencia de los usuarios externos.

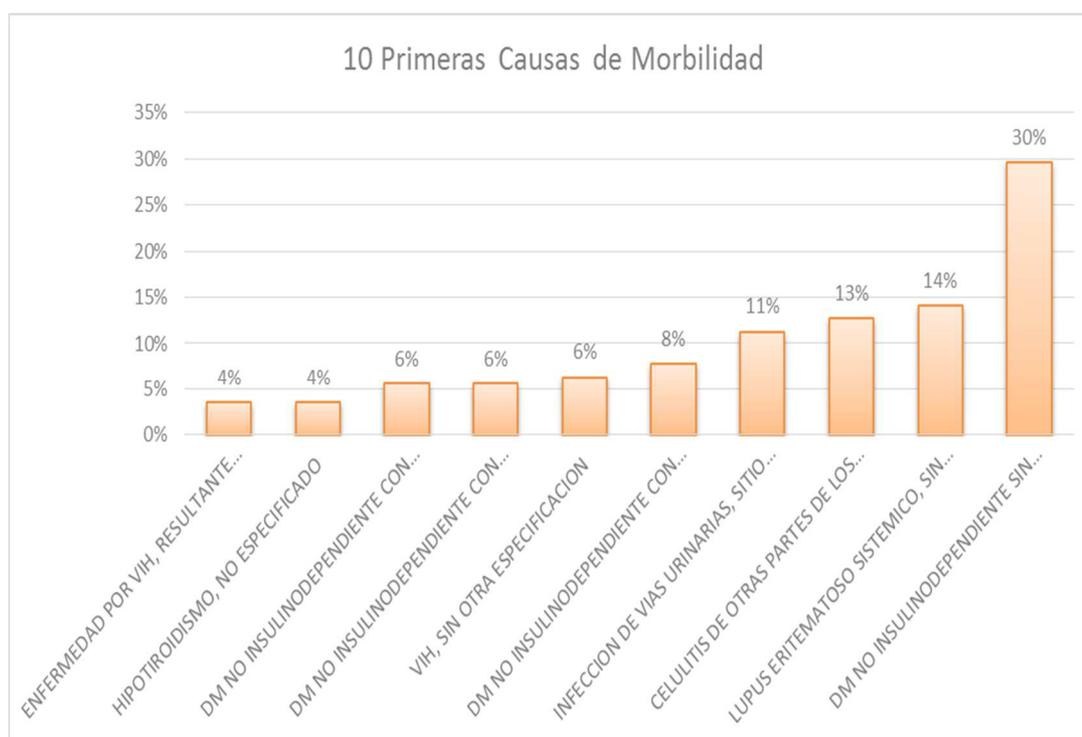
Crisis económica a nivel nacional.

Tiempo de respuesta prolongado para las referencias.

Aparición de epidemias y pandemias.

Posible saturación de los recursos actuales.

## Perfil de morbilidad en el servicio de medicina interna



**Figura 43. Perfil de morbilidad del Servicio de Medicina Interna del Hospital**

En el perfil de morbilidad elaborado para el servicio de Medicina Interna obtenido de la producción de los cinco primeros meses del año 2015, se puede evidenciar que la primera causa de atención es la Diabetes Mellitus con el 50%,

dentro de este diagnóstico se incluye a la diabetes con complicaciones renales 6%, múltiples 6%, cetoacidosis 8% y la diabetes sin complicaciones 30%, en segundo lugar se encuentra el lupus eritematoso sistémico con un 14% de los casos seguido del diagnóstico de infección de partes blandas con un 13% y en último lugar las infecciones oportunistas a consecuencia de la infección por VIH.

De las 280 atenciones registradas durante los meses enero febrero, marzo, abril y mayo la distribución de los pacientes por el sexo fue 112 hombres y 168 mujeres, todos se definieron como mestizos y finalmente no se registran atenciones médicas hacia personas discapacitadas.

#### 4.1.10 Datos Estadísticos del Servicio de Medicina Interna

Tabla 26

Diez primeras causas de morbilidad en el servicio de Medicina Interna.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN MEDICINA INTERNA HEE	0	1	11	15 A 19	20 A 49	50 A 64	MAS DE 65	Total General
A41.9SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA				1	3	2	3	9
B20.7ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCIONES MULTIPLES					2	1	2	5
B24.XENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION					5	3	1	9
E03.9HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO					2	2	1	5
E11.1DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON CETOACIDOSIS					4	4	3	11
E11.2DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES						3	5	8
E11.7DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES MULTIPLES					3	2	3	8
E11.9DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	1		1		9	13	18	42
L03.1CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS					11	3	4	18
M32.9LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION				1	16	3		20
N39.0INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1			2	7	1	5	16
<b>Total general</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>4</b>	<b>62</b>	<b>37</b>	<b>45</b>	<b>151</b>

Fuente: Departamento de Estadística HEE, 2015.

## **CAPITULO V**

### **5 PROPUESTA**

#### **5.1 PLAN DE MEJORA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

Entendiendo a la calidad y seguridad de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna como pilar de la práctica médica segura, se ha realizado la siguiente propuesta de mejora la cual tiene como objetivo conformar el "comité de calidad y seguridad del paciente" dentro del servicio así como establecer lineamientos para la elaboración de protocolos terapéuticos internos y de esta manera trabajar conjuntamente con la unidad de calidad del Hospital, para en el camino fortalecer lo logrado, visibilizar y solucionar las falencias de la gestión en este proceso.

#### **5.2 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ PARA LA EVALUACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCION MÉDICA**

Para la conformación de comité se convocará a una reunión que involucre a todo el talento humano que labora en el servicio en la cual se elegirán los miembros.

El comité de calidad y seguridad estará conformado por los siguientes miembros:

Un líder que será el responsables del cumplimiento de las actividades planificadas, quien será el jefe de servicio.

