

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Implementación del modelo canadiense en una unidad operativa
del primer nivel de atención de salud**

Guamán Carrasco Paulina Alexandra, MD.

**Bernardo Ejgenberg, MD, ESP- SP.,
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de la Salud

Quito, noviembre de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Implementación del modelo canadiense en una unidad operativa

del primer nivel de atención de salud

Guamán Carrasco Paulina Alexandra

Firmas

Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP.,
Director de Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP.,
Director de la Especialidad de Gerencia en
Salud Pública

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.,
Decano de la Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla MD, M.Ed., F.A.A. P.,
Decano Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos, Ph.D.,
Decano del Colegio de Posgrados

Quito, noviembre de 2015

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma del estudiante: _____

Nombre: Guamán Carrasco Paulina Alexandra

Código de estudiante: 126383

C. I.: 1719137141

Lugar, Fecha: Quito, noviembre de 2015

DEDICATORIA

A mi madre Rebeca:

Por su motivación constante y apoyo incondicional.

A mi padre Luis:

Por su ejemplo de superación y por su amor.

A mis hermanos Iván y Alejandro:

Por creer siempre en mí.

A mi amiga Raquel:

Por acompañarme en esta aventura.

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por su infinita bondad y amor.

A mis maestros: porque no desistieron en su afán de enseñarme.

A mis compañeros: quienes con su experiencia, conocimiento y buen humor hicieron de esas largas horas de aprendizaje, horas de entretenimiento.

RESUMEN

La implementación de la acreditación de unidades operativas del primer nivel de atención basadas en el modelo canadiense es una iniciativa que contribuirá a cumplir con lo establecido en el marco legal ecuatoriano: brindar una atención de calidad, así como estandarizará procesos que permitirán velar por la seguridad de los pacientes y el personal de salud.

Este trabajo hace referencia a la calidad de atención en el tiempo y a los estándares que se aplicaran a las unidades del primer nivel de atención.

Se plantea la implementación del modelo canadiense en el periodo de un año y se espera, en el caso de poder desarrollar este proyecto, que los procesos de atención en la unidad operativa a nivel administrativo y asistencial se estandaricen e incrementen la satisfacción del cliente interno y externo.

Palabras clave: Calidad, acreditación, atención primaria de salud.

ABSTRACT

The implementation of the accreditation of operational units of the first level of care based on the Canadian model is an initiative that will help fulfill the provisions in the Ecuadorian legal framework: provide quality care and standardize processes that will ensure the safety of patients and health personnel.

This work refers to the quality of care over time and the standards that will apply to the units of primary care.

The implementation of the Canadian model is posed in a period of one year and is expected, in the case of being able to develop this project, the process of care in the operating unit at the administrative and welfare level standardize and increase internal customer satisfaction and external.

Key words: Quality, accreditation, primary health care.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	6
Abstract.....	7
Introducción	9
Revisión de la literatura	16
Justificación	23
Objetivos.....	24
Metodología de la investigación.....	25
Referencias.....	29
ÍNDICE DE ANEXOS.....	30

INTRODUCCIÓN

Hace 2000 años a. C. Hammurabi difundía el Código que lleva su nombre donde multaba y castigaba la práctica médica: "Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha causado la muerte de ese señor o (si) ha abierto la cuenca del ojo de un señor con la lanceta de bronce y ha destruido el ojo de ese señor, se le amputará la mano". (Peinado, 1982). En el Papiro de Ebers o también conocido como el papiro de Egipto 200 a. C. se puede encontrar algunos estándares que se aplican a la práctica clínica. En China, 100 a.C., ya se documentaba sobre las competencias de los profesionales médicos. " Fijaré el régimen de los enfermos del modo que le sea más conveniente, según mis facultades y mi conocimiento, evitando todo mal e injusticia", es lo que nos decía Hipócrates. Sobre la práctica médica en su famoso tratado. (Hipócrates, 500 a. C.) (Gual, 1983). En el 200 a. C. Galeno en sus trabajos Galeno estandariza el conocimiento médico.

