

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

"Proceso implementación de los protocolos de calidad y seguridad del paciente para obtener la Acreditación Canadá Oro en el Hospital General Ibarra del IESS para el año 2018"

Vicente Ferrándiz Catalán

Ramiro Echeverría T., MD.

Director de Trabajo de Titulación

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

Quito, 15 de diciembre de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

"Proceso implementación de los protocolos de calidad y seguridad del paciente para obtener la Acreditación Canadá Oro en el Hospital General Ibarra del IESS para el año 2018"

Vicente Ferrándiz Catalán

Firmas

Ramiro Echeverría T., MD.

Director del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría T., MD.

Director del Programa de Gerencia en Salud.

Jaime Ocampo, MD, MA, Ph.D

Decano de la Escuela de Salud Pública.

Hugo Burgos Ph.D

Decano del Colegio de Posgrados.

Quito, 15 de diciembre de 2017

© 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:

Vicente Ferrándiz Catalán

Código de estudiante:

0140256

C. I.:

1753985835

Lugar, Fecha

Quito, 15 de diciembre de 2017

DEDICATORIA

La base en el desarrollo de una persona está en su familia, donde se empieza a forjar su educación, su forma de ser, sus valores, ellos son sus progenitores, sus hermanos y sus descendientes a los que se les transmite lo aprendido, es por ello que todos mis esfuerzos y triunfos se los dedico con todo honor y con todo mi amor, a mi padre fallecido hace 7 años, Basilio, a mi madre que ya pasó los 91 años, Bárbara, a mi magnífico hermano, Antonio y por último y tan importante en mi vida como los anteriores, a mi estupendo hijo Javier, pues todos ellos constituyen mi GRAN FAMILIA.

Vicente Ferrándiz Catalán

AGRADECIMIENTOS

Los valores forjados en el seno de mi familia, son los que me conducen en el día a día de mi vida y siempre los recuerdo expresados con gran humildad por mi padre, “hijos, las personas deben tener valores y los más importantes son el honor, la libertad, la buena actitud, el respeto, la humildad, la honradez y la gratitud”, así que “de bien nacidos es ser agradecidos”, siempre nos decía él.

Son muchas a las personas que tengo que agradecer por ayudarme a conseguir este sueño que es terminar la Especialidad de Gerencia en Salud a mis 58 años.

Agradezco a la Universidad San Francisco de Quito con su Escuela de Salud Pública, que, con todo su compromiso, me dio las herramientas necesarias para formarme como un excelente gerente.

A mis profesores de la Especialidad de Gerencia en Salud de la USFQ: Jaime, Fadya, Sebastián, Iván, Pablo, Jorge, Maritza, Carmen, Marco, Vladimir, Bernardo, Enrique, Sandra, Margarita y en especial a Ramiro Echeverría por confiar en mí y animarme desde el primer día de la entrevista. De todos solo tengo muy buenos recuerdos y muy grandes aprendizajes.

A mis 23 compañeros y amigos de curso “los lechoncillos” que son todos extraordinarios como personas y como profesionales, Gardenia, Catalina, Estefanía, Andrea, Cecilia, Erika, Ana, Diana, Juli, Nathalia, Ximena; Williams, Sebastián, Darwin, Juan Pablo, Juan Carlos, Patricio, Yorelvis, Fausto, Ronald, Edyson, Benjamín y Martín.

A la Sra. Vanessa Gómez Ulloa directora de la UTEAPYGAP adscrita al GAD Municipal de Flavio Alfaro, así como a Edgar e Italo compañeros de trabajo, todos amigos y que siempre me apoyaron para que no perdiese clases.

A mi amigo el doctor Wilmer Loor, que me ofreció siempre su casa y su consulta, y cuando necesité apoyo económico para continuar mis estudios él se ofreció espléndidamente.

A mis compañeros, amigos y médicos rurales que tuve en Flavio Alfaro, Gabriel Espinoza y Wili Huanca, porque cuando les comenté que no podía continuar mis estudios de la USFQ, por motivos económicos pusieron a mi disposición el dinero que me faltaba de la matrícula.

Al Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS) que a través de mis jefes y amigos del Hospital General Ibarra del IESS, el doctor Marcelo Gómez director médico y el doctor Franklin Valencia, director administrativo, desde el primer momento me alentaron y me dieron todas las facilidades para seguir especializándome.

A mis compañeros y amigos de la Unidad de Calidad, Sandra Acosta y Víctor Reyna, a mi buen amigo epidemiólogo Efrén Reinoso que está día a día con nosotros, todos ellos del Hospital General Ibarra del IESS que siempre me están apoyando y animando.

Profes, compañeros y amigos no me habéis acogido en vuestro país como extranjero, sino como uno más de vosotros, como un amigo y hermano, y siempre seré recíproco, por eso quiero daros las gracias por ser tan extraordinarios, plasmando mi agradecimiento en un documento tan importante para mí como es este trabajo de titulación.

Vicente Ferrándiz Catalán

RESUMEN

El interés por la calidad de la atención médica y la seguridad de los usuarios de los sistemas de salud ha adquirido en la mayoría de los países gran relevancia en los últimos años tanto para ellos como para sus familias -quienes desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos-, al igual que los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva y eficiente.

Al igual que otros países latinoamericanos, Ecuador enfrenta grandes carencias de recursos, por lo que se ha soslayado la cuestión de la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, ha llegado la hora de empezar a preguntarse no solamente por la cantidad de servicios que se necesitan, sino también y de manera fundamental, por su tipo y calidad.

Los principios que inspiran este proyecto son conseguir implementar las prácticas organizacionales requeridas y los estándares de calidad y seguridad del paciente basado en el modelo de Acreditación Canadá Internacional, en el Hospital General Ibarra del IEES.

La implementación de estos estándares internacionales hace que los profesionales de la salud, se esfuercen por cambiar hábitos y costumbres adquiridos o heredados sobre atenciones y praxis que la mayoría de las veces provocan malestar e insatisfacción en los usuarios cada vez más preparados y exigentes en recibir mejor calidad y seguridad cuando son atendidos por problemas de salud.

Por eso este proyecto expone de una forma clara y sencilla como utilizar las herramientas adecuadas para implementar los estándares para la Acreditación Canadá Internacional y quienes son los actores y responsables de su implementación.

Palabras clave: Calidad y seguridad del paciente, estándares de acreditación, atención de salud, usuarios-pacientes.

ABSTRACT

Interest in the quality of medical care and the safety of users of health systems has acquired in most countries great importance in recent years both for them and for their families - those who want to feel safe and confident with the health care received-, as well as managers and professionals who wish to offer effective and efficient healthcare.

Like other Latin American countries, Ecuador faces great shortages of resources, so the question of the quality of health services has been ignored. However, the time has come to start wondering not only about the amount of services that are needed, but also and fundamentally, because of their type and quality.

The principles that inspire this project are to implement the required organizational practices and standards of quality and patient safety based on the Canada International Accreditation model, at the Ibarra General Hospital of IESS.

The implementation of these international standards makes health professionals strive to change habits and habits acquired or inherited on care and praxis that most of the time cause discomfort and dissatisfaction in the users more and more prepared and demanding to receive better quality and safety when they are taken care of by health problems.

That is why this project exposes in a clear and simple way how to use the appropriate tools to implement the standards for the International Canada Accreditation and who are the actors and responsible for its implementation.

Key words: Quality and patient safety, accreditation standards, health care, patient-users.

ÍNDICE GENERAL

Hoja de aprobación de trabajo de titulación.....	2
Derechos de autor.....	3
Dedicatoria	4
Agradecimientos	5
Resumen.....	7
Abstract	8
Índice de gráficos	11
Índice de tablas.....	12
1. Planteamiento del Problema.....	13
1.1 Antecedentes	13
1.1.1 Motivo del proyecto.....	13
1.1.2 Ámbito y beneficiarios del proyecto.....	13
1.1.3 Marco legal.....	14
1.1.4 Justificación.....	18
1.2 Descripción y análisis del problema	20
1.2.1 Descripción general. El concepto de calidad, historia y evolución.....	20
1.2.2 Magnitud del problema.....	24
1.2.3 Causas y efectos del problema.....	27
2. Objetivos del proyecto	37
2.1 Objetivo general.....	37
2.2 Objetivos específicos	37
3. Matriz del Marco Lógico (MML)	38
4. Estrategias Generales para la Implementación	41
4.1 Presentación de un proyecto de mejora de infraestructura del hospital	41
4.2 Implicar a los profesionales de la salud en la elaboración de los protocolos y procesos	42
4.3 Creación de las unidades básicas de funcionamiento del hospital.....	42
4.3.1 Unidad de gestión de calidad.....	42
4.3.2 Unidad de seguridad ocupacional.....	42

4.3.3 Unidad de gestión de riesgos y medio ambiente.....	42
4.3.4 Unidad de epidemiología.	43
4.3.5 Unidad de comunicación.....	43
4.3.6 Comités Hospitalarios de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.....	43
4.4 Capacitaciones continuas	44
4.5 Plan de incentivos al talento humano.....	44
5. Resultados esperados	44
6. Plan de actividades y recursos necesarios	45
7. Organización para la gestión del proyecto	47
8. Monitoreo y evaluación.....	48
9. Cronograma (gantt)	51
10. Presupuesto y financiamiento	54
11. Bibliografía	56
12. Anexos	57
12.1 Gráficos	57
12.2 Tablas	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Evolución conceptual de la calidad	57
Gráfico 2.- Modelo de gestión de actividad basado en procesos	57
Gráfico 3.- Evolución de la producción del H. General Ibarra en el período 2012-2016.	58
Gráfico 4.- Crecimiento anual de la producción general del H. General Ibarra en el período 2012-2016; proyecciones 2017 y 2018	58
Gráfico 5.- Organigrama funcional Hospital General Ibarra año 2017	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.- Relación del plan de actividades y los recursos necesarios.....	46
Tabla N° 2.- Actividades y responsables por fases de la implementación de POR y estándares	47
Tabla N° 3.- Cronograma (Gantt.) planificación actividades para el año 2018	53
Tabla N° 4.- Presupuesto y financiamiento en dólares americanos de la implementación de los POR y estándares.....	55
Tabla N° 5.- Población general proyectada en la Zona 1 del país del 2010-2020	60
Tabla N° 6.- Datos poblacionales y de afiliación al IEES en la Zona 1, en 2016.....	60
Tabla N° 7.- Cobertura de servicios de salud en la Zona 1, en 2016	60
Tabla N° 8.- Camas censables y no censables del Hospital General Ibarra en 2017	61
Tabla N° 9.- Talento humano en el Hospital General Ibarra, julio de 2017.....	62
Tabla N° 10.- Talento Humano en el Hospital General Ibarra a octubre del 2017	62
Tabla N° 11.- Distribución de servicios prestados por el HGI en las distintas áreas	63
Tabla N° 12.- Producción del Hospital General Ibarra del período 2012-2016.....	64
Tabla N° 13.- Indicadores hospitalarios del HGI en el período 2012-2016.....	64
Tabla N° 14.- Relación de áreas y servicios donde se evalúan las POR y estándares	65
Tabla N° 15.- Áreas de seguridad y objetivos de las POR.....	65
Tabla N° 16.- Prácticas Organizacionales Requeridas (POR) en los 3 niveles.....	66
Tabla N° 17.- N° de criterios generales y alta prioridad a cumplir por áreas o servicios .	67
Tabla N° 18.- Detalle de actividades con responsables de la implementación de los POR y estándares	68

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

1.1.1 Motivo del proyecto.

Actualmente existe un alto crecimiento del interés por la calidad de la atención médica en muchos países, cuyo origen es posiblemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos afortunadamente también de responsabilidad social y de integridad moral (Ruelas & Zurita, 1993).

Nuestro país, Ecuador, aunque ha iniciado este largo proceso de cambio de valores, todavía le falta mucho camino por recorrer, por lo que se necesita ahora más que nunca, desplegar un mayor esfuerzo en aras de alcanzar esa conciencia y una preparación que nos permita remover arraigadas estructuras y abrir así una nueva era de desarrollo, investigación y aprendizaje.

Los principios que inspiran este proyecto son conseguir una Atención de Salud en el Hospital General Ibarra del IESS, centrado en los pacientes, orientado a la equidad y a la excelencia clínica, en el que se impulsan las nuevas tecnologías, que haya cada vez mayor transparencia y evaluar el logro de los resultados.

La seguridad de los usuarios de los sistemas de salud ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para ellos como para sus familias -quienes desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos – y así también para los gestores y profesionales - que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva y eficiente.

1.1.2 Ámbito y beneficiarios del proyecto.

Este proyecto es de aplicación obligatoria en todos los servicios o departamentos del Hospital General Ibarra, por todo el personal que ejerce sus funciones en el mismo desde los trabajadores prestadores de servicios externos como limpieza y personal de seguridad (guardianía), chalecos rojos, así como auxiliares de enfermería, licenciados/as de enfermería, tecnólogos, médicos, internos rotativos de medicina, personal administrativo y personal de servicios generales, con el propósito de crear una cultura de calidad en la atención de salud y seguridad de los usuarios tanto internos como externos, sus familiares y visitantes, con el fin de evitar al máximo los errores o eventos adversos que se producen con la práctica clínica, para obtener una mayor mejoría en la

salud, satisfacción y reconocimiento en la ciudadanía principalmente en el área de influencia de la Zona 1 Norte del país.