Un líder subrogante quien será el/la líder de enfermería y será quien subrogue cuando el líder se ausente.

Un secretario quien llevará registro de las actas de reuniones realizadas.

Cuatro vocales dentro de los cuales se involucrará a los médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras y personal administrativo.

Un representante de la ciudadanía que puede ser un paciente o un familiar.

### **5.3 OBJETIVO Y FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD**

#### **5.3.1 Objetivo General**

Contribuir al fortalecimiento de una cultura de calidad dentro del servicio mediante el uso y óptima distribución de los recursos asignados, con el fin de velar por la consecución de los servicios de atención médica de calidad y conseguir satisfacer las expectativas de los usuarios que acuden al servicio de Medicina Interna.

#### **5.3.2 Objetivos Específicos**

Informar oportunamente a la unidad de calidad del hospital respecto a falencias en la consecución de calidad detectadas en el servicio.

Contribuir para la consolidación de un sistema de información y manejo de estándares de gestión en el marco de los procesos llevados a cabo en el servicio.

Realizar de manera permanente procesos de mejoramiento, renovación y actualización de normas y procedimientos que se lleven a cabo dentro del servicio.

Proponer mejoras en la estructura tanto física como de talento humano con el fin de potencializar los espacios y las capacidades de los profesionales que laboran en el servicio.

### **5.3.3 Funciones**

Dirigir y participar en el proceso de autoevaluación de los procesos llevados a cabo en el servicio, así como definir estrategias para el mejoramiento de la calidad.

Promover acciones orientadas a garantizar los servicios médicos de calidad en la consulta externa, en servicios de urgencia y hospitalización.

Promover un proceso que permita garantizar trato digno y adecuado para los pacientes y sus familiares bajo un enfoque de derechos.

Impulsar la calidad como valor de la cultura organizacional del sistema de salud.

Diseñar y proponer un plan de trabajo anual estableciendo plazos y responsables en el marco de la acreditación propuesta por la ACI, o cualquier otra acreditadora nacional o internacional de relevancia.

## **5.4 ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

La primera actividad que llevará a cabo el comité de calidad y seguridad es la realización de un cronograma de actividades con fechas para garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos así como designar responsables para el cumplimiento de las actividades.

Para la mejora de la parte de infraestructura es importante tomar en cuenta los resultados que nos ofrece la observación directa, la cual nos orienta a proponer la implementación de un plan de reformas enfocado en las habitaciones de aislamiento, con el objetivo de realizar una reforma en la estructura física y de esta manera proporcionar al personal y al paciente la protección adecuada y disminuir el riesgo de cualquier índole relacionada, entre estas el riesgo de infecciones nosocomiales, con el mismo enfoque reubicar las camas y mesas que se encuentran en los pasillos obstruyendo el paso de usuarios y personal y otros que se presentaren.

Como antecedente se debe mencionar el déficit de personal existente en el servicio de medicina interna durante los turnos por la noche, para lo cual el comité pondrá de manifiesto esta necesidad ante las autoridades y propondrá que esta sea tomada en cuenta con carácter prioritario con la finalidad de garantizar el cumplimiento de estándares de calidad enfocados en la seguridad del paciente.

Implementar un plan de capacitaciones dirigido a todo el personal, principalmente al personal de ingreso reciente y alta rotación como son los internos rotativos y médicos residentes, el cual debe estar orientado a temas relacionados al manejo de estándares de calidad y seguridad en la atención médica, derechos del paciente, relación médico paciente, normas de bioseguridad, manejo de bombas de infusión, servicios con enfoque en el usuario y clima laboral.

Adaptar un proceso estandarizado para el manejo y llenado de la Historia clínica con el objetivo de garantizar la calidad del registro del dato y que la historia clínica se convierta en un documento legal que cumpla estándares básicos de registro. De esta manera también se intenta involucrar a todo el personal para que se conviertan en actores fundamentales para que esta actividad se realice adecuadamente.

Se propone además adaptar una mayor cantidad de protocolos clínico terapéuticos internacionales a la realidad del servicio de medicina interna basándose principalmente en el perfil de morbilidad que ofrece el servicio, ya que los protocolos existentes resultan escasos para el manejo de patologías comunes y como actividad conjunta fortalecer el aspecto docente.

## PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Descripción del problema	Objetivos	Acciones para la mejora	Responsable de Tarea	Plazo	Recursos necesarios	Costo estimado	Indicador del seguimiento
Habitaciones de aislamiento las cuales no cuentan con un vestíbulo para que los profesionales se coloquen adecuadamente las prendas de protección.	Proporcionar al personal y al paciente la protección adecuada. Disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales en el servicio.	Implementar un plan de reformas y/o ampliaciones en las habitaciones de aislamiento del servicio de medicina interna	Jefe del servicio. Gerente del Hospital	Agosto 2016	Conocimiento técnico. Mano de obra. Materiales.	40.000	Porcentaje de ejecución de la obra
Déficit de personal de enfermería para cubrir las necesidades del servicio de Medicina Interna durante los turnos nocturnos.	Garantizar que el número de personal de enfermería sea el adecuado para cumplir adecuadamente sus actividades	Cumplimiento de estándares internacionales para garantizar la seguridad del paciente.	Jefa de enfermería Jefe de servicio	Agosto 2016	Personal comprometido Recurso financiero	40.000	Razón enfermera paciente
Ausencia de un plan de capacitación permanente el personal	Garantizar la capacitación continua a todo el personal relacionado a temas de mejoramiento de la calidad de los servicios médicos	Implementar un plan de capacitaciones dirigido a todo el personal, principalmente al personal de ingreso reciente y alta rotación.	Jefe de docencia e investigación Jefe de servicio	Agosto 2015	Personal Espacio físico adecuado Materiales de oficina Equipo audiovisual Recursos tecnológicos	5000	Numero de capacitaciones realizadas / número de capacitaciones programadas.
Escases de protocolos clínicos terapéuticos para tratar patologías específicas en el servicio de medicina interna.	Incrementar el número de protocolos clínico terapéutico en base al perfil de morbilidad del servicio.	Selección de médicos especialistas expertos en las diferentes áreas de subespecialidad del servicio.  Involucramiento de los médicos tratantes en la adaptación de protocolos internacionales.	Jefe del Servicio	Agosto 2016	Talento Humano comprometido Espacio físico adecuado Materiales de oficina Recursos tecnológicos Acceso a recurso bibliográfico.	5000	Número de protocolos adaptados / Número de protocolos aprobados.