En el siglo XVII, Sir William Petty, abordó el análisis de los problemas económicos y sociales enfocados en la relación salud enfermedad, proponiendo la evaluación sistemática de la atención sanitaria a partir de la comparación de los hospitales de Londres y París, donde puedo ver que: "los hospitales de Londres son.... mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16..." (Petty, 1670) (Pérez, 2001). Florence Nightingale, enfermera inglesa, observó que los pacientes intervenidos en los grandes hospitales tenían mayor riesgo de morir que los pacientes operados en centros de salud pequeños; por lo que adoptó mejores prácticas sanitarias en cuanto al cuidado básico de pacientes, higiene y alimentación, y vio una reducción del 2% en la tasa de mortalidad. En

1860 publicó en la publicación *Notes of Nursing*, donde se podría decir que establece los primeros estándares para la práctica de la enfermería.

En el Siglo XX se empieza con la práctica de la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria, que parte con la preocupación de la falta de estándares para el estudio de la Medicina sobre todo en Europa y Estados Unidos, preocupación que se encuentra plasmada en el Informe de Flexner (1910).

La misma preocupación la compartía un cirujano ortopedista del Massachusetts General Hospital, Ernest A. Codman, quien dijo: "...cada hospital debiera seguir a cada paciente durante el tiempo suficiente como para establecer si el tratamiento fue exitoso y entonces preguntarse 'si no, ¿por qué no?', con la visión de prevenir errores similares en el futuro". Estas inquietudes llevaron a que más adelante se creara el American College of Surgeons (ACS), quienes siguen la iniciativa de Codman de crear un programa de estandarización para los hospitales.

Lee y Jones, en la década de los 30, en su informe sobre el costo de la atención médica incluye criterio que permitirán evaluar la atención médica.

Cuadro 1. Criterios de la atención de calidad Lee y Jones.¹**Criterios de la atención sanitaria de calidad. Lee y Jones**

- 1. La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica**
- 2. La buena atención médica enfatiza la prevención**
- 3. La buena atención médica requiere cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica**
- 4. La buena atención médica trata al individuo como un todo**
- 5. La buena atención médica mantiene una estrecha relación y continuada entre el médico y el paciente**
- 6. La buena atención médica coordina todo tipo de servicios médicos.**
- 7. La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas.**

Entre 1940 y 1960 se forma la Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) resultado de la fusión del American College of Surgeons, el American College of Physicians, la American Hospital Association, La American Medical Association y la Canadá Medical Association. Posteriormente se crea el Canadá Council on Hospital Accreditation para empezar con el proceso de acreditación en los hospitales canadienses.

Mientras tanto en el ámbito metodológico Avedis Donabedian proponía una clasificación de los métodos de calidad en estructura, procesos y resultados que en la actualidad constituye el modelo de evaluación de la calidad en atención de salud.

En la década de los 80, se introducen nuevas técnicas gerenciales a nivel industrial, que junto con las fallas persistentes en la calidad de la atención en salud, llevan a las instituciones de salud de los Estados Unidos a introducir las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC)² y de la Administración Total de la

¹ Cuadro 1: Tomado de Conceptos generales de calidad.

² Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad es el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica de manera que la atención prestada sea efectiva, eficaz y segura, orientándose a la satisfacción del usuario.

Calidad (TQM)³. La acreditación en los hospitales amplió su enfoque y puso en marcha el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad. En 1991, el Reino Unido asumió formalmente esta política.

El proceso de acreditación en los Estados Unidos incluye etapas como: el desarrollo de estándares razonables; la difusión del pedido voluntario; la evaluación de los establecimientos realizado por profesionales concedores de los estándares; la realización de consultas y obtención de un consenso más amplio y las acciones de mejora.

En América Latina el detonante para iniciar con el proceso de acreditación hospitalaria fue I Conferencia Latinoamericana sobre Acreditación de Hospitales, que se llevó a cabo en Washington, DC, en 1989. Los países que participaron en esta conferencia llegaron a la conclusión que debido a la recesión vivida en 1980 que llevó al deterioro social, no se estaba hablando de calidad en los hospitales de América Latina. Por esto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con otras organizaciones internacionales acordaron contribuir a la mejora de la atención en estos hospitales y redactaron un manual titulado: "Manual of Hospital Accreditation" (Manual de Acreditación para Hospitales), que fue presentado en la II Conferencia Latinoamericana sobre Acreditación de Hospitales.