1.1.3 Marco legal

Ecuador es un país que ha reflejado su preocupación e intenciones con respecto a la salud de sus ciudadanos en numerosos artículos de su Constitución y Leyes, los cuales enumero a continuación.

a) Constitución de la República del Ecuador.

La Carta Magna vigente del Ecuador es la Constitución de la República del Ecuador aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente de Montecristi (Manabí) en referéndum el 28 de septiembre de 2008, rige a partir de su publicación en el Registro Oficial el 20 de octubre de 2008, y cuenta con 444 artículos y 9 Títulos.

Título I. Son los Elementos Constitutivos del Estado, y en su Capítulo primero sobre los Principios Fundamentales ya hace referencia a la salud:

Art. 3. Son deberes primordiales del Estado; en su literal 1: “Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”.

Título II. Se encuentran detallados los derechos de los ciudadanos y entre ellos los referentes a la salud en su Capítulo segundo de los Derechos del Buen Vivir (Sumak Kawsay) sección séptima:

Art. 32. “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. 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.

Título VII. Contempla el Régimen del Buen Vivir (Sumak Kawsay), conteniendo en su Sección Segunda los artículos relacionados con la salud:

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. Se guiará por los principios generales de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”.

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”.

Art. 363. El Estado será responsable de:

Literal 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

Literal 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

Literal 7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.

b) Ley de la Seguridad Social.

El art. 34 de la Constitución del Ecuador, enuncia que el derecho a la Seguridad Social es irrenunciable de todas las personas y es responsabilidad primordial del Estado. La Seguridad Social incluye desde su creación principios de solidaridad, eficiencia y equidad, siendo su ente

rector el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS) que presta servicios al asegurado mediante el sistema de pensiones, préstamos y servicios de salud.

Art. 367 de la Constitución dice: “El sistema de seguridad social es público y universal, no podrá privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población en procura del buen vivir. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales”.

El sistema se guiará por los principios del sistema nacional de inclusión y equidad social y por los de obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiaridad”.

Art. 369 expresa: “El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud”.

Art. 370 de la Constitución del Ecuador, dice “El Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados”.

El art. 115 de la Ley de Seguridad Social, estipula “que las unidades médicas del IESS son empresas prestadoras de servicios de salud organizadas por niveles de complejidad”.

c) Plan Nacional del Buen Vivir (Sumak Kawsay) 2013-2017.

“La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable”.

El Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, se define como “Mejorar la calidad de vida de la población”. Plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, promoviendo prácticas saludables que garanticen la salud de la población.

Para la consecución de este objetivo se plantean las siguientes políticas:

c.1. Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

c.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

c.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

Con estas políticas se crean metas con los objetivos de reducir la tasa de mortalidad, erradicar la desnutrición infantil y mejorar las condiciones de vida de la población.

d) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Publicada en el Registro Oficial n° 423, el 22 de diciembre del año 2006, permaneciendo vigente en la actualidad y conocida también como Ley 67.

En el Capítulo I, que hace referencia al derecho a la salud y su protección, en varios de sus artículos.

En el Capítulo II, habla sobre la Autoridad Sanitaria Nacional sus competencias y responsabilidades.

En el Capítulo III, expone sobre los derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud.

El art. 7 dice que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos con respecto a la calidad en el apartado a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.

El Art. 8 habla que son deberes individuales y colectivos en relación con la salud en sus apartados d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario.

1.1.4 Justificación.

Desde el MSP y el IESS hay un compromiso de obtener la Acreditación Canadá Internacional en calidad y seguridad del paciente en la mayoría de los establecimientos de salud del país, por lo que resulta un reto importante de liderazgo para empoderar a los miembros del Hospital General Ibarra del IESS que cuenta con 700 trabajadores sobre la importancia de la calidad y seguridad de los pacientes. Cada día más se busca la calidad y seguridad en los clientes o usuarios y en el personal institucional de salud, lo que supone una mejora en las atenciones, una mayor satisfacción en los clientes o usuarios y una mejor eficiencia, con ahorro de costos de las instituciones.

Al igual que otros países latinoamericanos, Ecuador enfrenta grandes carencias de recursos, por lo que se ha soslayado la cuestión de la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, ha llegado la hora de empezar a preguntarse no solamente por la cantidad de servicios que se necesitan, sino también y de manera fundamental, por su tipo y calidad.

De entre estas entidades acreditadoras y/o certificadoras, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS), firmaron un contrato el cual incluye el proyecto de acreditación entre los años 2013-2016 de 44 hospitales del MSP y entre los años 2016-2019 de 20 hospitales del IESS. con Acreditación Canadá Internacional (ACI), que es una Organización No Gubernamental sin ánimo de lucro, con más de 50 años de experiencia en el establecimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente, presente en más de 30 países entre los 5 continentes, que oferta programas internacionales para la acreditación de instituciones de salud. Esta acreditación implica que la institución posee procesos organizados y aplicados en seguridad del usuario, colaboración entre los miembros del equipo de salud, implementación de la calidad en los servicios, incremento de la credibilidad con el usuario interno y externo.

Voy a pasar a relacionar el área de influencia que abarca el Hospital General de Ibarra, el número de camas que dispone, el número de talento humano que cuenta, así como los indicadores que se van a evaluar más importantes.

a) Cobertura actual de servicios de salud Zona 1.

El Hospital General Ibarra, es una unidad médica de Segundo Nivel de complejidad dentro del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, que se encuentra ubicado en la cabecera cantonal de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura y brinda atención médica como Hospital de referencia dentro de la Zona 1 del país, con una población aproximada de 1.473.806 habitantes que corresponden a las provincias de Imbabura, Carchi, Sucumbíos, Esmeraldas, más 139.733 norte de Pichincha (Cayambe, Pedro Moncayo).

Los datos de la población están recogidos del INEC en las proyecciones poblacionales por años calendario según regiones y provincias para el período 2010-2020 (tabla 5).

También recogemos el número de afiliados al IESS en la Zona 1 norte del país con el incremento entre los años 2014 y 2016 (tabla 6).

La atención de servicios de salud está a cargo fundamentalmente de las unidades médicas del MSP e IESS con una cierta disponibilidad de camas hospitalarias, ocupación y rendimiento de estos centros de atención médica de la Zona 1 del país (tabla 7).

Según las indicaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de gestión de camas hospitalarias, se recomienda que para poblaciones mayores a los 100.000 habitantes deben existir al menos entre 4 y 4.75 camas por cada 1.000 habitantes; y una vez verificados los datos de la tabla precedente, se puede apreciar que la situación de la Zona 1 es claramente deficitaria en este rubro, puesto que en promedio, en la Zona 1 hay aproximadamente 0.90 camas por cada 1.000 habitantes.

El Hospital General Ibarra del IESS cuenta con una dotación de camas distribuidas por las distintas áreas o servicios según se especifica (tabla 8).

b) Talento humano y servicios que se prestan en el Hospital General Ibarra.

El Hospital General Ibarra cuenta con la siguiente relación de personal según la modalidad de contratación con arreglo a los registros de pago de la Remuneración Mensual Unificada correspondiente al mes de julio y octubre de 2017 (tablas 9 y 10).

Dentro del personal existente en la Institución, se distribuye para prestar los servicios (cartera de servicios) por las distintas áreas de la infraestructura (tabla 11).

c) Producción del Hospital General Ibarra.

Otro dato de interés para realizar el análisis de las causas es conocer cuál ha sido la población atendida y la producción del Hospital desde los últimos años (tabla 12).

El crecimiento de la producción global del Hospital General Ibarra, evidenciado durante el periodo 2012 – 2016, alcanza el 67%, con un incremento anual promedio del 14% (gráfico 3).

Desde el departamento de estadística del Hospital se ha realizado una prospección de la producción del Hospital para los años 2017 y 2018 (gráfico 4).

d) Indicadores hospitalarios.

El Hospital General Ibarra ha manejado una serie de indicadores hospitalarios haciendo una comparativa y visualizando el incremento en el período 2012-2016 (tabla 13).

En el tema de este proyecto vamos a considerar los indicadores de calidad y seguridad del paciente que se van a utilizar para valorar los avances en la implementación de los estándares para obtener la Acreditación Canadá Internacional en su Nivel Oro.

No cabe duda que la implementación de estándares internacionales para la obtención de una acreditación de estas características hace que los profesionales de la salud, se esfuercen en cambiar hábitos y costumbres adquiridos o heredados sobre atenciones y praxis que la mayoría de las veces provocan malestar e insatisfacción en los usuarios cada vez más preparados y exigentes en recibir mejor calidad y seguridad cuando son atendidos por problemas de salud. Esta nueva cultura de implementación de estándares de mejora continua en la atención consigue que aumente la calidad y seguridad del paciente y por lo tanto sus necesidades y expectativas sean mayormente cubiertas, manifestándose una mayor satisfacción del usuario con respecto a los servicios de salud que recibe.

1.2 Descripción y análisis del problema

1.2.1 Descripción general. El concepto de calidad, historia y evolución.

La calidad no es un concepto que se haya inventado en los dos últimos siglos, la calidad viene inherente en el ser humano desde su existencia, aunque no se definía con palabras concretas si se percibía de forma subjetiva, se buscaba hacer las cosas mejor (armas, vestimentas,

construcciones, alimentos, entre otros) para satisfacer las necesidades y expectativas que surgían en el día a día.

Existen pruebas documentadas de la existencia de la calidad desde la **Edad Antigua** recogidas en el Código de Hammurabi en los antiguos continentes y en la época de los Mayas en el continente americano. Más tarde en la **Edad Media** aparecen los gremios de artesanos y mercados artesanales en los que se diferenciaban ya los productos y servicios de calidad.

Durante la **Revolución Industrial** a finales del siglo XIX, aparecen las fábricas y surge la aglomeración de personas en las ciudades y el abandono de las zonas rurales lo que supone una alta demanda de productos y la especialización en fases de la producción. Aparece la función de inspección en la producción que consistía en revisar que los productos que no reuniesen la calidad exigida no llegasen al cliente final (Garvin, 1988) y aparecen las teorías sobre la **Administración Científica** cuyo pionero fue Frederick Winslow Taylor (1911) “uno de los principios fundamentales de esta teoría determina que las actividades de planificación y ejecución del trabajo deben estar separadas con el objetivo de aumentar la productividad” (Evans & Lindsay, 2008).

Con esto se da inicio a la primera etapa del desarrollo de la calidad conocido como Control de la Calidad por Inspección.

Terminada la **Primera Guerra Mundial** aparece la segunda etapa del desarrollo de la calidad y 1924 el matemático Walter Shewhart diseña el famoso ciclo PHVA (**Planear, Hacer, Verificar, Actuar**) denominado más tarde por los japoneses como el **Ciclo Deming**, base de los sistemas de gestión de calidad que existen en la actualidad **iniciándose oficialmente la era del Control Estadístico de la Calidad**, cuyo objetivo principal es mejorar en costo-beneficio (Shewhart, 1997).

Durante la **Segunda Guerra Mundial**, este modelo de control estadístico de la calidad, condujo a los norteamericanos a liderar la segunda etapa del desarrollo de la calidad, conocida como **Aseguramiento de la Calidad**. El objetivo de este método estadístico era garantizar los estándares de calidad, sin perder vidas humanas, mostrando un elevado interés en ello la industria militar (Duncan, 1996).

A partir de 1943 para aumentar la calidad en las industrias militares **se crearon las primeras normas de calidad en el mundo**. Se creó un **Sistema de Certificación de Calidad** que el Ejército de los Estados Unidos implantó en la Segunda Guerra Mundial. Estas primeras normas de calidad norteamericanas se denominaron Normas Z1 y permitieron elevar de forma súbita los estándares de calidad. En esta época aparece el doctor William Edwards Deming discípulo de Shewhart, quien entre 1942 y 1945 contribuyó enormemente para mejorar la calidad en la industria norteamericana militar.

Entramos en la **época de la post-guerra y década de los setenta** y abordar el tema de la calidad desde cualquier ángulo, obliga hacer referencia a los cinco grandes personajes de la calidad: William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa y Philip B. Crosby.

Tras la Segunda Guerra Mundial la calidad tomó dos rumbos distintos, por un lado Occidente que continuó con el enfoque basado en la inspección y por otro lado Japón quienes decían que para no fabricar y por tanto vender productos defectuosos, era necesario producir artículos correctos desde el principio (“hacerlo bien y a la primera”) (Evans & Lindsay, 2008).

William Edwards Deming en 1950 impartió una serie de conferencias a ingenieros japoneses explicando la importancia y responsabilidad del personal directivo en estos procesos. Deming llevó a Japón el ciclo PHVA y fue considerado como el “padre de la calidad japonesa”.

Se pasó rápidamente del concepto de control de la calidad mediante la inspección a la prevención como forma de controlar los factores del proceso que ocasionaban productos defectuosos.

En 1954 llegó a Japón **Joseph M. Juran**, quien contribuyó a destacar el importante compromiso del área gerencial por el logro de la calidad, modelo que después se adoptó en todo el mundo (Pérez Uribe, 1990).

Armand V. Feigenbaum creó el concepto de gestión de la calidad o de gestionar la calidad, que apareció en 1951 en su libro Total Quality Control. También fue a Japón en 1956.

A Edwards Deming, Joseph Juran y Armand V. Feigenbaum, se debe la gran explosión de la calidad en Japón, consolidada a través de Ishikawa a partir de 1955.