Ausencia de un proceso estandarizado para el manejo y llenado de las historias clínicas.	Adaptar un proceso estandarizado para el manejo y llenado de la Historia clínica con el objetivo de garantizar la calidad del registro del dato y que la historia clínica se convierta en un documento legal que cumple estándares básicos de registro.	<p>Conformar un equipo para la evaluación de historias clínicas.</p> <p>Delegar responsabilidades a cada uno de los miembros del comité.</p> <p>Establecer un cronograma de trabajo.</p> <p>Establecer acuerdos y compromisos.</p> <p>Socialización y retroalimentación de resultados.</p>	Jefe del Servicio	Diciembre 2015.	Talento humano comprometido Espacio físico Materiales de oficina Recursos tecnológicos Acceso a material bibliográfico.	5000	Numero de historias clínicas evaluadas / total de historias clínicas existentes.
Ausencia de una evaluación interna que permita verificar cuantitativamente el cumplimiento de los Indicadores de desempeño.	Verificar cuantitativamente el nivel de logro alcanzado respecto a los objetivos propuestos.	<p>Conformar un equipo para la evaluación de indicadores de resultado.</p> <p>Delegar responsabilidades a cada uno de los evaluadores.</p> <p>Evaluación trimestral de indicadores de desempeño.</p>	Jefe de servicio Jefa de enfermería	Diciembre 2015	Talento humano comprometido Espacio físico Materiales de oficina Recursos tecnológicos Acceso a estadísticas del servicio.	6000	Numero de indicadores evaluados / número de indicadores propuestos.



## **5.5 DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN**

El plan de capacitaciones que se desarrollará en el Servicio de Medicina Interna está enfocado a capacitar al personal de salud que labora diariamente en dicho servicio en temas relacionados a la calidad de la atención médica.

Los beneficiarios el presente Plan de capacitación para el año 2015-2016, son todos los funcionarios del servicio de Medicina Interna que se encuentran laborando en el servicio.

Este Plan de Capacitación también está realizado en base a políticas de manejo del tiempo en los que tanto el capacitado como el capacitador aportarán un espacio de atención que podrá distribuirse en horario dentro de la jornada laboral establecida.

Se aplicará un formulario para el registro de la asistencia capacitación inmediatamente

## 5.6 CRONOGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 2015 A 2016

TEMAS A DESARROLLAR	RESPONSABLE CAPACITACION	MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SEPTICEMIA	Comité de calidad del servicio	■											
VIH	Comité de calidad del servicio		■										
HIPOTIROIDISMO	Comité de calidad del servicio			■									
DIABETES Y SUS COMPLICACIONES	Comité de calidad del servicio				■								
CELULITIS	Comité de calidad del servicio					■							
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	Comité de calidad del servicio						■						
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	Comité de calidad del servicio							■					

## 5.7 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS.

La estructura de un protocolo terapéutico deberá contener todos y cada uno de los puntos que se tratan a continuación siendo además deseable que se siga el mismo orden:

### **Título de la guía.**

Especificar en nombre de la patología que se va a tratar.

### **Fecha de elaboración y fecha de revisión.**

Debe constar en el documento escrito. Es especialmente importante la fecha en que el documento debe ser revisado. Con ello se establece un plazo (no superior a tres años) para introducir cualquier variación que se haya podido producir como consecuencia de avances científicos, técnicos o normativos.

### **Autores.**

Son muchas las definiciones que se hacen del término “protocolo” en el ámbito sanitario aunque con matices, todas coinciden en que se genera fruto del consenso entre expertos.

Por tanto: Se debe de formar un grupo de trabajo el cual deberá ser multidisciplinar en el caso de que en la ejecución intervenga más de una categoría profesional. Es deseable que el grupo de trabajo esté constituido por personal de distintos Servicios en la medida de que la técnica, el procedimiento o el proceso objeto del protocolo pueda ser extensible a diferentes Unidades. Junto con el nombre y apellidos deberá indicarse la unidad a la que el profesional esté adscrito en caso de no pertenecer al servicio de medicina interna.

### **Revisores**

Son el grupo de personas que definitivamente van a dar la aprobación para que el protocolo pueda ser empleado. Habitualmente serán comisiones establecidas, en éste caso, bastará con poner el nombre de la comisión o en caso de tratarse de una única persona se deberá poner el nombre del revisor.

**Código CIE 10**

Registrar el código CIE 10 de patologías asociadas.

**Conflicto de intereses**

Por conflicto de interés se entiende aquella situación en la que alguna de las actuaciones que se señalan en el protocolo pueden verse influenciada por algún tipo de relación (económica) entre los autores y alguna institución. En caso de no encontrarlos bastará con indicar: “Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

**Objetivos**

Responderían de forma general a la pregunta: ¿Qué quiero conseguir con éste protocolo? Por tanto, no son los objetivos o indicaciones que se persiguen con la técnica o el procedimiento en sí. Deberían ser de dos tipos: Generales que son los que marcan la situación, de forma general, que se espera tras la aplicación del protocolo. Por ejemplo, en el caso de sondaje vesical: Disminuir la variabilidad profesional en la práctica del sondaje. Y los específicos los cuales detallan, desglosan y definen con mayor precisión las metas que se pretende alcanzar. Continuando con el ejemplo anterior, tendríamos: Disminución la tasa de infección de tracto urinario.