En Argentina se empezó a trabajar en la creación de la "Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica en la Argentina COMCAM" (Marracino, 1992) en 1989 para constituirse formalmente en 1991. Esta entidad crea el "Manual de Acreditación de establecimientos asistenciales de la Argentina y los reglamentos de acreditación" (COMCAM, 1992)

³ Administración Total de la Calidad: es un método relativamente nuevo en el arte de la administración que trata de mejorar la calidad de un producto y/o servicio y aumentar la satisfacción del cliente mediante la reestructuración de las prácticas de administración acostumbrada.

Brasil con más de 6 000 hospitales que cuentan con aproximadamente 400.000 camas inició su proceso de acreditación 1992. En marzo de 1997 se lanzó el programa "1997-1998 - El Año de la Salud de Brasil", este programa logro coordinar la evaluación de la calidad en entidades públicas y privadas y con la frase "Acreditación en Hospitales" llamó la atención de otras de la región.

A comienzo de los 90 en Colombia se empezó a aplicar el "Manual de Acreditación para Hospitales" de la OPS como plan piloto. En 1996 se crea el Sistema de Garantía de la Calidad, y en el 2002 realizan un estudio para evaluar dicho sistema con la ayuda del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud y otras entidades especializadas diseñándose el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia.

En el Ecuador desde el año 1998 se empezó a hablar de calidad como derecho de la población, así en la Constitución de este año en su Art.42 nos dice: "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia." (Constitución, 1998). En el 2002, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud nos habla de los principios del Sistema, así tenemos que en el Artículo 4 numeral 2 dice: "Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios" (Congreso Nacional del Ecuador, 2002)

En el 2008, con la publicación de la nueva Constitución de la República del Ecuador donde se establece en el Art 362 "... Los servicio de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizaran el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad

de la información de los pacientes” (Constitución, 2008) y el Art. 32.- “... La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional”. (Constitución, 2008) Y la creación e implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MAIS) El Gobierno actual ha invertido recursos económicos en infraestructura y equipamiento para mejorar la atención y prestación de servicios en salud y alcanzar estándares internacionales de calidad.

Para lograr este objetivo se firmó un contrato con la firma canadiense Accreditation Canada International para la evaluación de los procesos de atención y posterior acreditación de 44 hospitales a nivel nacional. La etapa de evaluación, autoevaluación y capacitación se inició el 29 de julio hasta el 9 de agosto de 2013. Actualmente se mantiene el proceso de evaluación final para la entrega de los certificados de los hospitales que cumplan con los requisitos. Los primeros hospitales visitados fueron: Baca Ortiz (Quito) y Abel Gilbert Pontón (Guayaquil).

Planteamiento del problema

En el Ecuador la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar (MAIS), tiene como uno de sus pilares principales el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, por ser el primer contacto entre la población y el sistema de salud. Este constituye el eje fundamental para el funcionamiento coherente del sistema de salud y para mejorar la calidad de los servicios.

En los últimos años el Gobierno Nacional ha realizado grandes inversiones a nivel de infraestructura y equipamiento, pero no se nota la inversión en la implementación de

procesos efectivos dentro de las instituciones de salud del nivel primario, puesto que se han enfocado solo a los niveles de atención superiores que aunque son parte del Sistema Nacional y es indispensable que brinden una atención de acuerdo a lo establecido en Leyes de la República, estos no generan un impacto tanto fuerte como las que generan las fallas de procesos en el nivel primario.

Así por ejemplo tenemos la congestión de los hospitales básicos y especializados, largas listas de espera, tasas de morbilidad y mortalidad elevadas, sobrecarga laboral, eventos adversos, etc. Es por ello que la Acreditación en salud no debe limitarse solo a los Hospitales sino también a las Unidades Operativas del Primer Nivel de Atención.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