En octubre de 1961 **Phillip B. Crosby** lanzó su concepto de cero defectos. Él decía que los fallos provienen casi exclusivamente de errores humanos; por tanto, hay que concentrar los esfuerzos en el hombre, donde se responsabiliza al operario por la calidad de las operaciones que se le confían “hacerlo bien a la primera y siempre” (Crosby, 1979).

En 1962, el empresario y consultor japonés **Kaoru Ishikawa**, constituye los primeros círculos de control de calidad en Japón y entre sus principales aportaciones se encuentran sus siete herramientas básicas: gráfica de Pareto, diagrama de causa-efecto, estratificación, hoja de verificación, histograma, diagrama de dispersión y gráfica de control de Shewhart.

En **las décadas de los años setenta a noventa**, se constató que en la década de los setenta, se aportó el mayor porcentaje de los fundamentos teóricos y conceptuales de la calidad que hoy conocemos. Se presenta una tercera etapa en el desarrollo de la Calidad y aparece en el escenario mundial **“El Proceso de Calidad Total”**, que se distingue por que los investigadores de mercadeo debían escuchar las opiniones de los consumidores para incorporarlas en la planificación del producto con el fin de satisfacer las necesidades de los clientes.

La calidad en el campo de la salud fue descrita por **Avedis Donabedian**, el autor que más valiosos planteamientos y definiciones ha propuesto sobre el tema: “Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes” (Donabedian, 1980).

De la **década de los noventa hasta la actualidad**, la tercera etapa del concepto de calidad finaliza cuando aparecieron nuevos fenómenos socioeconómicos como la globalización, que cambian por completo el concepto de empresa (Evans & Lindsay, 2008) (Donabedian, 1980). La cuarta etapa, en la cual se encuentra la calidad actualmente es conocida como **“Mejora Continua de la Calidad Total”** y esto implica que la competencia empieza a ser cada vez más fuerte.

Al competir en un mercado globalizado, las empresas se enfrentan al reto de producir y vender productos de alta calidad al menor costo posible dando mayor relevancia al factor humano.

Teniendo en cuenta la evolución cronológica de la calidad, podemos ver que ésta se inicia en la etapa de la administración científica, específicamente con la aparición del control de calidad por inspección, que da comienzo formal al concepto de calidad, ya que en este punto empiezan a

definirse los criterios para catalogar si un producto es bueno o malo de acuerdo con las especificaciones previamente establecidas.

El paso de un proceso de control realizado por inspección a un proceso de control realizado con criterios y herramientas estadísticas, determina el punto de partida para la aparición de una definición formal de calidad y que se inicia con el surgimiento del control estadístico de calidad.

Desde el punto de vista conceptual, se pueden identificar claramente cuatro etapas del desarrollo de la calidad: control de calidad, aseguramiento de la calidad, proceso de calidad total y mejora continua de la calidad total (gráfico 1).

En la actualidad a nivel internacional, las organizaciones están implementando el **Modelo de Gestión de Calidad Basado en Procesos**, el cual enuncia que para que una organización funcione eficazmente tiene que establecer y gestionar diversas actividades relacionadas entre sí. Se denomina “enfoque basado en procesos” porque aplica un sistema de procesos dentro de la organización, la identificación e interacción de éstos, así como su gestión para producir los resultados deseados (gráfico 2).

1.2.2 Magnitud del problema.

El interés por evaluar la calidad y la productividad de los sistemas y centros de atención a la salud se incrementó sustancialmente como producto de las políticas de salud impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las crecientes restricciones presupuestales para lograr los objetivos diseñados. Ya en 1984 la OMS propicia la política de calidad en salud como meta para 1990.

La propia Organización Mundial de la Salud ha planteado una gran alianza mundial para el abordaje de la seguridad del paciente cuando accede a los sistemas sanitarios.

El impacto de tener protocolos médicos, una cultura de atención y servicio orientada al paciente, indicadores y auditorías de calidad internas y externas, es la base del cambio estructural que definirá la preferencia del paciente cuando requiera una prestación de salud.

La magnitud del problema es algo que impacta y repercute en todos los servicios del Hospital, que debe implicar y comprometer a todo el personal que presta estos servicios de atención

en salud, a los usuarios–pacientes, a sus familias y a la comunidad, no solo del entorno o ciudad donde se encuentra esta institución, sino también a toda la zona de influencia que en este caso corresponde a la Zona 1 del país.

A nivel mundial surgen diferentes entidades e instituciones cuyo objetivo es establecer los estándares y criterios de calidad y seguridad para el paciente, otorgando a las instituciones públicas o privadas una certificación que acredite o justifique que cumplen con los mismos.

Acreditación Canadá Internacional.

El programa de acreditación Qmentum International de Acreditación Canadá Internacional se encuentra en la actualidad en su versión 3.0 y está compuesto por tres niveles que miden en primer lugar la situación en la que se encuentran los hospitales y a continuación el nivel de implementación que se ha hecho en ellos según las recomendaciones que han dado los consultores de la entidad.

Estos tres niveles son:

Nivel Oro: Marca el nivel más básico de elementos fundamentales que debe cumplir un hospital para dar un servicio de calidad y seguridad del paciente. Se dirige a las estructuras y procesos relacionados con los elementos fundamentales de seguridad y de la mejora de la calidad.

Nivel Platino: En este nivel la base está en el cuidado enfocado en el cliente (paciente/usuario) y en la consistencia de la entrega del servicio. Se apoya en estos elementos de calidad y seguridad, mientras al mismo tiempo hace hincapié y se centra en la atención del cuidado del cliente y la participación de los clientes y del personal en la toma de decisiones.

Nivel Diamante: Se enfoca en alcanzar la calidad mediante el monitoreo de los resultados, utilizando la evidencia de las mejores prácticas para realizar progresos en los servicios, y la evaluación comparativa con organizaciones afines para dirigirse a un sistema de niveles de mejora continua en la institución.

Cada norma está conformada por un número determinado de criterios que informan las actividades necesarias para alcanzar dicho estándar. Con el cumplimiento de estos criterios, una organización o institución puede alcanzar un estándar.

El estándar. Es un objetivo enunciado bajo los cuales están agrupados los criterios relacionados.

El criterio. Es un elemento cuantificable que define aquello que se necesita para alcanzar el estándar.

Algunos criterios son identificados como Prácticas Organizacionales Requeridas (POR), y dentro de los criterios existen unos Criterios de Cumplimiento Generales y otros Criterios de Cumplimiento de Alta Prioridad, en cada uno de los tres niveles de la acreditación.

Las POR. En el Programa de Acreditación Internacional de Qmentum, las Prácticas Organizacionales Requeridas (POR) son prácticas basadas en la evidencia que abordan áreas de alta prioridad que son fundamentales para la calidad y la seguridad. Accreditation Canadá International define una POR como una práctica esencial que las organizaciones cliente deben tener en marcha para mejorar la seguridad del paciente/cliente y minimizar los riesgos (ACI, 2016, Manual de las PORs).

Cada criterio está relacionado con una de las ocho dimensiones de la calidad que se toman en cuenta en Acreditación Canadá Internacional:

- Accesibilidad.
- Enfocada en el Servicio al Cliente.
- Continuidad de Servicios.
- Efectividad.
- Eficiencia.
- Enfoque en la Población.
- Seguridad.
- Vida Laboral.

Para obtener la Acreditación Canadá Internacional el Hospital ha de cumplir con las POR al 100%, con los llamados Criterios de Alta Prioridad al 90% y con los Criterios Generales al 81%, que vienen estipulados en el Nivel Oro.

Cabe mencionar primero que tanto las POR como todos los criterios se aplican sobre las distintas áreas y procesos que componen la Institución (tabla 14).

Las POR se clasifican en seis áreas de seguridad del paciente, cada una con su propio objetivo (tabla 15).

Para el Nivel Oro son de obligado cumplimiento 14 POR que se encuentran expresados en la (tabla 16).

La relación de los POR con los estándares de Acreditación Canadá Internacional no puede ser representada en este trabajo pues mantiene los derechos de autor.

En cuanto a la relación de criterios que hay que cumplir para cada estándar no los voy a relacionar aquí, solamente voy hacer mención del número de ellos tanto de alta prioridad como generales que se deben cumplir (tabla 17).

La implementación de los POR y estándares generales y de alta prioridad conlleva primero la elaboración de procesos, protocolos, instructivos, manuales y planes de acción que se deben desarrollar por los miembros tanto administrativos como sanitarios de la institución según las características de que se traten.

1.2.3 Causas y efectos del problema.

1.2.3.1 Identificación del problema.

La falta de procesos y protocolos de calidad y seguridad en la atención de salud en el Hospital General Ibarra del IESS conlleva a la insatisfacción de los usuarios en las prestaciones de salud que reciben.

1.2.3.2 Definición del problema.

Actualmente los usuarios de los servicios de salud hospitalaria no ven cubiertas sus necesidades y expectativas en lo referente al tipo de atención que reciben en estas instituciones.

Realizadas varias encuestas de satisfacción a usuarios (pacientes) del Hospital General Ibarra del IESS, se pudo concluir que los servicios de atención de salud que se prestan en dicha Institución no cubren con las necesidades y expectativas que ellos tienen, tales como la dificultad

para obtener un turno de atención, las esperas para ser atendidos por los profesionales, la falta de información que se les da sobre los procesos o sus patologías, la poca empatía que manifiestan los profesionales de la salud ante ellos, la insuficiente y deteriorada infraestructura del edificio, la falta de medicamentos que se le pueden ofrecer gratuitamente, el elevado número de errores y eventos adversos que se producen, son entre otros los problemas a los que se ven cotidianamente expuestos.

En los servicios sanitarios del Ecuador, tanto en instituciones públicas o privadas, ambulatorias u hospitalarias con frecuencia ocurre el fenómeno de hacer las cosas “a mi manera, ya que hacerlo así siempre da buenos resultados”. El problema empieza cuando lo que se debe hacer tiene o puede tener efectos sobre los pacientes (Cabrera Vascónez, 2016) (Santos, 2017).

Existe una gran inconformidad e insatisfacción de los usuarios debido a la carencia en la calidad y seguridad que se brinda en estos establecimientos de salud por parte de los funcionarios o profesionales de la salud.

Es una problemática generalizada en nuestro país (Ecuador) así como en gran parte de los países de Latinoamérica, donde las normas y estándares de calidad y seguridad tales como las normas ISO-9000, 9001, entre otras no han profundizado suficientemente en estos países hasta hace unos pocos años atrás, lo que supone un gran reto cambiar una cultura conformista por una cultura de mejora continua.

No existen en nuestras instituciones de salud procesos o procedimientos que establezcan claramente cuáles son los estándares de una correcta calidad en la atención y que permitan una seguridad adecuada para los pacientes evitando así los eventos adversos que habitualmente vienen ocurriendo en los hospitales y por ello no se recogieron en las planificaciones anuales institucionales, partidas presupuestarias para fomentar e implementar estándares internacionales de calidad y seguridad del paciente, hasta hace escasamente un trienio.

En los últimos años el número de personas afiliadas a la Seguridad Social se ha visto incrementado así como el número de beneficiarios a la misma, ampliándose las coberturas de los familiares del afiliado (atención de los hijos hasta los 18 años), lo que conlleva un aumento de la demanda en prestación de la salud que ha desbordado y saturado a las instituciones tanto de primer nivel de atención como a las hospitalarias de segundo y tercer nivel.

Y por otro lado este país ha pasado de estar conformado por 24 provincias a 9 zonas, lo que ha implicado un aumento de la demanda de los servicios de salud sobre determinadas instituciones hospitalarias cuya cobertura anterior se reducía a poco más de una provincia a la actualidad que debe abarcar varias.

1.2.3.3 Causas del problema.

- Ausencia de procedimientos y protocolos.
- Cultura.
 - ✓ Institucional.
 - ✓ Popular o Social.
- Insuficientes Recursos Económicos.
 - ✓ Del Estado para Salud.
 - ✓ De las propias Instituciones
- Insuficiente desarrollo de una Red Integral de Salud.
- Aumento de la demanda de los Servicios de Salud.
- Desmotivación de los Profesionales de la Salud.
 - ✓ Ausencia de Incentivos.
 - ✓ Carencia de Capacitaciones.
 - ✓ Inestabilidad Laboral.
- Inadecuadas infraestructuras y equipamientos.

Una vez identificadas las principales causas del problema, paso a describirlas brevemente.

a) Ausencia de procedimientos y protocolos.

Aunque hace ya 5 años, a través del Registro Oficial del 30 de marzo de 2012 y mediante Acuerdo Ministerial 1034 el entonces Ministro de Salud, David Chiriboga puso en marcha el "Estatuto por Procesos del Ministerio de Salud Pública", en nuestro país (Ecuador), no se tenía suficiente conciencia sobre los estándares de calidad y seguridad del paciente, lo que ha llevado un retraso importante en disponer de procedimientos, procesos y protocolos encaminados hacia una mejor prestación en los servicios de atención de salud.

Esto no significa que se hiciesen las cosas mal, sino que no quedaban registradas o escritas para que todo el profesional de la salud se rigiera por unos estándares internacionales o como

mínimo nacionales, lo que ha conllevado el hacer las cosas un poco a la manera del profesional según lo aprendido en las universidades y en las experiencias anárquicas de sus predecesores, sin prestar atención suficiente en cubrir las necesidades y expectativas de los usuarios.

b) Cultura.