**Ámbito de aplicación**

¿Hacia qué profesionales y de qué ámbito está orientado el protocolo?, ¿va dirigido a todos los profesionales del hospital, o el protocolo es específico para cirugía p.ej.?

**Población Blanco**

¿Quién y en qué condiciones va a recibir la técnica, procedimiento o proceso qué estoy protocolizando?, ¿son todos los pacientes, hay criterios de inclusión y exclusión?

**Intervención y acciones consideradas.**

Descripción del tratamiento farmacológico, no farmacológico o quirúrgico que se va a realizar.

### **Bibliografía**

El hecho de que se incluya en éste apartado tiene entre otras, las siguientes razones: Existen diferentes formas de citar las fuentes bibliográficas utilizadas aunque el más utilizado en las Ciencias biomédicas son las normas de Vancouver 2000, que están disponibles en [http://www.fisterra.com/recursos\\_web/mbe/vancouver.asp](http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp) así como las normas APA 6.

### **Anexos**

La última parte del protocolo. Aquí se incluye aquellos elementos o instrumentos que resulten imprescindibles, que puedan facilitar la comprensión o aplicabilidad del documento y que por su novedad o singularidad deban ser difundidos junto con el protocolo. P.ej. podrían ser anexos: Algoritmos de actuación: son representaciones gráficas del diagrama de flujo, descriptivo de las actividades enumeradas en el punto anterior. Cuestionarios, test e índices empleados. Material de apoyo que se vaya a utilizar para su difusión (dípticos, posters...).

## CAPÍTULO VI

### 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 CONCLUSIONES

Una vez realizada la evaluación en el presente trabajo de investigación se evidenció efectivamente que el servicio de Medicina Interna está en condiciones de recibir la acreditación en el nivel oro por parte de la Accreditation Canada International, en vista de que dicho nivel está dirigido a estructuras básicas y procesos relacionados a elementos de orientación de mejora de seguridad y calidad.

Sin embargo, a pesar de que el servicio estaría en condiciones de recibir la acreditación en nivel oro de acuerdo a los estándares propuestos por la ACI, al aplicar otros estándares de igual reconocimiento internacional que se enfocan no solo en procesos sino también en estructura y resultados el servicio tiene importantes falencias en lo que respecta a estructura física claramente evidenciado con los resultados , de talento humano y existencia de protocolos lo cual genera incertidumbre basándonos en la premisa de que la calidad de la atención médica es un proceso global que no solo depende de los procesos si no tambien de la estructura y de los resultados que se obtengan.

De igual manera se pone en evidencia que en cuanto a seguridad del paciente en el servicio de medicina interna no se alcanza el nivel deseado, en vista de que los estándares relacionados con la seguridad aun siguen siendo difíciles de alcanzar no solo por el incumplimiento de estándares básicos de estructura y resultado , si no tambien por la falta de cultura de seguridad de los usuarios internos asi como en los pacientes.

## 6.2 RECOMENDACIONES

Considerando que el servicio de medicina interna actualmente se encuentra en condiciones de recibir acreditación nivel oro y que posiblemente se obtendrá dicha acreditación luego de la intervención de la ACI, se recomienda trabajar de manera simultánea en otros estándares de igual o mayor importancia como los propuestos por la Norma Técnica para Proyectos de Arquitectura del Ministerio de Salud de Perú y la Legislative Developments California Enacts Nurse to Patient Ratio Law u otros no evaluados en este trabajo de investigación como los planteados por la Joint Commission Internacional, al evidenciar que la Accreditation Canada International se enfoca en evaluar básicamente procesos dentro de una organización o servicio, por cuanto estas inconsistencias dentro de la concepción global de calidad podría significar una barrera para el mejoramiento continuo que se pretende lograr en el Hospital Eugenio Espejo con las posteriores intervenciones que tendrá la ACI sobre la institución.

Trabajar activamente en un proceso en el que se garantice la seguridad del paciente mediante la aplicación de estándares internacionalmente reconocidos que engloben criterios relacionados con el tema, con el objetivo de incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en el servicio de medicina interna, con la participación de todo el equipo previamente sensibilizado respecto a la importancia que adquiere el tema dentro de la concepción de calidad.

De manera general se recomienda que se realicen evaluaciones a la calidad y seguridad con otros organismos acreditadores de carácter internacional dentro de otras instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud del Ecuador con el objetivo final de determinar el estado en el que se encuentran estos y poder realizar comparaciones para establecer mejoras y superar las falencias, potenciando las fortalezas identificadas en los diferentes establecimientos de salud.

En base a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se recomienda tomar en cuenta este tipo de estudios basados en la aplicación de estándares de calidad en las futuras inversiones para edificaciones en salud que pudieran desarrollarse en el marco del fomento del desarrollo de la Política de Calidad del sistema sanitario del Ministerio de Salud Pública.