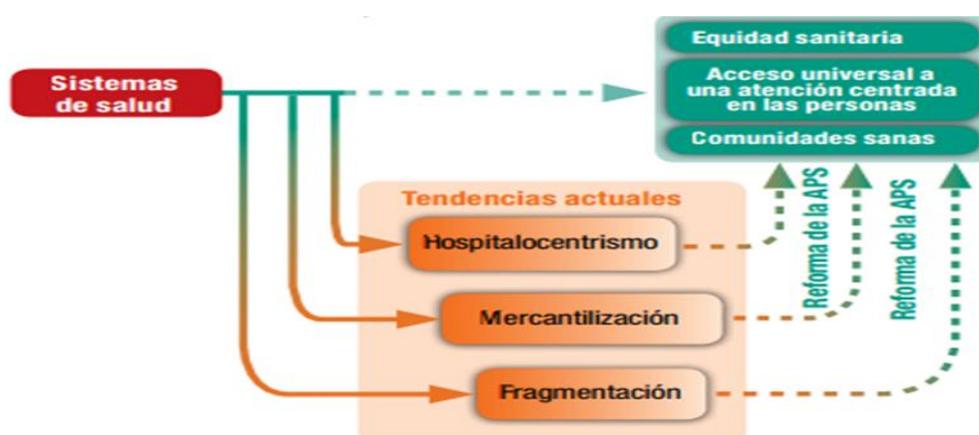
Los sistemas de salud están inmersos en las transformaciones que son parte del mundo globalizado en el que vivimos. Los cambios que se realicen deben ser acorde al medio en el que nos desarrollamos y a los indicadores de cada país. Pero la mayoría de países aún están claros en este actuar por lo que sucede lo que nos dice en La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca, 2008: “En muchos sentidos, las respuestas del sector de la salud a un mundo en transformación han sido inadecuadas e ingenuas. Inadecuadas, en la medida en que no han sido previsoras ni oportunas: a menudo no se ha hecho lo suficiente, se ha hecho demasiado tarde o se ha hecho demasiado en el lugar equivocado. E ingenuas, porque cuando un sistema falla se deben aplicar soluciones, no remedios transitorios”. (OMS, 2008)

A pesar del gran impulso que ha tenido en los últimos años la Atención Primaria en Salud (APS) gracias a las experiencias de varios países como Canadá, Cuba, Inglaterra y otros que llevan años enfocados en la atención de salud comunitaria e integral y los movimientos en pro de esta aún los sistemas de salud, sobretodo en América Latina no termina de comprender el impacto que tiene en el sistema y se apartan de los valores de la atención primaria dando prioridad a los niveles superiores de atención.

Cuadro 2. Como la experiencia ha modificado la perspectiva del movimiento en pro de la APS.⁴

PRIMEROS INTENTOS DE IMPLEMENTAR LA APS	ACTUALES CUESTIONES DE INTERÉS PARA LAS REFORMAS EN PRO DE LA APS
Acceso ampliado a un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales para los pobres del medio rural	Transformación y reglamentación de los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr el acceso universal y la protección social en salud
Concentración en la salud maternoinfantil	Cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad
Focalización en un número reducido de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas	Respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes
Mejora de la higiene, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la educación sanitaria a nivel de las aldeas	Promoción de modos de vida más saludables y mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud
Tecnología sencilla para agentes de salud voluntarios no profesionales de las comunidades	Equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de éstos
Participación en forma de movilización de recursos locales y gestión centrada en la salud a través de comités locales de salud	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas
Servicios financiados y prestados por los gobiernos con una gestión vertical centralizada	Funcionamiento de sistemas de salud pluralistas en un contexto globalizado
Gestión de una situación de creciente escasez y reducción de recursos	Orientación del crecimiento de los recursos para la salud hacia la cobertura universal
Ayuda bilateral y asistencia técnica	Solidaridad mundial y aprendizaje conjunto
Atención primaria como antítesis de los hospitales	Atención primaria como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles
La APS es barata y requiere sólo una pequeña inversión	La APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones

Figura 1. Los sistemas de salud se apartan de la atención primaria.⁵



Esto ha hecho que la calidad de la atención a nivel primario no sea la esperada por la población, haciendo que esta pierda confianza en estas

⁴ Cuadro tomado de La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca que nunca, 2008. OMS

⁵ Figura 1 tomada de La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca que nunca, 2008. OMS

unidades operativas y se auto dirijan a los hospitales de segundo y tercer nivel. A esto se le suma que la mayor asignación de recursos se concentra a nivel de los servicios curativos “...que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad” (OMS, 2008) y la publicidad que le da el régimen a los instituciones de nivel superior donde promocionan mejor y mayor atención con tecnología de punta y con médicos de formación más especializada. Esto ha llevado al hospitalocentrismo⁶ del servicio sanitario, a pesar de tener un modelo con base en la APS.

En el 2013 el Ministerio de Salud Pública entrega el Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y lo define como: “es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud”.

En el MAIS se define como interactúan los sistemas de salud públicos y privados y define las obligaciones de los niveles de atención así:

“El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contra referencias adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (Acuerdo No. 1203)”.