Evidentemente todo ello viene de la mano de la existencia de una gran variedad de culturas existentes y todavía vivas en este país.

Institucional. Las políticas que deben marcar los gobiernos juegan un papel importante en el desarrollo de un país. Desde las instituciones no se consideraba importante el ofrecer unos servicios de calidad y seguridad, las prioridades fueron buscar una atención que abarcara a un mayor número de ciudadanos y no se cuidaba si lo que se estaba ofreciendo realmente era lo que necesitaban, además unido a un estado económico limitado, con escasez de recursos.

Popular o Social. Existen las culturas indígenas predominantes en la zona amazónica, cuyas tradiciones todavía siguen muy vivas; la cultura de los pueblos andinos siguiendo toda la cordillera de los Andes con tradiciones y costumbres también bien arraigadas; por otro lado, la población de la costa con sus peculiaridades, pura costa, costa interior y montubios, y una gran población con arraigos afros. Todos ellos acostumbrados a resolver sus problemas de salud recurriendo a las personas de sus entornos con ciertos conocimientos de tratamientos ancestrales (chamanes, curanderos, sobadores, parteras, entre otros) y sin confianza en lo que venía nuevo de la medicina actual.

c) Insuficientes recursos económicos.

Ecuador es un país a pesar de ser productor de petróleo, fuente de ingresos muy importante, que ha necesitado en estos últimos años realizar grandes inversiones en infraestructura de carreteras, edificaciones, hospitales y centros de salud, pues para poder avanzar en el desarrollo de Latinoamérica tenía que plantear políticas de desarrollo.

Del Estado para salud. La Constitución del Ecuador en su art. 336 dice: «El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones

estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas sin fines de lucro y privadas sin fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado».

Y en la Disposición Transitoria 22 (i1) añade: “El Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento”.

Lamentablemente esto no se ha cumplido, lo que ha provocado un retraso en lo que respecta a la implementación de medidas de calidad y seguridad del paciente entre otras muchas carencias.

De las propias Instituciones. Por supuesto si el Estado no destina los recursos adecuados y mínimos para Salud que establece en su Constitución, los presupuestos destinados a las áreas de salud, centros de salud, hospitales, entre otros, son insuficientes, lo que obliga a priorizar los recursos enfocándose en otras áreas de la salud sin considerar su eficiencia en calidad y seguridad para los usuarios. A esto se une como comentaba anteriormente que la cultura por la calidad no está arraigada como si lo está la cultura tradicional.

d) Insuficiente desarrollo de una Red Integral de Salud.

Ecuador posee una amplia red de salud que abarca dentro del Sector Público al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS con el Seguro Campesino incluido); el Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el de la Policía (ISSPOL), y el Sector Privado, e incluso hay también participación de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs y Prefecturas).

A pesar de todo este conjunto de prestadores de salud públicos y privados, no existe conformado un Sistema Nacional de Salud, sino más bien una Red Pública Integral de Salud (RIPS) que se está articulando con una Red Privada Complementaria (RPC) para poder ofrecer de una manera más coordinada, eficaz y eficiente las prestaciones de salud para satisfacer las necesidades de la población. Esta RIPS y RPC están en el proceso de consolidación con grandes avances respecto a la situación que se disponía hace escasamente un par de años. Sobre ello ejerce

la rectoría el MSP tal y como queda expresado en el art. 361 de la Constitución “El Estado ejercerá la rectoría del sistema mediante la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.

e) Aumento de la demanda de los servicios de salud.

La principal crítica al sistema de salud pública es que está abarrotado, que faltan especialistas (el sistema de salud pública pasó de tener 9 médicos por cada diez mil habitantes, a tener 20), hay que esperar meses para conseguir una cita, que escasean algunos medicamentos y que se han restringido los bonos que recibían las personas con enfermedades catastróficas. El convenio que el gobierno tenía con las clínicas privadas para que reciban a los afiliados al IESS quedó anulado en año pasado.

A pesar del aumento de plazas en hospitales faltan esfuerzos para reducir indicadores clave como la mortalidad materna, la mortalidad infantil y hay muy poca prevención de infecciones de transmisión sexual según Francisco Andino, exministro de Salud y miembro del colectivo Foro Permanente de la Salud (Santos, 2017).

f) Desmotivación de los profesionales de la salud.

Hasta hace muy pocos años los profesionales médicos que laboraban en las instituciones públicas, solo tenían una jornada laboral de 4 horas, y con el Gobierno del Economista Rafael Correa, la situación cambió a 8 horas laborales y el incremento de sueldo no fue a la par. Con el avance de la salud pública para todos y cuya cobertura ha ido cada vez más “in crescendo”, los profesionales se han visto saturados de trabajo por exigencias de cubrir más cantidad que calidad en la prestación de los servicios de salud.

A todo ello hay que sumar tres problemas que no se han tenido en cuenta desde la Administración Pública.

Ausencia de incentivos. No existen políticas ni planes de incentivos en las instituciones públicas, al contrario, en muchas de las ocasiones se ha intentado castigar por que los proyectos que se han planteado no han sido considerados para la idiosincrasia de cada zona del país y se ha

intentado aplicar en todas las partes por igual y eso supone en muchas ocasiones esfuerzos perdidos y desgaste del personal. Añadido a eso la existencia de demasiados proyectos para poco personal.

Carencia de capacitaciones. No existe una política de capacitaciones y formación profesional continuada desde el Ministerio de Salud Pública para los funcionarios, ni médicos ni enfermeras, ni auxiliares. La mayoría de las capacitaciones son de las normas, matrices a rellenar para cubrir los objetivos de producción en los distintos proyectos del Ministerio de Salud, pero capacitaciones de temas profesionales, o elaboración de guías clínicas no son suficientes. Existe un programa de capacitaciones virtuales que intenta justificar esta carencia y que no es ni práctico, ni efectivo, y por el contrario es impositivo y para todo el personal de salud. Por otro lado, si los profesionales quieren auto-capacitarse con cursos o congresos los pocos días que se les otorga son pagados por ellos mismos y además con cargo a sus vacaciones. Además, solo un grupo determinado de profesionales que poseen nombramientos provisionales o definitivos pueden solicitar estos días para capacitación.

Inestabilidad laboral. En Ecuador existe un alto nivel de rotación en los puestos de trabajo del sector público sobre todo en salud. El profesional contratado por servicios prestados, residentes, solo puede serlo para un máximo de dos años y después salen del puesto si no les han dado un nombramiento provisional. Por otro lado, es curioso pero cuando hay cambios políticos importantes, también suele haber cambios en el personal que ocupa determinados cargos, lo que implica que al no ser puestos de carrera o por oposición la incertidumbre es mayor y por lo tanto también la inestabilidad laboral.

g) Inadecuadas infraestructuras y equipamientos.

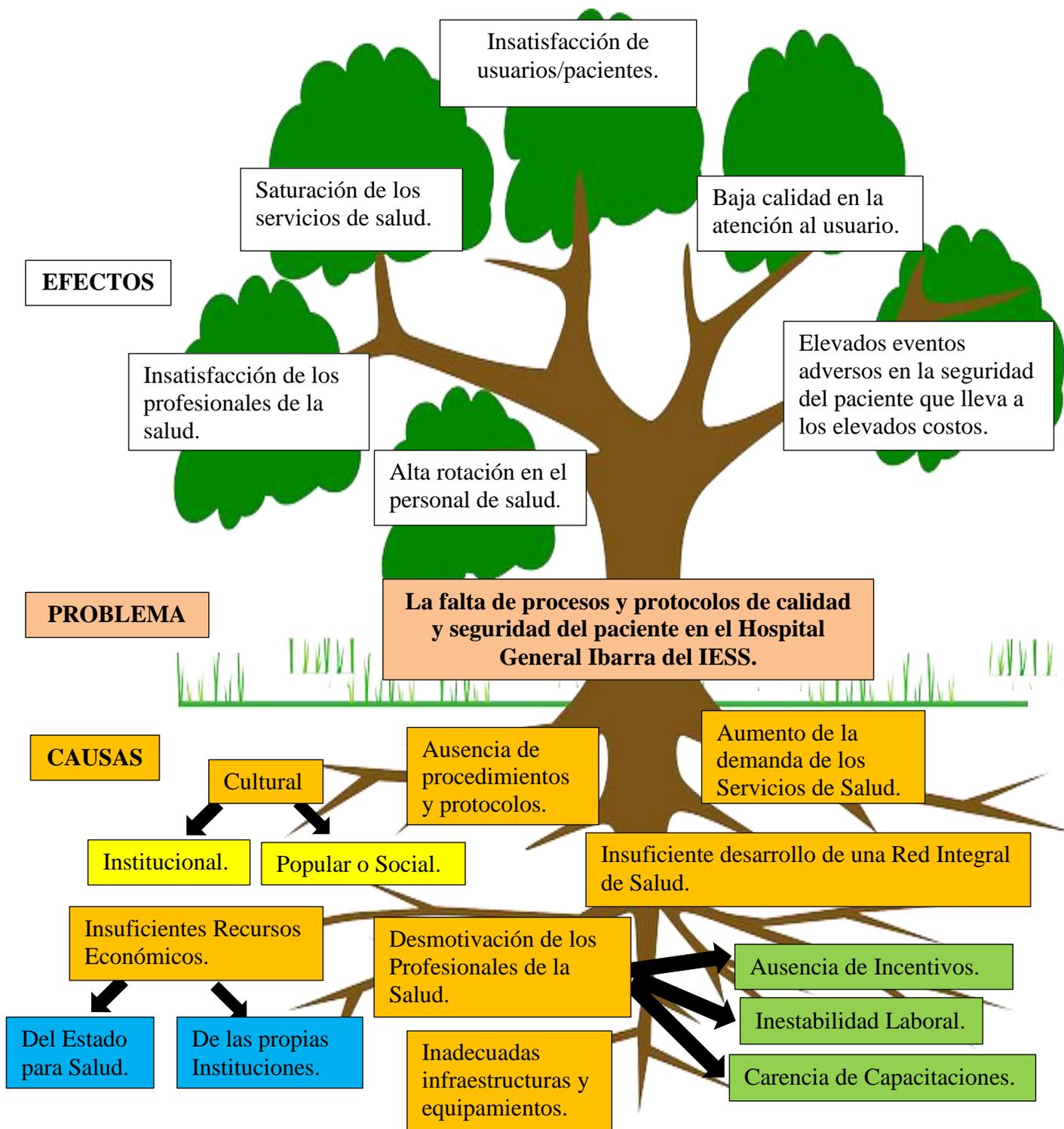
Por último, destacar como causa importante de la carencia de calidad y seguridad en la atención está el componente de las infraestructuras de centros de salud, hospitales, entre otros. Son estructuras de bastantes años, las cuales no fueron construidas con una visión de ofrecer unos servicios de salud de calidad y seguridad (ejemplo con el terremoto el 16 de abril del año 2016 varios de los hospitales de la costa, Manta, Portoviejo, Pedernales, Chone, y otros más quedaron totalmente destruidos). Tampoco están preparados para el incremento de población que ha habido en los últimos años, lo que ha supuesto la contratación de más especialistas incluso extranjeros y no se dispone ni de espacio ni de equipos médicos adecuados y suficientes.

Concretamente el Hospital General Ibarra ha pasado de ser un hospital que cubría a los afiliados de la provincia de Imbabura, a ser el hospital de referencia de nivel II de la zona 1 del país que abarca 4 provincias.

Efectos del Problema

- Insatisfacción de usuarios/pacientes.
- Saturación de los servicios de salud.
- Baja calidad en la atención al usuario.
- Elevados eventos adversos en la seguridad del paciente que lleva a elevados costos.
- Insatisfacción de los profesionales de la salud.
- Alta rotación en el personal de salud.

ÁRBOL DE PROBLEMAS. CAUSAS-EFECTOS



Actores Involucrados

1.- Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional y ente rector y elaborador de las políticas nacionales de salud, es responsable de que todas las instituciones ofrezcan unos servicios de calidad y seguridad en la atención al usuario-paciente como indica la Constitución Política del Ecuador y las leyes de salud.

2.- Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS) es la entidad prestadora de servicios de salud que percibe una cantidad económica de sus afiliados por la prestación de servicios, y debe cumplir con las necesidades y expectativas de sus usuarios y con los lineamientos del MSP.

3.- Acreditación Canadá Internacional, es la organización que aporta la experiencia y oferta en el establecimiento los programas internacionales de estándares de calidad y seguridad del paciente para la acreditación de instituciones de salud.

4.- Hospital General Ibarra del IESS es la institución considerada por el IESS a nivel nacional para la obtención de la Acreditación Canadá Internacional en la Zona 1 del país y por lo tanto la que más ha de implicarse en el proceso.

5.- Profesionales de la Salud del Hospital General Ibarra obviamente son los responsables de cambiar la cultura de atención y de elaborar los procesos y protocolos de calidad y seguridad del usuario-paciente.

6.- Usuarios/Pacientes son los beneficiarios de las prestaciones de salud que les ofrece el Hospital General Ibarra, y por lo tanto deben tener cubiertas sus necesidades y expectativas, y por otro lado participar más activamente en el planteamiento y solución de problemas relacionados con la salud de la comunidad.