## BIBLIOGRAFÍA

- Accreditation Canada International . (2014). *internationalaccreditation.ca*. Obtenido de <http://www.internationalaccreditation.ca./accreditation/acstandards.aspx>
- Álvarez, A. C. (2004). *Complejidad y caos: Guía para la administración del Siglo XXI*. Obtenido de [www.eumed.net](http://www.eumed.net):  
<http://www.eumed.net/coursecon/libreria/2004/aca/2.pdf>
- Asamblea General Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. . *Conasep.org*. . Ecuador.
- Casalino, G. (2008). *Calidad de la atención en consulta externa de Medicina Interna de un Hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual*. Obtenido de (p:143-151) Lima Perú:  
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v21n4/pdf/a03v21n4.pdf>
- Castro, S. (2010). Calidad en la atención de la salud desde la auditoria medica. *Curso de auditoría medica*. Argentina: Hospital Alemán.
- Chertorivsky, S. (2012). *Estándares para la certificación de Hospitales*. México. Obtenido de Estandares Certificacion Hospitales:  
<http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf>
- CONASA. (agosto de 2007). Obtenido de  
[http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia\\_clinica.pdf](http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia_clinica.pdf)
- Donabedian, A. (2002). *Introducción al aseguramiento de la Calidad en Servicios de Salud*. Oxford: Oxford University Press.
- El Congreso Nacional del Ecuador. (22 de diciembre de 2006). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de [www.conasa.gob.ec](http://www.conasa.gob.ec):  
[http://www.conasa.gob.ec/index.php?option=com\\_phocadownload%view=category&download=150:ley-organica.de.la.salud&id=24:l](http://www.conasa.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload%view=category&download=150:ley-organica.de.la.salud&id=24:l)
- Gómez, R. C. (2004). Administración de la calidad total. En R. C. Gómez, *Administración de la calidad total* (pág. 3). Mar de Plata: Universidad Nacional de Mar de Plata.
- Héctor Aguirre, J. Z. (09 de abril de 2010). *Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico*. . Obtenido de Error médico, mala práctica

- y responsabilidad profesional: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf>
- Hospital Eugenio Espejo. (2014). *Quienes somos*. Recuperado el Febrero de 2015, de [www.hee.gob.ec](http://www.hee.gob.ec): <http://www.hee.gob.ec/webhee2013/>
- INCOTEC International. (Noviembre de 2014). *Acreditación en Salud*. Obtenido de [www.acreditacionen salud.org.co](http://www.acreditacionen salud.org.co): <http://www.acreditacionen salud.org.co/acreditacion>
- Lindsay, J. R. (2005). *Filosofías y marcos de referencia de la calidad*. Obtenido de [joriveraunah.files.wordpress.com](http://joriveraunah.files.wordpress.com): <http://joriveraunah.files.wordpress.com/2011/06/capitulo-3-filosofias-y-marcos-de-referencia-de-la-calidad>
- Malaga, J. M. (2008). *Tipos, Métodos y Estrategias de la investigación científica*. Obtenido de Peru. Rev. Escuela de Postgrado 22(2)145-154: [http://www.imarpe.pe/imarpe/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj\\_moda\\_la\\_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf](http://www.imarpe.pe/imarpe/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj_moda_la_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf)
- Malagon, L. G. (2006). *Garantía de calidad en Salud*. Bogotá: medica Panamericana.
- Ministerio de Relaciones Laborales MRL. (2012). *Asesoramiento técnico en la implementación de políticas y normas de desarrollo institucional*. Obtenido de Talento humano y remuneraciones del sector público.: <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/01/Acuerdo-Ministerial-111-2011.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia . (05 de agosto de 2015). *MINSALUD* . Obtenido de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co): <http://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx>
- Ministerio de Salud de Perú. (Mayo de 2007). *Infraestructura*. Recuperado el 19 de Marzo de 2015, de [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe): [http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB\\_DI/NORMAS/RM-456-2007-Acreditaci%C3%B3n%20EESS-NT%20050.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/RM-456-2007-Acreditaci%C3%B3n%20EESS-NT%20050.pdf)
- Ministerio de Salud de Perú. (2009). *Comision Nacional Sectorial de Acreditación*. Obtenido de [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe): <http://www.minsa.gob.pe/comisiones/acreditacion/acreditacion.asp>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (Diciembre de 2014). *salud.gob.ec*.  
Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/accreditation-canada-international>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). Planificación estratégica del Hospital Eugenio Espejo. En *Plan Estratégico del Hospital Eugenio Espejo*.
- Novaes, H. d. (1994). *Estandares e indicadores para la acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.
- Osorio, G. (2002). Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Revista médica de Chile*, 130-226.
- Sanz, C. (2000). Evaluación de la calidad del servicio de préstamo de una biblioteca universitaria. *Revista General de Información y Documentación*, 10(1), 211.
- Semplades. (2014). *Plan Nacional Del Buen Vivir*. Ecuador.
- Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA. (2009). *Introducción a la calidad*. 03: 20. SENA.
- Villanueva, M. (2007). *Curso de Administración Moderna para la Licenciatura y post grados*. . México: Centro Médico Toluca.

## **ABREVIATURAS**

ACI: Accreditation Canada International

OPS: Organización Panamericana de Salud

JCI: Joint Comission International

MSP: Ministerio de Salud Pública

HEE: Hospital Eugenio Espejo

COIP: Código Orgánico Integral Penal

SENPLADES: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo

TQM: Total Quality Management

OMS: Organización Mundial de la Salud

INCOTEC: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación

ISQua: International Society for Quality Health Care

ROP: Required Organizational Practices

ISO: International Organization for Standardization

ONU: Organización de las Naciones Unidas

CONASA: Consejo Nacional de Salud

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

## ANEXOS

**Anexo 1 Entrevista y consentimiento informado realizado al personal y usuarios en el servicio de medicina interna.**

### Consentimiento Informado

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo realizar una **“Evaluación a la Calidad y Seguridad en la Atención Médica de Pacientes en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo”** previo a la obtención del título de Magister en Gerencia Hospitalaria en la Universidad de las Fuerzas Armadas (ESPE).

La finalidad de este proyecto de investigación radica en apoyar el proceso que se está llevando a cabo en esta casa de Salud por parte de la Accreditation Canadá International y el Ministerio de Salud Pública en aras de velar por la calidad de la atención médica.

Para alcanzar este objetivo se solicita su colaboración en lo que respecta a información del servicio antes mencionado, permítanos recordarle que la información es confidencial y su participación totalmente voluntaria.

Agradecemos su participación.