Además en su componente Gestión de la calidad del Sistema Nacional de Salud nos habla del Sistema de Control de Garantía de la Calidad el que debe garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión:

1. Comprende la organización efectiva y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad.
2. Definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud, implementación de concursos de oposición y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.

⁶ Hospitalocentrismo: Sistemas de salud desarrollado en torno a hospitales y especialistas.

3. Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo.
4. La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica.
5. Implementación de Auditoria Integral en Salud.
6. Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.
7. Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.
8. Un sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica.
9. Sistema de fármaco vigilancia.
10. Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud, y además la realización de ciclos de mejoramiento continuo.

Basados en esto y en el deseo gubernamental de alcanzar estándares internacionales en salud y: “al ser Canadá un país importante históricamente, en algunos campos del saber, pero especialmente en el mundo sanitario, y que actualmente posee un sistema sanitario mayoritariamente público, con cobertura universal” (González, 1991) por lo que se decide la implementación de un programa de acreditación⁷ para 44 hospitales con la reconocida organización Accreditation Canada.

⁷ La acreditación: “es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción” (Paganini, 1992)

Acreditación Canadá International (ACI)

Es un organismo de acreditación de instituciones de salud que trabaja en el mejoramiento continuo de la calidad enfocada en varios estándares pero sobre todo en la seguridad del paciente desde 1959. Sus acreditadores trabajan con 40 países a nivel de Ministerios de Salud sobretodo. Además es miembro de la Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud (ISQua), el organismo mundial responsable de la acreditación de los organismos de acreditación.

El sistema de evaluación de esta compuesta de tres niveles:

Nivel Oro: dirigido a estructuras básicas y procesos relacionados a elementos de orientación de mejora de seguridad y calidad.

Nivel Platino: se basa en los principios de calidad y seguridad, y destaca los elementos claves 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.

Nivel 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.

Los estándares que se evalúan obligatoriamente se basan en los atributos de la calidad, son:

- Liderazgo y Alianzas o asociados (Leadership and Partnerships) (14 estándares)
- Medio Ambiente (Environment) (8 estándares)

- Recursos Humanos (Human Resources) (11 estándares)
- Gestión de la Información (Information Management) (9 estándares)

A esto se suman los estándares que caracterizan a cada programa.

Posee varios programas dentro de sus procesos de acreditación:

- Acreditación de programas de Canadá
- Aprobación inicial
- Qmentum
- Distinción
- Distinción-Servicios para víctimas de accidentes cerebrovasculares
- Distinción-Traumatología

El programa de acreditación Qmentum se centra en la calidad y la seguridad de los clientes internos y externos basados en los aspectos de gobernanza, liderazgo de la infraestructura y la prestación directa de la atención.

Aplica las normas relativas a: gobernabilidad, liderazgo, prevención y control de infecciones y la administración de medicamentos.

En este programa el proceso de acreditación se desarrolla en varias etapas:

- El personal de la organización que empieza el proceso debe familiarizarse con los recursos del programa (normas y materiales de capacitación);
- Se da una capacitación inicial de información;
- Se realiza el llenado del cuestionario de autoevaluación (opcional) y las herramientas de evaluación del desempeño (pulso encuesta sobre la calidad de la vida laboral, seguridad de los usuarios y el funcionamiento de la herramienta de evaluación de la gobernabilidad).

- Se analiza el cuestionario y se indica que medidas en relación con los procesos y prácticas tienen que ser mejoradas;
- La organización recibirá una visita del personal de acreditación, que puede durar de dos a cinco días, dependiendo del tamaño de la organización y los servicios que ofrece.
 - Recibirá un informe de aprobación⁸ y se indicará que tipo de aprobación ha recibido.

Además Qmentum tiene unos parámetros de evaluación para organizaciones de atención comunitaria. El objetivo de este programa es ayudar a aprovechar al máximo los recursos y mejorar el trabajo del equipo multifuncional y multidisciplinario, contribuyendo a:

- Cuidar mejor a los usuarios;
- Una mejor comunicación entre el personal;
- Mejorar la colaboración entre los equipos;
- Una reducción en los costos de operación.