7.- Red Privada de Salud es el tercer prestador de servicios de salud que debe estar preparado para ofrecer servicios de calidad y seguridad tanto a los usuarios individualmente como a la red pública de salud con estándares de calidad y seguridad adecuados.

8.- Ministerio de Educación tiene una responsabilidad con respecto a la formación de los profesionales de salud (médicos, enfermeras/os, tecnólogos y auxiliares) a través de las facultades de medicina y enfermería, implementando en el pensum académico de estudios los conceptos y prácticas de calidad y seguridad del paciente generando desde ahí esa nueva cultura.

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

2.1 Objetivo general

Implementar los estándares de calidad y seguridad del paciente de Acreditación Canadá Internacional en el Hospital General Ibarra del IESS durante el año 2018, para conseguir la certificación Nivel Oro y así mejorar la satisfacción de los usuarios tanto externos como internos, al recibir la prestación de los servicios de salud que brinda esta Institución.

2.2 Objetivos específicos

a) Implementar las prácticas organizacionales requeridas (POR) básicas de la atención y seguridad del paciente con los protocolos y procesos necesarios para ello.

b) Implementar las estrategias que nos lleven al cumplimiento de los estándares de alta prioridad en la práctica clínica para ofrecer mejores servicios de salud a los usuarios externos e internos en calidad y seguridad.

c) Implementar las estrategias que nos lleven al cumplimiento de los estándares generales en la práctica clínica para mejorar la prestación de los servicios de salud a los usuarios tanto externos como internos en calidad y seguridad.

d) Crear las Unidades Básicas de Funcionamiento y Comités de Calidad y Seguridad en el Hospital General Ibarra.

e) Realizar el estudio de los requerimientos de infraestructura y equipamiento para adecuar el hospital a cubrir las necesidades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

3. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO (MML)

MATRIZ DEL MARCO LOGICO (MML)			
Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
FINALIDAD			
Contribuir al mejoramiento de la calidad y seguridad de los servicios que presta el Hospital General Ibarra del IESS.	Tasa de Mortalidad Hospitalaria. Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Tasa de Reingresos Hospitalarios. N° de Eventos Adversos ocurridos. N° de Cirugías Seguras.	Datos estadísticos del Hospital. Encuestas de satisfacción de los usuarios en las distintas áreas del Hospital.	Apertura de la Política Institucional Nacional. Apertura de la Política Hospital General Ibarra. Asignación adecuada de los Recursos. Predisposición positiva del Personal de Salud a la Implicación del Proceso de Mejora Continua.
PROPOSITO GENERAL			
Implementar los estándares de Calidad y Seguridad del Paciente de Acreditación Canadá Oro en el Hospital General Ibarra durante el año 2018.	N° de Estándares Implementados	Matriz de Cumplimiento de Estándares y Criterios. Certificado de Acreditación Canadá Oro.	Apertura de la Política Institucional Nacional. Apertura de la Política Hospital General Ibarra. Asignación adecuada de los Recursos. Predisposición positiva del Personal de Salud a la Implicación del Proceso de Mejora Continua.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS/COMPONENTES			
C1. Implementar las Prácticas Organizacionales Requeridas (POR).	N° de POR que se aplican x 100 / N° de POR totales = 100%	Mediante Check list de cumplimiento por áreas y servicios.	Predisposición positiva del Personal de Salud a la Implicación del Proceso de Mejora Continua.
C2. Implementar las estrategias para cumplir con los Estándares de Alta Prioridad en Calidad y Seguridad del Paciente.	N° de Estándares de Alta Prioridad que se cumplen x 100/ N° de Estándares de Alta Prioridad Totales \geq 90%	Mediante Check list de cumplimiento por áreas y servicios.	Predisposición positiva del Personal de Salud a la Implicación del Proceso de Mejora Continua.
C3. Implementar las estrategias para cumplir con los Estándares Generales de Calidad y Seguridad del Paciente	N° de Estándares Generales que se cumplen x 100/ N° de Estándares Generales Totales \geq 81 %	Mediante Check list de cumplimiento por áreas y servicios.	Predisposición positiva del Personal de Salud a la Implicación del Proceso de Mejora Continua.

C4. Crear las Unidades Básicas de Funcionamiento y Comités de Calidad y Seguridad en el Hospital General Ibarra.	N° de Unidades y Comités activadas o creadas.	Actas de Constitución de las unidades y comités. Actas de reuniones periódicas. Informes realizados.	Predisposición activa del Personal de Salud en la conformación de estas unidades y comités.
C5. Realizar el estudio de los requerimientos de infraestructura y equipamiento para adecuar el hospital a cubrir las necesidades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.	Evolución Presupuesto remodelación/ampliación de Infraestructura. Evolución Presupuesto para ampliar Equipamiento Técnico.	Informe Ejecución del Presupuesto de Infraestructura. Informe Ejecución del Presupuesto de Equipamiento.	Apertura de la Política Institucional Nacional. Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Asignación adecuada de los Recursos.
ACTIVIDADES			
C1-C2-C3 A1. Realización de Capacitaciones sobre elementos orientadores de la Institución	N° de capacitaciones realizadas x 100 / N° de capacitaciones programadas.	Check-list de asistencias. Check-list de pre-test y post-test.	Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Predisposición activa del Personal Salud.
C1-C2-C3 A2. Realización de Capacitaciones Calidad y Seguridad del paciente.	N° de capacitaciones realizadas x 100 / N° de capacitaciones programadas.	Check-list de asistencias. Check-list de pre-test y post-test.	Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Predisposición activa del Personal Salud.
C1-C2-C3 A3. Realización de Capacitaciones Calidad y Seguridad del paciente.	N° de capacitaciones realizadas x 100 / N° de capacitaciones programadas.	Check-list de asistencias. Check-list de pre-test y post-test.	Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Predisposición activa del Personal Salud.
C1-C2-C3 A4. Elaboración de procesos y protocolos de actuación que mejoren la Calidad y Seguridad del Paciente.	N° de procesos y protocolos realizados / N° de procesos y protocolos programados a realizar.	Protocolos revisados y aprobados.	Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Predisposición activa del Personal Salud.
C1-C2-C3 A5. Elaboración de un Plan de Incentivos para el Talento Humano por cumplimiento de objetivos.	N° de Incentivos entregados / N° de Incentivos programados.	Certificados de reconocimientos, aumentos de sueldo, otros.	Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Asignación adecuada de los Recursos.

C1-C2-C3 A6. Aumentar la contratación de Talento Humano especialistas sanitarios, servicios generales y administrativos.	N° de personal contratado nuevo en cada área.	Mediante el registro de los roles de pago mensual del personal.	Apertura de la Política Institucional Nacional. Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Asignación adecuada de los Recursos.
C1-C2-C3-C4 A7. Creación de las Unidades de Calidad, Medicina Ocupacional, Gestión de Riesgos y Medio Ambiente, Epidemiología, Comunicación.	N° de Unidades activadas o creadas = 100%.	Actas de Constitución de las unidades y comités. Actas de reuniones periódicas. Informes realizados.	Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Predisposición activa del Personal de Salud en la conformación de estas unidades. Asignación adecuada de los Recursos.
C1-C2-C3-C4 A8. Creación de los Comités de Calidad, Control de IAAS, Bioseguridad, Farmacoterapia, Bioética, Muerte Materna.	N° de Comités activados o creados = 100%.	Actas de Constitución de las unidades y comités. Actas de reuniones periódicas. Informes realizados.	Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Predisposición activa del Personal de Salud en la conformación de estos comités.
C1-C2-C3-C5 A9. Elaboración de un Plan de Mejoramiento de infraestructura de las áreas del Hospital.	Inclusión del presupuesto en el POA y PAC anual para el 2018 del Hospital.	Presentación del plan a las autoridades nacionales. Inclusión en el POA y PAC.	Apertura de la Política Institucional Nacional. Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Asignación adecuada de los Recursos.
C1-C2-C3-C4-C5 A10. Analizar las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios.	N° de pacientes encuestados satisfechos con los servicios x 100 / N° de pacientes encuestados. Grado de satisfacción de pacientes encuestados.	Informe de análisis de las encuestas de satisfacción a usuarios realizadas.	Apertura de la Política del Hospital General Ibarra. Predisposición activa del Personal Salud.

4. ESTRATEGIAS GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Podemos apreciar que existen varios nudos críticos importantes en el Hospital General Ibarra, algunos de ellos dependen directamente de la Institución sin embargo hay factores de peso mayor que dependen de la Dirección Nacional del IESS, lo que va a condicionar en gran medida los resultados finales.

Las estrategias que se plantean están enfocadas a reducir o eliminar los nudos críticos que se han encontrado en el Hospital considerando los siguientes:

- Infraestructura insuficiente e inadecuada
- Baja cultura de calidad y seguridad hacia el usuario
- Inadecuado organigrama institucional con falta de unidades de gestión de la calidad y de comités técnicos.
- Insuficiente e insatisfecho talento humano
- Insuficientes procesos, manuales, protocolos e instructivos que mejoren la atención
- Dificultad de acceso de los usuarios a los servicios
- Inadecuado manejo de flujo de usuarios en las distintas áreas
- Insuficiente interacción de la institución con la comunidad

Para conseguir los resultados esperados se plantean algunas estrategias:

4.1 Presentación de un proyecto de mejora de infraestructura del hospital

Para poder cumplir con la implementación de todos los POR y estándares de calidad y seguridad del paciente que nos exige la Acreditación Canadá Internacional, es necesario realizar algunas mejoras en la infraestructura y equipamiento de alguna de las áreas del hospital.

Por ello se debe elaborar y presentar a la Dirección Nacional del IESS un proyecto de remodelación de la infraestructura actual y equipamiento, y que además conste en el POA y PAC del año 2018 para su ejecución en este proyecto.

Además del proyecto mejo es conveniente elaborar otro proyecto de nueva construcción, para ampliación de las áreas del hospital.

4.2 Implicar a los profesionales de la salud en la elaboración de los protocolos y procesos

El proceso de Acreditación Canadá Internacional conlleva la implicación de todo el personal de la Institución, por lo cual es importante contar con los líderes de los departamentos, médicos y enfermería en la elaboración de los procesos y protocolos por los cuales se van a regir en el Hospital para brindar de una manera estandarizada la prestación de los servicios de salud.

Los propios líderes o jefes departamentales deben elegir a sus equipos de trabajo y explicarles la importancia de estos procesos.

4.3 Creación de las unidades básicas de funcionamiento del hospital

Una vez establecidas las unidades básicas de funcionamiento y asesoramiento en el Hospital General Ibarra del IESS, se deben reactivar o crear los Comités Hospitalarios de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.

4.3.1 Unidad de gestión de calidad.

Esta es la responsable de transmitir los conceptos básicos de la calidad y seguridad del paciente y sobre todo de la monitorización de que se cumplan los estándares, los procesos y los protocolos, así como de asesorar a la Dirección Administrativa a tomar decisiones para la mejora continua de la calidad y seguridad de los usuarios.

4.3.2 Unidad de seguridad ocupacional.

Responsable de mantener actualizadas las fichas o historias clínicas de los usuarios internos del hospital y elaborar el Mapa de Riesgos Laborales. Capacitar al personal de la Institución sobre el uso y manejo de las medidas de bioseguridad.

4.3.3 Unidad de gestión de riesgos y medio ambiente.

Encargada de gestionar los medios y recursos para enfrentar los eventos adversos como emergencias y desastres. Responsable de capacitar y preparar al personal ante emergencias y

desastres, elaborar las rutas de evacuación y planes ante desastres, organizando al menos una vez al año simulacros ante desastres internos o externos.

4.3.4 Unidad de epidemiología.

Sus funciones principales son las de vigilancia y notificación de enfermedades transmisibles de alto potencial epidémico, prevenir y controlar los brotes, infecciones, eventos adversos que se puedan dar en el Hospital, establecer el perfil epidemiológico y velar por la seguridad y buen uso de los medicamentos.

4.3.5 Unidad de comunicación.

Responsable de la continua y constante comunicación del Hospital con la Comunidad, de la señalética e información a los usuarios, de las novedades, cambios y mejoras de la Institución.

4.3.6 Comités Hospitalarios de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.

Según el Acuerdo Ministerial del MSP 0072-2017 del mes de mayo de este año, en todas las unidades hospitalarias del Ecuador deben conformarse por equipos multidisciplinarios permanentes con representación asistencial y administrativa obligatoria, que dependen de la Dirección General o Administrativa del hospital.

Estos comités tienen como objeto emitir criterios y realizar acciones integradas que faciliten el cumplimiento de los planes, programas y proyectos para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente.

Se conformarán los siguientes comités:

- Comité de gestión de la calidad.
- Comité técnico de seguridad del paciente.
- Comité técnico para prevención y control de IAAS.
- Comité técnico de farmacoterapia.
- Comité técnico de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud e historia clínica.

4.4 Capacitaciones continuas

Constantemente el personal debe ser inducido y capacitado sobre los estándares de calidad y seguridad del usuario, así como de los procesos y protocolos de actuación. Para ello se debe contar con un cronograma anual de capacitaciones, no solo sobre la calidad y seguridad y atención al paciente, sino también sobre los protocolos clínicos.

4.5 Plan de incentivos al talento humano

No cabe duda que la motivación e incentivación del personal que trabaja en la Institución es fundamental para conseguir los objetivos propuestos, pues ellos son la base para que todo funcione y su actitud ha de ser positiva, que en la mayoría de las ocasiones se potencia con los incentivos, que no siempre han de ser económicos. Esto favorece la satisfacción de los funcionarios y en el rendimiento de su trabajo.