Yo, ..... he leído la información proporcionada y he tenido todo el tiempo suficiente para revisar y resolver todas mis dudas, por lo tanto acepto participar voluntariamente en la investigación **“EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN MEDICA A PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO”**.

He sido informado del objetivo, riesgos y beneficios de esta investigación, me han indicado que debo responder a las preguntas de la encuesta, acepto que la información obtenida es anónima y confidencial y no podrá ser usada para ningún otro propósito.

He sido informado que en cualquier momento puedo retirarme del proceso de investigación cuando así lo decida, sin que esto acaree perjuicio alguno para mi persona. Me han dado a conocer que una copia de este documento me será entregada.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR: .....

FECHA: .....

**Preguntas enfocadas al líder del servicio:**

- ¿Posee un título de cuarto nivel relacionado a actividades administrativas?
- ¿Cuánto tiempo está a cargo del servicio de medicina interna?
- ¿Con cuántas personas labora en el servicio?
- ¿Cómo esta organizados los pacientes en el piso?
- ¿Cómo es la organización para los turnos de médicos y enfermera?
- ¿Realizan capacitación e inducción referente a manejo de conflictos, manejo de bombas de infusión, uso de prendas de protección, etc. al personal que ingresa?
- ¿Adaptan protocolos internacionales a la realidad del servicio?
- ¿Cuál es la ruta que se sigue para reportar eventos adversos, eventos centinela y accidentes fallidos?
- ¿Poseen manual de procedimientos en el servicio?

**Preguntas enfocadas a los médicos residentes, internos rotativos y enfermeras**

- ¿Al momento que usted ingresó al servicio recibió una inducción? ¿En qué temas?
- ¿Las actividades encomendadas están asignadas en base al tiempo que se requiere para cumplir dichas actividades?
- ¿Son responsables de cuidar las pertenencias de los usuarios?
- ¿Cuentan con material e insumos para su trabajo diario?
- ¿Cuáles considera que son las falencias del servicio?
- ¿Qué tal es su relación con el jefe de servicio?
- ¿Cómo están organizados los turnos?
- ¿En cada turno hay personal suficiente?

- ¿Conoce sobre estándares de calidad y seguridad en salud?
- ¿Cuál cree usted que es la alternativa de solución ante los problemas enunciados?

**Preguntas al usuario externo:**

- ¿Cuál fue su experiencia en el servicio de medicina interna?
- ¿Le agradó el trato que recibió por parte del personal de enfermería, médico, administrativo del servicio?
- ¿Necesitó de una hoja de transferencia para llegar al hospital?
- ¿Durante su estancia en el hospital le informaron sobre el tratamiento, procedimientos, diagnósticos y su estado de salud en general?
- ¿Sabe usted como poner una queja sobre el servicio recibido?
- ¿Le explicaron cómo debe tomar la medicación al salir con el alta?
- ¿Regresaría a este servicio para ser atendido nuevamente?
- ¿Recomendaría a un familiar o conocido este hospital?

Gracias por su participación.



## Anexo 3 Protocolo Interno para cetoacidosis Diabética.

 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>Hospital de Especialidades</b> <b>Eugenio Espejo</b>	<b>PROTOCOLO</b> <b>CETOACIDOSIS DIABETICA</b>			CÓDIGO: HEE-MIC-PT-008	
	ELABORACIÓN <input type="checkbox"/>	REVISIÓN <input type="checkbox"/>	VIGENCIA <input checked="" type="checkbox"/>	VERSIÓN N°:	8
					Página: 1 de 7

# PROTOCOLO

# CETOACIDOSIS

# DIABÉTICA

 Ministerio de Salud Pública HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO Dr. Viviana Salazar MIRANDA Médica Internista Cat. MSP: LIBRO 1 "U" FOLIO 1 No. 1	 Ministerio de Salud Pública HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO Dr. Alberto Castillo MEDICINA INTERNA Cat. MSP: LIBRO 1 "U" FOLIO 41 No. 123	 Ministerio de Salud Pública HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO Dr. Lenin Mantilla DIRECTOR ASISTENCIAL
Elaborado por:  Dra. Viviana Salazar MÉDICA INTERNISTA	Revisado por:  Dr. Alberto Castillo LIDER DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	Aprobado por:  Dr. Lenin Mantilla DIRECTOR ASISTENCIAL
FECHA: 27-01-2015	FECHA: 27-01-2015	FECHA:

 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>Hospital de Especialidades</b> <b>Eugenio Espejo</b>	<b>PROTOCOLO</b> <b>CETOACIDOSIS DIABETICA</b>		<b>CÓDIGO:</b> HEE-MIC-PT-008
			<b>VERSIÓN N°:</b> 8
		<b>ELABORACIÓN</b> <b>REVISIÓN</b> <b>VIGENCIA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Página: 2 de 7</b>

**I. OBJETIVO:**

Tratar en forma oportuna a los pacientes que ingresan por emergencia así como también investigar las causas que ocasionaron la descompensación.