Es por eso que el programa idóneo para la implementación de este proyecto es Qmentum Internacional. Para los hospitales del Ecuador aplica veintiuno normas dentro de las cuales se encuentran los estándares que se deben cumplir así como las prácticas organizacionales requeridas para alcanzar estos estándares.

⁸ Aprobación inicial. Que puede ser: Proceda; Adoptar las medidas necesarias y hacer que; Se necesitan más avances.

Qmentum: Aprobado con honores (nivel más alto); Autorizado; No autorizado. Distinción.

Cuadro 3. Normas de Qmentum Internacional para hospitales de Ecuador

N°	NORMAS
1	Organización Efectiva para Pequeñas Organizaciones
2	Estándares de Gobernanza
3	Liderazgo estándares
4	Médicos
5	Manejo de la Medicación en Pequeñas Organizaciones
6	Manejo de la Medicación
7	Preparación para las Emergencias y Desastres
8	Reprocesamiento y Esterilización de Dispositivos Médicos Reutilizables
9	Control y Prevención de Infecciones
10	Prevención y Control de Infecciones para Pequeñas Organizaciones
11	Estándares de Diagnóstico por Imágenes
12	Servicios de Laboratorio Biomédico
13	Banco de Sangre y Servicio de Transfusiones
14	De Laboratorio y Banco de Sangre
15	Sala de Operaciones
16	Cuidado Quirúrgico
17	De Cuidado Crítico
18	Obstétricos
19	De Emergencia
20	Cuidados de Servicios Ambulatorios
21	De Cuidado Primario

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de titulación tiene como objetivo la implementación del modelo de acreditación canadiense en una unidad operativa del primer nivel de atención con la finalidad de cumplir con lo estipulado en el marco legal del Ecuador y brindar una atención de calidad y calidez basada en el cuidado al paciente y fortaleciendo las bases del sistema nacional de salud. Se ha tomado el modelo canadiense como el idónea para esta implementación, pues es el posee estándares que mejor se ajustan a nuestra realidad y además por ser Acreditación Canadá la organización que trabaja de la mano del Ministerio de Salud en el proceso de acreditación de los hospitales ecuatorianos desde el 2013.

OBJETIVOS

General

Implementar los estándares de Acreditación Canadá en una Unidad Operativa del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud en el período enero – diciembre 2016.

Específico

- Socializar la definición, importancia y ventajas de la acreditación en una unidad operativa del primer nivel de atención.
- Implementar la estructura de una organización efectiva en una unidad operativa del primer nivel de atención.
- Crear una cultura de seguridad y mejoramiento de la calidad.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo propone una investigación descriptiva cualitativa.

La búsqueda de la información se la hizo en fuentes bibliográficas obtenidas de internet, documentos impresos y digitales que se relacionaban con los procesos de acreditación y la atención primaria de salud.

La búsqueda de la información se inició en el Departamento de Aseguramiento de la Calidad del Hospital Enrique Garcés: se empezó por la información general sobre el proceso de acreditación. Posteriormente se revisó el material entregado en el año de estudio de la Especialización de Gerencia de Salud, se puso énfasis en la revisión de lo facilitado en los módulos introductorio y de calidad. Se recopiló toda la información en un archivo digital y físico y se le asignó un orden de acuerdo a su aporte a este trabajo.

La implementación de este trabajo se hará en una unidad operativa de primer nivel de atención que sea aprobada por el Ministerio de Salud posterior a entregar la solicitud de permiso.

En primera instancia se realizará una jornada de información sobre el proyecto y los conceptos generales de acreditación al personal que labora en la unidad operativa, se recorrerá la misma y se elegirá una persona responsable de colaborar con la organización.

Posteriormente se realiza la inducción sobre calidad, acreditación, como se llevará a cabo el proceso y la importancia de tener estándares dentro del centro, se informará sobre las normas con los estándares que se aplicaran (Anexo 1). Se dejará una encuesta de evaluación inicial que será realizada por el personal del centro y se indicara el plazo de entrega.

El día que se recoja las encuestas se realizara una evaluación de la unidad por parte del responsable de la implementación y su equipo. Posteriormente se entregarán los resultados de la autoevaluación y se aplicará el plan de mejora (Anexo 2).

Se entregarán los estándares a ser aplicados en el centro de salud y se guiará en cómo y cuándo hacerlo, además se entregará un folleto en físico y digital que contendrá las normas (solo se utilizaran ocho de las veintiuno normas establecidas para los hospitales estatales), los estándares y los lineamientos de cada y que les servirá de guía para este trabajo.