5. RESULTADOS ESPERADOS

a) Procesos y protocolos, manuales, instructivos y planes de actuación que mejoren la Calidad y Seguridad del Paciente implementados. Estos procesos permitirán trabajar a todos los miembros de la institución siguiendo los mismos criterios para conseguir los mismos objetivos, que al final son la satisfacción de los usuarios externos y de los propios funcionarios.

b) Cultura sobre la calidad y seguridad del paciente modificada o cambiada en los profesionales de la salud del Hospital General. La implementación de estos estándares y la involucración de los funcionarios en su desarrollo y aplicación, va a favorecer el cambio de una cultura conservadora obsoleta a una cultura moderna de servicio.

c) Mayor formación y capacitación del talento humano del Hospital General Ibarra. Con ello se va a conseguir contar con profesionales de la salud preparados no solo en una mejor atención al usuario sino también en un manejo más profesional de sus conocimientos y habilidades.

d) Mejor aprovechamiento y funcionamiento de la infraestructura del Hospital General Ibarra. Es de suma importancia la remodelación del Hospital para que los profesionales se

desenvuelvan más cómoda y fácilmente en sus labores, así como para dar una mejor atención a la gran cobertura de usuarios que tiene el Hospital y reducir los eventos adversos.

e) Costos operacionales reducidos al aumentar la calidad y seguridad del paciente. Está sobradamente demostrado que con la mejora continua de la calidad y seguridad del usuario se reducen costos inútiles en infecciones, excesos de pruebas diagnósticas, ocupación de camas innecesariamente, disminución de la mortalidad, entre otros.

f) Aumento del nivel de Satisfacción de los Usuarios sobre la atención recibida por el personal del Hospital General. Por último y como más importante, la razón de ser de los funcionarios de salud, es mejorar las condiciones y la calidad de vida de los usuarios, lo que hace que estos se encuentren más satisfechos con los servicios que reciben.

6. PLAN DE ACTIVIDADES Y RECURSOS NECESARIOS

Las actividades van a ir enfocadas principalmente al proceso de implementación de las POR y los estándares de la Acreditación Canadá, y para ello lo más importante es contar con el talento humano necesario y adecuado, crear las unidades básicas de funcionamiento y los Comités Técnicos de la Calidad Hospitalaria, además de solicitar a la Dirección Nacional del IESS, la remodelación y ampliación de la infraestructura.

El plan de actividades se va a realizar en cuatro fases (planificación, implementación, monitoreo y mejora) (tabla 1) teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Definir cuál va a ser el medio de implementación.
- Validación o verificación de lo que se implementa es eficaz.
- Aprobación de los documentos elaborados.
- Difusión o Capacitación de los documentos elaborados.
- Control y monitoreo.
- Elaboración de plan de mejora.

Para la realización de estas actividades en la implementación por fases van a participar los responsables de las distintas áreas del Hospital (tabla 2).

Tabla N° 1
Relación del plan de actividades y los recursos necesarios

ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	EQUIPOS Y MATERIALES
A1. Realización de Capacitaciones sobre elementos orientadores de la Institución	Personal del área de Talento Humano.	Los propios del área.
A2. Realización de Capacitaciones Calidad y Seguridad del paciente.	Personal del área de Talento Humano. Unidad de Calidad.	Los propios del área.
A3. Realización de Capacitaciones Técnicas, Profesionales y Protocolos.	Personal de cada área.	Los propios del área.
A4. Elaboración de procesos y protocolos de actuación que mejoren la Calidad y Seguridad del Paciente.	Personal de cada área.	Los propios del área.
A5. Elaboración de un Plan de Incentivos para el Talento Humano por cumplimiento de objetivos.	Personal del área de Talento Humano.	Los propios del área.
A6. Aumentar la contratación de Talento Humano especialistas sanitarios, servicios generales y administrativos.	Dirección Administrativa. Dirección Médica.	Análisis situacional y normativas vigentes
A7. Creación de las Unidades de Calidad, Medicina Ocupacional, Gestión de Riesgos y Medio Ambiente, Epidemiología, Comunicación.	Dirección Administrativa. Dirección Médica.	Los propios del área.
A8. Creación de los Comités de Calidad, Control de IAAS, Bioseguridad, Farmacoterapia, Bioética, Muerte Materna.	Dirección Administrativa. Dirección Médica. Coordinación Talento Humano	Los propios del área.
A9. Elaboración de un Plan de Mejoramiento de infraestructura de las áreas del Hospital.	Dirección Administrativa. Dirección Médica. Coordinación Servicios Generales.	Análisis situacional y normativas vigentes
A10. Analizar las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios.	Unidad de Calidad	Los propios del área.

Fuente: Elaboración propia por el autor.

Tabla N° 2
Actividades y responsables por fases de la implementación de POR y estándares

Fases y Actividades	Responsable
Fase de Planificación	
Asignación de responsables	Director Administrativo/Director Médico
Entrega de estándares	Responsable de Calidad
Análisis de brechas (Informe de visita inicial, Verificación en Sitio, Autoevaluación)	Responsable de Calidad
Capacitación sobre el proyecto de implementación del modelo de calidad y seguridad del paciente	Coordinación Nacional de Calidad
Levantamiento de información y documentos existentes de gestión hospitalaria (Procesos, procedimientos, manuales internos y nacionales, protocolos, instructivos, registros)	Unidad de Gestión de Calidad
Fase de Implementación	
Levantamiento e implementación de POR's ORO (Ver Detalle)	Unidad de Gestión de Calidad / Responsables de área
Levantamiento e implementación de CAP's y CG's ORO (Ver detalle)	Unidad de Gestión de Calidad / Responsables de área
Fase de Evaluación y Monitoreo	
Evaluación Interna de Cumplimiento del modelo	Coordinación Nacional de Calidad
Gestión de observaciones de evaluación interna	Unidad de Gestión de Calidad
Fase de Mejora	
Implementación de mejoras - PRIMER CICLO	Unidad de Gestión de Calidad

Fuente: Elaboración propia por el autor.

7. ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO

En la implementación de los requisitos necesarios para obtener la Acreditación Canadá nivel Oro, se necesita la participación y compromiso de los líderes de las distintas áreas y una adecuada coordinación. Cada una de las fases de mejora continua de la calidad total conlleva

una serie de actividades con los responsables principales de cada área (ver el detalle en la tabla 18).

El Hospital General Ibarra del IESS cuenta en la actualidad con un organigrama organizativo funcional (gráfico 5) que se establece desde la Dirección Nacional del IESS y en el cual actualmente no cuenta con la creación de una serie de unidades y comités, que para la implementación de los POR y estándares son necesarios.

Por ello directamente desde el propio hospital se destinaron personal y recursos para poder desenvolverse en este proyecto.

La organización y participación del personal de la institución va desde la Dirección Administrativa con las áreas que dependen directamente de ella, y se añadió la Unidad de Calidad y el Comité de Operaciones Hospitalario ante Emergencias y Desastres (COHED), Comunicación.

La Dirección Médica dispone de tres direcciones técnicas médicas que son las de Hospitalización y Ambulatorio (consulta externa y hospitalización), de Críticos (emergencias, cirugía y UCI) y de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (laboratorio, imagen, farmacia, atención al usuario y bodega), a las que se une Coordinación de Enfermería. A la dirección médica se añadió la Unidad de Epidemiología, Medicina Ocupacional.

En la nueva estructuración organizacional del IESS se considera la inclusión de estas unidades y una reforma del organigrama actual (todavía no se encuentra aprobada por las autoridades del Ministerio de Trabajo).

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se sugieren para el monitoreo y evaluación de los POR, estándares y criterios la utilización de los indicadores que a continuación se detallan:

➤ Políticas orientadoras de la Institución

Este indicador permitirá saber el porcentaje de funcionarios que conocen las políticas institucionales.

Número de personas con conocimiento de las políticas de la Institución x 100

Número de personas evaluadas

➤ **Capacitaciones**

Este indicador permitirá conocer el porcentaje de cumplimiento de capacitaciones.

$$\frac{\text{Número de capacitaciones realizadas}}{\text{Número de capacitaciones programadas}} \times 100$$

➤ **Identificación del paciente**

Este indicador permitirá conocer el porcentaje de pacientes identificación correctamente según el instructivo técnico de Identificación del Paciente.

$$\frac{\text{Número de pacientes identificados correctamente}}{\text{Número de pacientes evaluados}} \times 100$$

➤ **Adhesión de lavado de manos**

Este indicador permitirá conocer el porcentaje de funcionarios que realizan correctamente el lavado de manos.

$$\frac{\text{Número de personas que realizan correctamente el proceso}}{\text{Número de personas evaluadas}} \times 100$$

➤ **Abreviaturas no permitidas**

Estos indicadores permitirán conocer el porcentaje de personal que cumple con el instructivo técnico de abreviaturas no permitidas.

$$\frac{\text{Número de historias clínicas de registro con abreviaturas no permitidas}}{\text{Número de historias clínicas de registro médico evaluadas}} \times 100$$

➤ **Prácticas quirúrgicas seguras**

Estos indicadores permitirán conocer el porcentaje de cumplimiento del instructivo técnico de cirugía segura.

$$\frac{\text{Número de formularios de cirugía segura realizados en un día}}{\text{Número de cirugías realizadas en un día}} \times 100$$

➤ **Electrolitos Concentrados**

El indicador permitirá conocer el número de servicios que cumplen con el instructivo técnico de Electrolitos Concentrados.

$$\frac{\text{Número de áreas con electrolitos debidamente etiquetados y guardados}}{\text{Número de áreas evaluadas}} \times 100$$

➤ **Material Reprocesable**

Estos indicadores permitirán conocer el porcentaje del ciclo de reprocesamiento según el instructivo técnico

$$\frac{\text{Número de insumos reprocesados con incumplimiento}}{\text{Número de insumos revisados}} \times 100$$

➤ **Notificación de Eventos Adversos**

Estos indicadores permitirán conocer el porcentaje de eventos adversos notificados según el instructivo técnico.

$$\frac{\text{Número de eventos adversos notificados correctamente}}{\text{Número de eventos adversos notificados}} \times 100$$

➤ **Tasa de Mortalidad Hospitalaria**

Es uno de los indicadores más habituales para medir la calidad de los servicios en base a la mortalidad producida en el hospital.

$$\frac{\text{Número de defunciones ocurridas en un período en el hospital}}{\text{Número de pacientes egresados en el mismo período}} \times 100$$

➤ **Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS)**

También supone uno de los indicadores más habituales para medir la calidad de los servicios en base a la mortalidad producida en el hospital.

$$\frac{\text{Número de pacientes con IAAS en un período de tiempo}}{\text{Número de pacientes expuestos en el mismo período}} \times 100$$

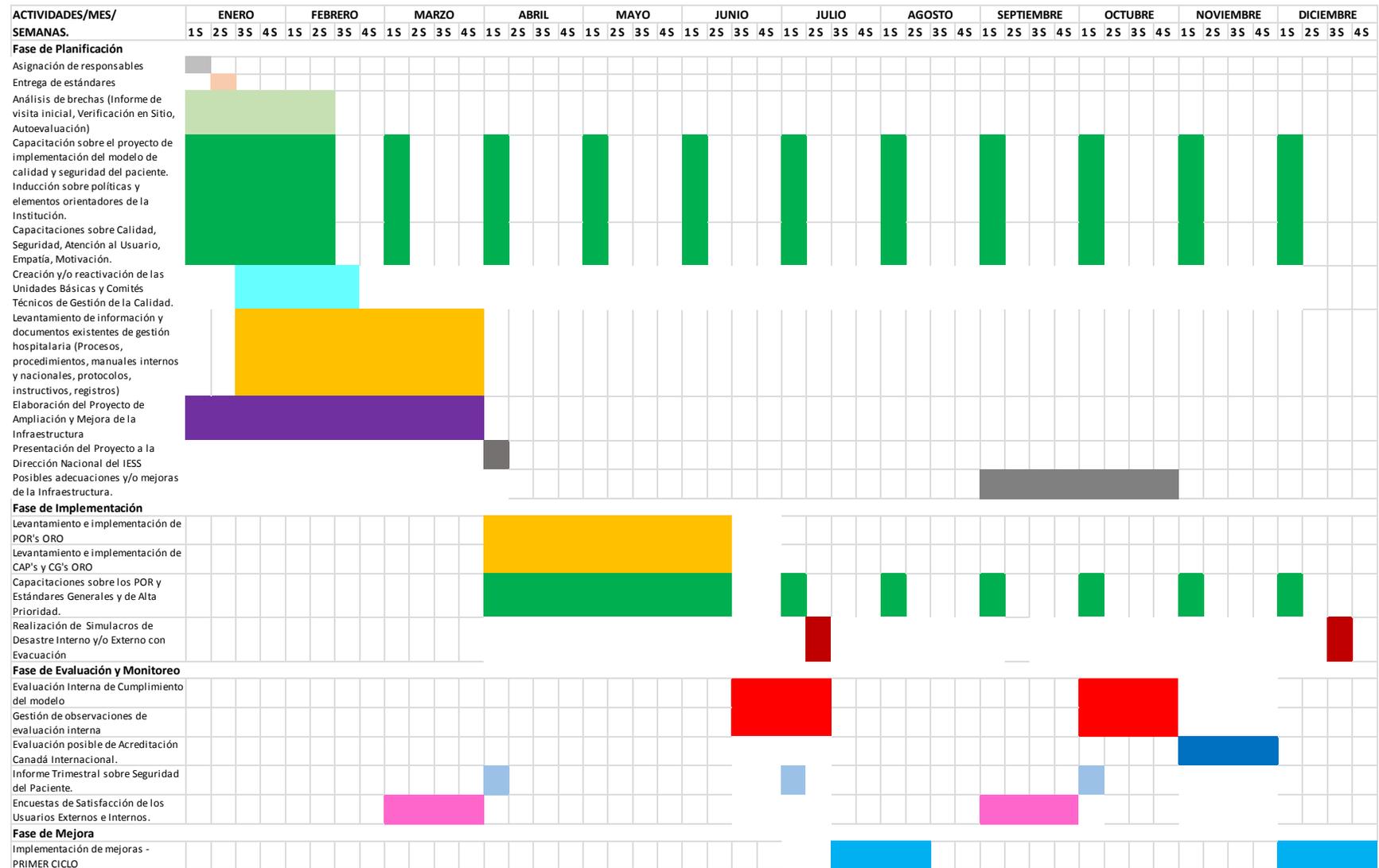
Cada indicador se valorará mediante la aplicación de un check-list específico.