**II. ALCANCE:**

A los médicos residentes, tratantes, internos rotativos y personal de enfermería

**III. RESPONSABLES:****Responsable de la Supervisión**

Líder del Servicio

**Responsable de la Aplicación**

Médicos Tratantes, Residentes e Internos Rotativos

**Responsable del Monitoreo del Indicador**

Líder del Servicio

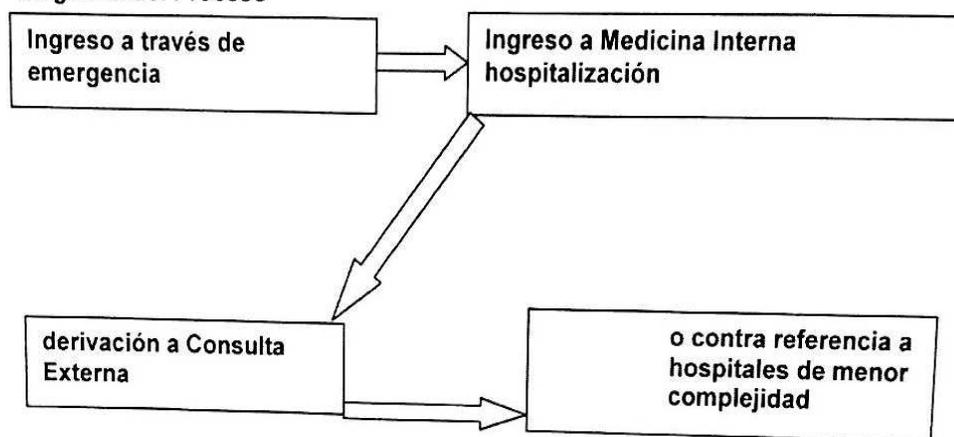
**IV. DEFINICIONES:**

La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación metabólica grave de la diabetes mellitus manifestada por la sobreproducción de cuerpos cetónicos y cetoácidos que resultan en acidosis metabólica, usualmente, pero no invariablemente, asociada con hiperglucemia.

 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>Hospital de Especialidades</b> <b>Eugenio Espejo</b>	<b>PROTOCOLO</b> <b>CETOACIDOSIS DIABETICA</b>			<b>CÓDIGO:</b> <b>HEE-MIC-PT-008</b>	
				<b>ELABORACIÓN</b> <input type="checkbox"/>	<b>REVISIÓN</b> <input type="checkbox"/>

## V. DESCRIPCIÓN:

### 5.1. Diagrama del Proceso



### 5.2. Desarrollo del Proceso

#### PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS

Generales: polidipsia, polifagia, poliuria, astenia, debilidad, anorexia, calambres en extremidades inferiores

Digestivos: náuseas, vómitos, dolor abdominal

Neurológicos: el sensorio suele estar normal o deprimido. En casos graves, estupor o coma

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Estado Hiperosmolar no Cetósico
- Acidosis Láctica
- Deshidratación con hiperglicemia de estrés
- Errores innatos del metabolismo hidrocarbonado
- Intoxicación por salicilatos
- Tubulopatías Renales
- Cetosis de Ayuno

 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>Hospital de Especialidades</b> <b>Eugenio Espejo</b>	<b>PROTOCOLO</b> <b>CETOACIDOSIS DIABETICA</b>			CÓDIGO: HEE-MIC-PT-008	
				VERSIÓN N°:	8
			ELABORACIÓN <input type="checkbox"/>	REVISIÓN <input type="checkbox"/>	VIGENCIA <input checked="" type="checkbox"/>
					Página: 4 de 7

### PRINCIPALES EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Perfil Hematológico
- Perfil Gasométrico
- Perfil Renal
- Perfil Enzimático
- Perfil Metabólico
- Perfil Hepático – Pancreático
- Perfil Toxicológico
- Perfil Electrofisiológico
- Perfil Radiológico

### TRATAMIENTO CLINICO

#### FARMACOLOGICAS

#### HIDRATACION:

1. KAD + SHOCK

Solución Salina Isotónica y/o Expansores de Plasma (Hasta recuperar hemodinamia)

2. KAD SIN SHOCK

Hora	Solución	Volumen
1-2	Cristaloides (SSI)	500-1000 ml/h
2-4	Cristaloides (SSI)	250-500 ml/h + pérdidas
4-8	Cristaloides (SSI)	125 ml/h + pérdidas +
	D/A 5%	40 ml/h

	<b>PROTOCOLO CETOACIDOSIS DIABETICA</b>			<b>CÓDIGO: HEE-MIC-PT-008</b>	
				<b>VERSION N°:</b>	<b>8</b>
	<b>ELABORACIÓN</b> <input type="checkbox"/>	<b>REVISIÓN</b> <input type="checkbox"/>	<b>VIGENCIA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Página: 5 de 7</b>	

#### APORTE CALORICO

- D/A 5% si glucemia <250 mg/dL luego de resucitación hemodinámica

#### REPOSICION DE INSULINA

1 a 4 horas

- Insulina Cristalina IV 0.05 – 0.1UI/Kg/h hasta alcanzar glucemia 250 mg/dL

4 a 8 horas

- Reducción horaria de infusión de Insulina (25 – 50% de dosis inicial)

8a 24 horas

- Continuar infusión mínima necesaria para mantener glucemia entre 100 – 200 mg/dL (Insulina IV a 0.0125 – 0.0250 UI/Kg/h)

24 horas

Terapia de mantenimiento

- Cambio Insulina Cristalina IV a SC 0.5 – 1 UI/Kg/d
- Esquema de Insulina cristalina SC: 1500 Kcal/(0.5UI x Kg)
- Evaluar necesidad de Antidiabéticos orales
- Criterios de insulino terapia ambulatoria

#### REPOSICION DE POTASIO

- Valorar y verificar diuresis
- K: 4.5 – 5.5 mEq/L = 10 mEq/L
- K: 3.5 – 4.4 mEq/L = 20 mEq/L
- K: 2.5 – 3.4 mEq/L = 30 mEq/L
- K: <2.5 mEq/L = 40 mEq/L

#### REPOSICION DE BICARBONATO

- pH <7.0 : Administrar NaHCO<sub>3</sub> (50 mmol) diluido en 200 ml de H<sub>2</sub>O a 200 ml/h
- Repetir Infusión cada 2 h hasta obtener pH >7.0

 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>Hospital de Especialidades</b> <b>Eugenio Espejo</b>	<b>PROTOCOLO</b> <b>CETOACIDOSIS DIABETICA</b>			CÓDIGO: HEE-MIC-PT-008	
	ELABORACIÓN <input type="checkbox"/>	REVISIÓN <input type="checkbox"/>	VIGENCIA <input checked="" type="checkbox"/>	VERSIÓN N°:	8
					Página: 6 de 7

### TRATAMIENTO QUIRURGICO

De acuerdo a la causa desencadenante o la complicación manifiesta, una vez superada la descompensación hemodinámica y metabólica.