La información recolectada se la recogerá en formato digital (Excel, Word, pdf) y se consolidará en una matriz de Excel y se los analizará de manera cualitativa.

La evaluación del proceso se hará semestral y se indicará un cronograma para consultas por parte del personal.

Al finalizar el proceso se hará una evaluación final de la unidad y se comparará con la evaluación inicial. Se emitirá un informe y se harán las recomendaciones pertinentes.

CRONOGRAMA

Cuadro 4. Cronograma de actividades para la implementación del modelo canadiense.

Nº	AÑO	2015														
		MES / SEMANAS														
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12			
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	ACTIVIDADES															
1	Planificación para acreditación															
2	Implementación de la nueva estructura por procesos.	■	■													
3	Intervención	■	■	■												
4	Implementación del sistema de mejoramiento de la calidad	■	■	■												
5	Implementación de la nueva estructura por procesos.	■	■													
6	Realizar el organigrama		■	■												
7	Definir las funciones del personal		■	■												
8	Elaboración del reglamento interno			■	■											
9	Definir las políticas de acreditación			■	■											
10	Verificación de realización de actividades.			■	■											
11	Intervención			■	■											
12	Elaboración de los manuales POR				■	■										
13	Aprobación de los manuales POR				■	■										
14	Elaboración del plan de intervención.				■	■										
15	Gestión de propuestas.				■	■										
16	Verificación de realización de actividades.				■	■										
17	Implementación del sistema de mejoramiento de la calidad				■	■										
18	Plan de comunicación.				■	■										
19	Capacitación para la aplicación de nuevos protocolos de atención y POR.				■	■										
20	Conformación de equipo de monitoreo interno.				■	■										
21	Comenzar la aplicación de protocolo y POR				■	■										
22	Auditoría externa.				■	■										
23	Revisión de resultados de monitoreo y auditoría externa.				■	■										
24	Entrega de informe				■	■										
25	Realización del plan de mejoramiento.				■	■										
26	Monitoreo del sistema de calidad				■	■										
27	Revisión de indicadores				■	■										
28	Convalidación y revisión de resultados				■	■										

Elaborado por: Paulina Guamán C.

PRESUPUESTO

Cuadro 5. Presupuesto para la implementación del modelo canadiense en una unidad operativa de primer nivel de atención.

RUBRO	VALOR
Copias	250,00
Materiales	350,00
Suministros	100,00
Transporte	60,00
Alimentación	100,00
Imprevistos	3 00,00
TOTAL	1160,00

Elaborado por: Paulina Guamán C.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se lo hará de forma cualitativa.

REFERENCIAS

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.

Montecristi: Publicación Oficial de la Asamblea Nacional del Ecuador.

COMCAM. (1992). *Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales en la república de argentina*. Argentina: COMCAM.

Congreso Nacional del Ecuador. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*.

Quito.

Constitución. (1998). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Riobamba.

Constitución. (1998). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Riobamba: ANC.

Constitución. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Publicación Oficial de la Asamblea Nacional del Ecuador.

González, B. (1991). *Análisis Multivariante. Aplicación al ámbito sanitario*. Barcelona: SE Editores S.A.

Gual, C. G. (1983). *Tratados Hipocráticos*. Madrid: Gredos S.A.

Marracino, C. (1992). *Estrategia y Desarrollo del Proyecto de Acreditación de Establecimientos en Argentina*. Argentina: COMCAM.

OMS. (2008). *La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca*. Suiza: OMS.

Paganini, J. (1992). *La garantía de calidad: acreditación de Hospitales para America Latina y el Caribe*. OMS.

Peinado, F. L. (1982). *Código de Hammurabi*. Madrid: Editora Nacional.

Pérez, P. R. (2001). *Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución, tendencias y métodos*. España: Arbor.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Estándares de acreditación con su práctica organizacional a ser implementado en una unidad operativa del primer nivel de atención.

Anexo 2. Plan para la mejora de la calidad en una unidad operativa del primer nivel de atención.

ANEXOS

Anexo 1. Estándares de acreditación con su práctica organizacional a ser implementado en una unidad operativa del primer nivel de atención.