### PRINCIPALES COMPLICACIONES

- Edema Cerebral
- Hipoglicemia
- Sobrecarga Hídrica con Insuficiencia Cardíaca
- Infarto Agudo de Miocardio
- Tromboembolismo Pulmonar
- Hipokalemia

### VI. INDICADORES:

Número de pacientes ingresados por esta descompensación/número de pacientes esperados con esta descompensación.

RESPONSABLE: Médico Tratante

FRECUENCIA: 15-20 pacientes por mes

INTERPRETACIÓN: Es la patología más frecuente del Servicio, se soluciona el problema de descompensación y la causa.

**Anexo 4 Lista de protocolos existentes en el servicio de medicina interna****PROTOCOLOS MÉDICOS SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****ABSCESO HEPÁTICO****INDICACIÓN BIOLÓGICOS****INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS****VASCULITIS ANCA****VIH/SIDA****VIH/TB****PANCREATITIS AGUDA****CETOACIDOSIS DIABÉTICA****PROTOCOLO CHEQUEO PREQUIRÚRGICO EN ADULTO MAYOR****PROTOCOLO ALERGIA A MEDICAMENTOS**

Anexo 5 . Base de datos de medicina interna.

	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	A
1	CANTON	PARRO	LOCALID	fechaingr	fechaingr	fechaingr	fechaegr	fechaegr	fechaegr	egre_cor	SERVICIO DEL HEE	DEFINITIVO DE EGRESO	1 SECUNDARIO DE EGRESO	2 SECUNDARIO DE EGRESO	DIAGN
5	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	12	2015	1	23	1	MEDICINA INTERNA	ENVENENAMIENTO POR ANTIEPILEPTICOS, HIPNOTIC	ENVENENAMIENTO POR ANTIEPILEPTICOS	TRASTORNO NO ESPECIFICADO DEL SISTEM	
7	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	23	2015	1	27	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ES	
8	QUININDE	QUININDE	QUININDE	2015	1	23	2015	1	28	1	MEDICINA INTERNA	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	TRASTORNO NO ESPECIFICADO DEL SISTEM	
9	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	26	2015	1	29	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN I	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	HIPOGLUCEMIA, NO ESPECIFICADA	
11	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	25	2015	1	25	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON	CETOACIDOSIS	
17	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	25	2015	1	28	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	
20	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	1	2015	1	15	3	MEDICINA INTERNA	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN OTRAS ENF	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN C	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS COM	
24	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	7	2015	1	25	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LA NO ESPE	
28	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	14	2015	1	21	1	MEDICINA INTERNA	HIPOSMOLARIDAD E HIPERNATREMIA	HIPOSMOLARIDAD E HIPERNATREMIA	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ES	
30	QUITO	QUITO	QUITO	2014	12	31	2015	1	4	1	MEDICINA INTERNA	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL CALCIO	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL CA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDI	
31	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	20	2015	1	26	1	MEDICINA INTERNA	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL	LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOF	
33	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	15	2015	1	26	1	MEDICINA INTERNA	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIF	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO E	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDI	
34	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	14	2015	1	20	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ES	
35	QUITO	QUITO	QUITO	2014	12	7	2015	1	15	1	MEDICINA INTERNA	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON COMPROMISO	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON CC	PIOTORAX SIN FISTULA	
36	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	14	2015	1	20	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN I	GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA		
41	QUITO	QUITO	QUITO	2014	12	30	2015	1	2	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN I	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
42	LATACUNG	LATACUNG	LATACUNG	2015	1	5	2015	1	30	1	MEDICINA INTERNA	DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR VIII	DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR VII	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEME	
50	IBARRA	IBARRA	IBARRA	2014	10	27	2015	1	1	1	MEDICINA INTERNA	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIF	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION		
51	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	20	2015	1	24	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN I	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN	MENTION DE COMPLICACION	
57	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	15	2015	1	18	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN I	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	HIPOGLUCEMIA, NO ESPECIFICADA	
71	CHONE	CHONE	CHONE	2015	1	7	2015	1	14	1	MEDICINA INTERNA	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LA NO ESPECIFICAD	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LA NO ES	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ES	
72	QUITO	QUITO	QUITO	2014	12	23	2015	1	14	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	TUBERCULOSIS DE LOS INTESITINOS, EL PEF	
74	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	26	2015	1	29	1	MEDICINA INTERNA	TIROTOXICOSIS, NO ESPECIFICADA	TIROTOXICOSIS, NO ESPECIFICADA		
76	QUITO	QUITO	QUITO	2014	11	6	2015	1	12	1	MEDICINA INTERNA	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN OTRAS ENF	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN OTRAS	ENFERMEDADES INFECCIOSAS O PAR	
78	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	2	2015	1	12	1	MEDICINA INTERNA	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS		
80	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	17	2015	1	23	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN I	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	
83	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	27	2015	1	29	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN I	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDENC	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	
86	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	7	2015	1	13	1	MEDICINA INTERNA	INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA, NO ESPE	INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
87	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	1	2015	1	16	1	MEDICINA INTERNA	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIE	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	
94	PEDRO VIC	PEDRO VIC	PEDRO VIC	2014	12	27	2015	1	6	1	MEDICINA INTERNA	FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO	FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	
101	QUITO	QUITO	QUITO	2014	12	5	2015	1	23	1	MEDICINA INTERNA	DIABETES INSIPIDA	DIABETES INSIPIDA		
113	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	5	2015	1	15	1	MEDICINA INTERNA	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA,	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA	HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA	
120	QUITO	QUITO	QUITO	2015	1	14	2015	1	23	1	MEDICINA INTERNA	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIE	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ES	