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	POR	NIVEL
Cultura de la Seguridad	· Reportes de Eventos Adversos	· Oro
Crear la cultura de seguridad en la organización		
Comunicación	· Verificación de clientes. · Uso de abreviaturas peligrosas. · Transferencia de la información de clientes en puntos de transición.	· Oro
Mejorar la efectividad y coordinación de la comunicación entre los prestadores de servicios de cuidados médicos y los receptores de los servicios de cuidados médicos a lo largo de todo el proceso.		
Uso de Medicamentos	· Medicamentos de alto riesgo	· Oro
Asegurar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo.		
Vida Laboral	· Programa de Mantenimiento Preventivo	· Oro
Crear una vida laboral y un ambiente físico que apoye la prestación segura de los servicios de cuidados médicos.	· Capacitación en seguridad de pacientes	
Control de Infecciones	· Administración oportuna de antibióticos profilácticos	· Platino
Reducir el riesgo de adquirir infecciones en una organización de servicios médicos, así como su impacto	· Higiene en las manos	· Oro
Evaluación de Riesgo	· Estrategia de prevención de caídas	· Platino
Identificar los riesgos inherentes en las poblaciones de los clientes		

Anexo 2. Plan para la mejora de la calidad en una unidad operativa del primer nivel de atención.

ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVO (PLAZO)	RESPONSABLE	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Determinar los equipos necesarios para la autoevaluación	Equipos de autoevaluación constituidos en cada servicio/proceso.	Ver el cronograma	Líderes de cada servicio/proceso	Documento con lista de Equipos.	Estarán desarrollados, revisados y aprobados los procedimientos, normas, instrucciones y otros documentos necesarios para acreditar
Elaborar un programa de capacitación en desempeño organizativo y mejora de la calidad	Miembros de toda la unidad operativa.	Ver el cronograma	Coordinador de implementación de capacitación	Informe de capacitación y evaluación de la misma que se enviará a Talento Humano	Priorización de las necesidades de capacitación en función del mejoramiento del desempeño organizativo, técnico operativo y mejora de la calidad alineados con los requerimientos de las Normas de Acreditación Canadienses
Continuar con los planes para poner en práctica el marco de calidad que ha sido proporcionado por el Ministerio de Salud	Miembros de toda la unidad operativa.	Ver el cronograma	Director del centro de salud.	Actas de la reunión.	Cuantificación del avance y ajuste de tiempos en la medida de lo posible.
Elaborar un documento con los principios y prácticas esenciales para lograr los objetivos comunes.	Equipos de autoevaluación y coordinador de la implementación.	Ver el cronograma	Director del centro de salud.	Documento	Guiar al personal en su actuar, y en la consecución de los objetivos comunes.
Determinar los beneficios de la mejora de la calidad y la acreditación para la organización.	Miembros de toda la unidad operativa.	Ver el cronograma	Plan de incentivos y reconocimientos para el personal.	Participación activa del personal en el proceso de mejoramiento de la calidad.	Socialización e implementación del Plan de Incentivos y reconocimientos para el personal.
Diseñar un proceso para actualizar la descripción de los puestos de trabajo, incluyendo funciones y responsabilidades.	Director del centro de salud. Coordinador de Talento Humano	Ver el cronograma	Coordinador de la Unidad de Talento Humano	Documentos vigentes y actualizados.	Implementación del ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS y marco legal vigente relacionado.
Identificar las actividades y clientes de alto riesgo más frecuentes para la organización.	Miembros de toda la unidad operativa.	Ver el cronograma	Director del centro de salud.	Documento en el archivo del Proceso de Seguridad Lista de actividades y clientes de riesgo más frecuentes.	Implementación de medidas que contrarresten, disminuyan o atenúen el riesgo.

Establecer procedimientos operativos estandarizados para cada actividad.	Todo el personal del conformand o los grupos necesarios de acuerdo a las especialidad es relacionada s con oferta de servicios del centro.	Ver el cronograma	Líderes de cada Servicio.	Documental, el procedimiento escrito y difundido.	Implementación de medidas que contrarresten, disminuyan o atenúen el riesgo.
Establecer un método para medir la satisfacción del personal (por ejemplo, encuestas de satisfacción del personal).	Miembros de toda la unidad operativa.	Ver el cronograma	Responsable de implementación .	Documental, el procedimiento escrito y difundido.	Monitorear la satisfacción del personal, recolectar datos para medir el desempeño de su vida laboral.