9. CRONOGRAMA (GANTT)

Dentro del plan de implementación de los POR y los estándares podemos observar que los plazos que más esfuerzo e intensidad llevan son los 3-4 primeros meses donde se deben sentar todas las bases y empoderar al personal del hospital para su ejecución.

En el cronograma las zonas en verde representan las distintas capacitaciones que se deben dar al personal y se repiten la primera semana de cada mes, pues en esa semana se ha de inducir al nuevo personal que se incorpore a la Institución y además es conveniente mantener las capacitaciones continuas (tabla 3).

Tabla N° 3
Cronograma (Gantt.) planificación actividades para el año 2018



Fuente: Elaboración propia por el autor.

10. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Los recursos necesarios para la financiación procederán de lo establecido en el Plan Operacional Anual (POA) y Plan Anual de Compras (PAC) del Hospital General Ibarra, que se debe elaborar en el último trimestre del año 2017, y la parte más cuantiosa que se refiere a los temas de infraestructura, deben provenir de la Dirección Nacional del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (tabla 4).

Tabla N° 4

Presupuesto y financiamiento en dólares americanos de la implementación de los POR y estándares

REQUERIMIENTOS	TALENTO HUMANO	COSTO	INFRAESTRUCTURA	COSTO	EQUIPOS Y MATERIALES	COSTO	TOTAL
CREACION UNIDAD DE CALIDAD (mínimo con tres miembros: Médico, Enfermera, Administrativo)	1 Médico 1 Enfermera/o 1 Administrativo	60.000	Disponer del espacio físico.	0	Disponer de materiales y equipos de oficina.	6.000	66.000
CREACION UNIDAD DE RIESGOS (mínimo un Ingeniero en Riesgos)	1 Ingeniero en riesgos	22.000	Disponer del espacio físico.	0	Disponer de materiales y equipos de oficina.	3.000	25.000
CREACION UNIDAD COMUNICACIÓN (mínimo una Licenciada en Comunicación, diseñador)	1 Lic. en Comunicación 1 Diseñador Gráfico	34.000	Disponer del espacio físico.	0	Disponer de materiales y equipos de oficina.	10.000	44.000
CREACION UNIDAD SEGURIDAD OCUPACIONAL (mínimo dos miembros: 2 Médicos Ocupacional, Enfermera Ocupacional)	2 Médico Ocupacionales 1 Enfermera/o	70.000	Disponer del espacio físico.	0	Disponer de materiales y equipos de oficina.	4.000	74.000
CREACION UNIDAD EPIDEMIOLOGIA (mínimo dos miembros: Médico Epidemiólogo, Enfermera Epidemiología)	1 Médico Epidemiólogo 1 Enfermera	50.000	Disponer del espacio físico.	0	Disponer de materiales y equipos de oficina.	4.000	54.000
Auditorio equipado con megafonía y proyección	0	0	Disponer del espacio físico.	0	Proyector, microfonos, parlantes computador, amplificador,	4.000	4.000
Señalética para el Hospital General Ibarra	0	0	Disponer del espacio físico.	0	Letreros, cartelería	42.000	42.000
Material informativo y de comunicación	0	0	No aplica	0	Trípticos, afiches, carteleras, rolaps, videos, entre otros	12.000	12.000
Capacitaciones y Viáticos del personal	Varios líderes y responsables de áreas.	0	No aplica	0	Capacitaciones y Viáticos	4.000	4.000
Proyecto infraestructura de torre nueva	sin determinar	0	sin determinar	0	sin determinar	0	0
Adecuación y mejora de la infraestructura actual	sin determinar	0	sin determinar	0	sin determinar	0	0
TOTALES		236.000				89.000	325.000

Fuente: Elaboración propia por el autor

11. BIBLIOGRAFÍA

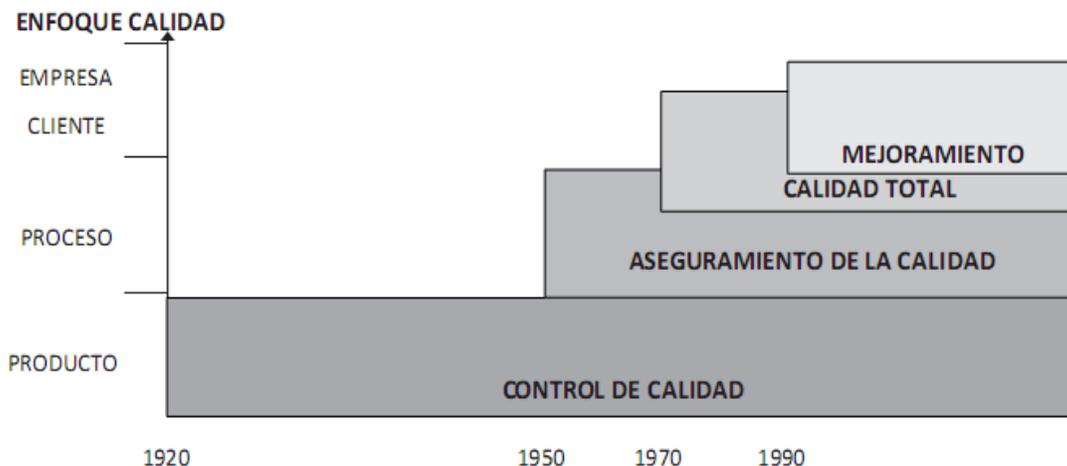
- Ruelas, B. E. & Zurita, G. B., 1993. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México*, Vol: 35, num: 3, pp. 235-237. Recuperado a partir de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5652>
- Cubillos Rodríguez, M., & Rozo Rodríguez, D. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista Universidad De La Salle*, num: 48, pp. 80-99. Recuperado a partir de: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/1260>
- Evans J.R. & Lindsay W.M. (2008). *Administración y control de calidad* (7 ed.) Cengage Learning. Recuperado de Mundo Cultural Hispano <http://www.mundoculturalhispano.com/spip.php?article29120>
- Duncan J.A. (1996). *Control de calidad y estadística industrial* (5 ed.) México: Alfaomega.
- Garvin, D.A. (1988). *Managing Quality: the Strategic and Competitive Edge*. New York: The Free Press.
- Shewhart, W.A. (1931). New York. *Control económico de la calidad en productos manufacturados*. España.
- Pérez Uribe, R.I. (1990). *La calidad. Eje de la empresa japonesa*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Crosby, P.B. (1979). *Quality is free: The Art of Making Quality Certain*. New York: Mc-Graw-Hill.
- David Cabrera Vascónez, *La calidad médica y el valor de la salud en Ecuador*. 07 de noviembre de 2016. Publicación Sanitaria dos mil. Redacción Médica. Medicina 3.0.
- Tristana Santos. *Educación y salud en Ecuador: el reto es la calidad*. 25 de enero de 2017. Revista Vistazo.
- Donabedian, A (1980). *The definition of quality and approaches to its assesment: Exploration in quality assesment and monitoring*. Vol 1. Michigan: Healt Administration Press, Ann Arbor.

12. ANEXOS

12.1 GRÁFICOS

Gráfico 1

Evolución conceptual de la calidad



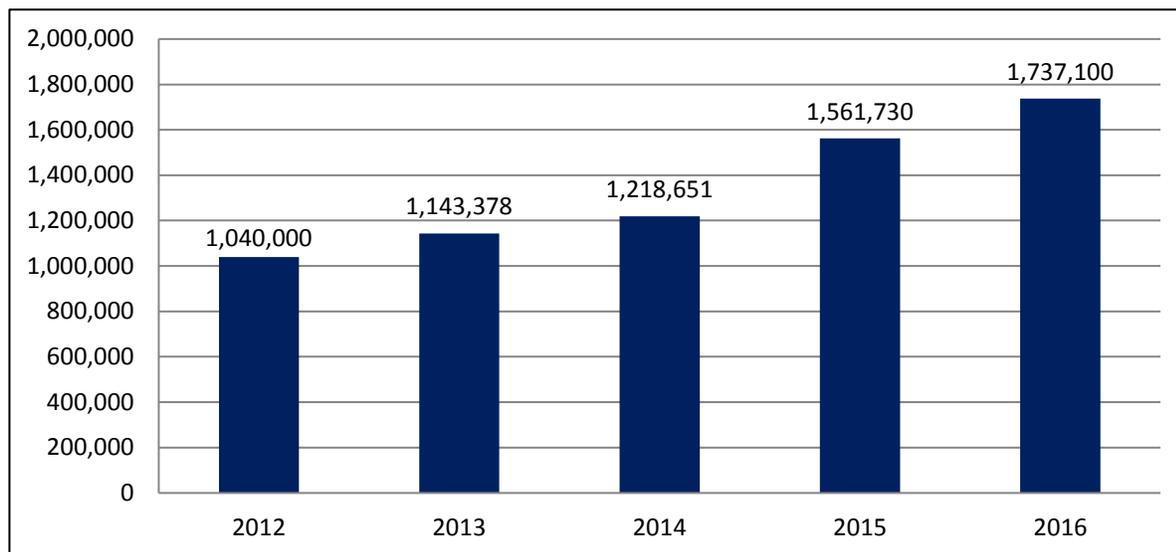
Fuente: Cubillos Rodríguez, María Constanza; Roza Rodríguez, Diego. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad

Gráfico 2

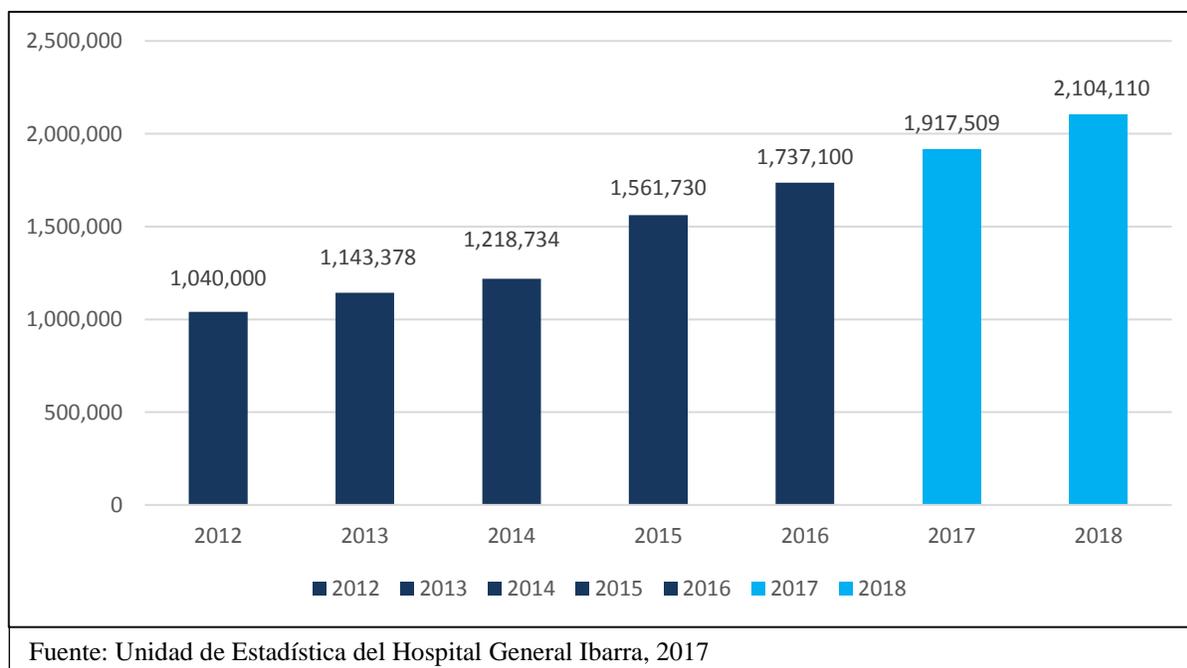
Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos



Fuente: NTC ISO 9001,2008

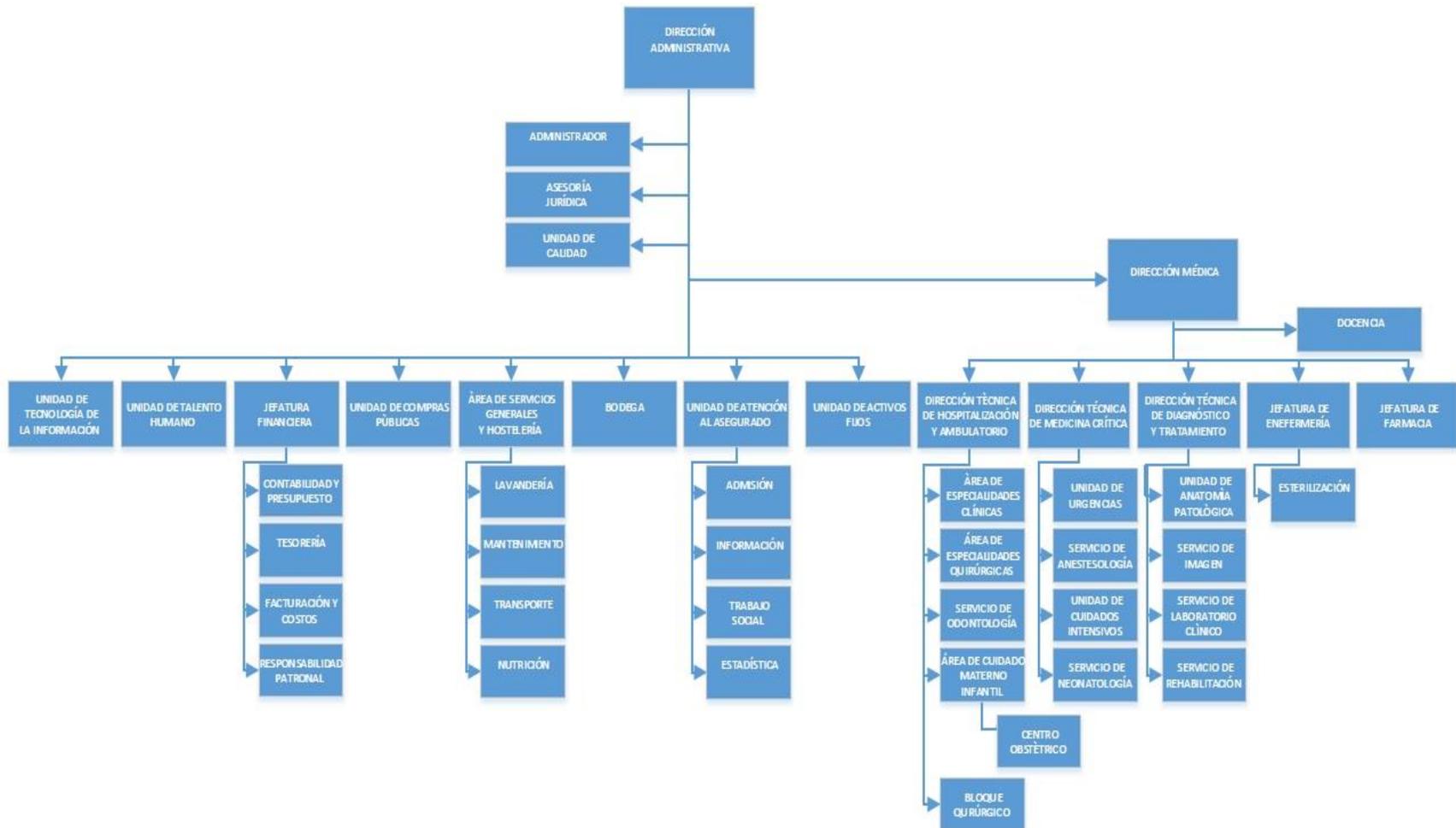
Gráfico 3***Evolución de la producción del H. General Ibarra en el período 2012-2016***

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital General Ibarra, 2017

Gráfico 4***Crecimiento anual de la producción general del H. General Ibarra en el período 2012-2016; proyecciones 2017 y 2018***

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital General Ibarra, 2017

Gráfico 5
Organigrama funcional Hospital General Ibarra año 2017



Fuente: Unidad Administrativa de Talento Humano del Hospital General Ibarra del IESS

12.2 TABLAS

Tabla N° 5
Población general proyectada en la Zona 1 del país del 2010-2020

AÑO	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBÍOS	ZONA 1	TOTAL PAÍS
2010	171.746	413.657	551.712	181.287	1.318.402	15.012.228
2011	173.410	419.919	561.605	186.072	1.341.006	15.266.431
2012	175.050	426.223	571.382	190.896	1.363.551	15.520.973
2013	176.662	432.543	581.010	195.759	1.385.974	15.774.749
2014	178.228	438.868	590.483	200.656	1.408.235	16.027.466
2015	179.768	445.175	599.777	205.586	1.430.306	16.278.844
2016	181.265	451.476	608.906	210.532	1.452.179	16.528.730
2017	182.719	457.737	617.851	215.499	1.473.806	16.776.977
2018	184.136	463.957	626.626	220.483	1.495.202	17.023.408
2019	185.523	470.129	635.227	225.481	1.516.360	17.267.986
2020	186.869	476.257	643.654	230.503	1.537.283	17.510.643

Fuente: Censo 2010 y proyección hasta 2026, INEC

Tabla N° 6
Datos poblacionales y de afiliación al IEES en la Zona 1, en 2016

PROVINCIAS	PROYECCIÓN POBLACIÓN INEC (2016)	AFILIADOS IEES SEGURO GENERAL A MAYO 2016	PORCENTAJE DE AFILIACIÓN A MAYO 2016	AFILIADOS IEES SEGURO GENERAL A 2014	INCREMENTO/ DECREMENTO EN EL N° AFILIADOS AL SEGURO GENERAL
CARCHI	181.265	18.594	10,26%	19.255	-3,43%
IMBABURA	451.476	65.204	14,44%	52.220	24,86%
ESMERALDAS	608.906	62.662	10,29%	63.240	-0,91%
SUCUMBIO	210.532	27.326	12,98%	25.883	5,58%
ZONA 1	1.452.179	173.786	11,97%	160.598	8,21%
NORTE PICHINCHA (Cayambe/Pedro Moncayo)	139.733				
NACIONAL	16.528.730			3.113.163	

Fuentes: Subdirección Provincial de Prestaciones de Salud de Imbabura año 2016. Boletines IEES 2016

Tabla N° 7
Cobertura de servicios de salud en la Zona 1, en 2016

PROVINCIA	Número de camas hospitalarias disponibles	Egresos Hospitalarios	Camas Disponibles por 1.000 habitantes	Egresos Hospitalarios por 1.000 habitantes	%	
					Ocupación de días camas disponibles	Rendimiento o Giros de camas
CARCHI	222	9.317,00	1.22	51.40	42.09	41.97
IMBABURA	492	29.654,00	1.09	65.68	58.89	60.27
ESMERALDAS	412	24.690,00	0.68	44.13	52.25	59.93
SUCUMBIOS	179	13.375,00	0.85	63.53	65.46	74.72
TOTAL	1,305	77.036,00	0.90	53.05	54.82	59.03
Población general de la Zona 1		1.452.179				

Fuente: INEC (2016)

Tabla N° 8
Camas censables y no censables del Hospital General Ibarra en 2017

CAMAS CENSABLES				CAMAS NO CENSABLES			
SERVICIO	Nº CAMAS	SERVICIO	Nº CAMAS	SERVICIO	Nº CAMAS	SERVICIO	Nº CAMAS
Geriatría	8	Nefrología	2	Cirugía General	22	Biológicos	4
Endocrino	10	Neurología	2	Cirugía Vascular	3	Urgencias Adultos	16
Psiquiatría	3	Dermatología	1	Urología	8	Urgencias Pediátricas	7
Ginecología	5	Medicina Interna	9	Neurocirugía	2	UCI Adultos	6
Obstetricia	13	Gastroenterología	2	Otorrino	2	Centro Obstétrico	6
Cardiología	5	Pediatría	25	Traumatología	18	Neonatología	10
TOTALES	140					TOTALES	49

Fuente: Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio – Hospital General Ibarra año 2016

Tabla N° 9
Talento humano en el Hospital General Ibarra, julio de 2017

NOMBRAMIENTOS				
PERMANENTE	PROVISIONAL	CONTRATOS DE SERVICIOS OCASIONALES	INTERNOS ROTATIVOS	CODIGO DE TRABAJO
96	203	233	20	148
TOTAL FUNCIONARIOS 700				

Fuente: Distributivo del Sistema E-volution de fecha julio de 2017. Distributivo del Sistema SPRYN de fecha 31 de julio de 2017 del Hospital General Ibarra

Tabla N° 10
Talento Humano en el Hospital General Ibarra a octubre del 2017

PERSONAL DE LA NÓMINA DEL HOSPITAL GENERAL IBARRA		
Nro.	CARGOS	OCTUBRE
1	MEDICOS ESPECIALISTAS	73
2	MEDICO RESIDENTE	57
3	MEDICO /A GENERAL EN FUNCIONES HOSPITALARIAS	41
4	INTERNOS ROTATIVOS	20
5	ODONTOLOGOS	5
6	PSICOLOGOS	3
7	TERAPISTA FISICO, LENGUAJE Y OCUPACIONAL	22
8	TECNOLOGO MEDICO DE IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	7
9	TECNOLOGOS EN LABORATORIO Y LABORATORISTAS	20
10	ENFERMERAS	165
11	AUXILIAR DE ENFERMERIA	131
12	PARAMEDICOS	4
13	ADMINISTRATIVOS (OFICINISTAS, DIRECTORES TECNICOS, COORDINADORES, JEFE DE FARMACIA / ENFERMERIA) + PERSONAL DE SERVICIOS (AUXILIARES DE ODONTOLOGIA, RADIOLOGIA, SERVICIOS, LAVANDERIA, CHOFERES, CAMILLEROS)	164
TOTAL		712
PERSONAL DEL CONVENIO MARCO ENTRE EL IEES Y LA MISION CUBANA		
Nro.	CARGOS	OCTUBRE
1	MEDICOS ESPECIALISTAS	13

Fuente: Distributivo del Sistema E-volution de fecha octubre de 2017 del Hospital General Ibarra (Talento Humano)

Tabla N° 11
Distribución de servicios prestados por el HGI en las distintas áreas

SERVICIOS POR AREAS DE INFRAESTRUCTURA		
PLANTA BAJA		PRIMER PISO
C. CARDIOLOGÍA	EMERGENCIA	CENTRO OBSTÉTRICO
C. CIRUGÍA GENERAL	ADULTOS/PEDIATRIA	UCI - NEONATOLOGÍA
C. CIRUGÍA VASCULAR	LABORATORIO CLÍNICO/PATOLOG	DIRECCION/ADMINISTRACIÓN
C. DERMATOLOGÍA	IMAGENOLOGÍA (Rx, Ecos, TAC)	SEGUNDO PISO
C. ENDOCRINOLOGÍA	CENTRO QUIRÚRGICO	H. SALUD MENTAL
C. FISIATRÍA	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	H. NEUROLOGÍA
C. GASTROENTEROLOGÍA	REHABILITACIÓN	H. MEDICINA INTERNA
C. GERIATRÍA	INYECCIONES	H. GASTROENTEROLOGÍA
C. GINECOLOGÍA	CONTROL DE SIGNOS VITALES	H. ENDOCRINOLOGÍA
C. NEONATOLOGÍA	SALA DE CURACIONES	H. DERMATOLOGÍA
C. MEDICINA GENERAL	EXAMENES OPTOMÉTRICOS	H. CARDIOLOGÍA
C. ATENCIÓN A DOMICILIO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	TERCER PISO
C. PREVENTIVA	BIOLÓGICOS	H. UROLOGÍA
C. MEDICINA FAMILIAR	DIETÉTICA/ NUTRICION	H. CIRUGÍA GENERAL
C. MEDICINA INTERNA	FARMACIA + BODEGA FÁRMACOS	H. NEFROLOGÍA
C. NEFROLOGÍA	TRABAJO SOCIAL	CUARTO PISO
C. NEUROCIRUGÍA	LAVANDERÍA/MANTENIMIENTO	H. OTORRINOLARINGOLOGÍA
C. NEUROLOGÍA	ESTADISTICA/ADMISION	H. OFTALMOLOGÍA
C. OFTALMOLOGÍA		H. NEUROCIRUGÍA
C. OTORRINOLARINGOLOGÍA		H. CIRUGÍA VASCULAR
C. PEDIATRÍA		QUINTO PISO
C. REUMATOLOGÍA		H. CRÓNICOS (Geriatría)
C. PSIQUIATRÍA (S. Mental)		SEXTO PISO
C. PSICOLOGÍA (S. Mental)		H. PEDIATRÍA
C. TRAUMATOLOGÍA		SEPTIMO PISO
C. UROLOGÍA		TERAPIA DE LENGUAJE
C. ODONTOLOGÍA GENERAL		UNIDAD DE CALIDAD
		EPIDEMIOLOGIA
		COMUNICACIÓN
		TERAPIA OCUPACIONAL

Nota: C = Consulta; H = Hospitalización; S = Salud

Fuente: Tabla de elaboración por el autor en base a los datos proporcionados por Dirección Médica y Dirección Técnica de Hospitalización del Hospital General Ibarra año 2017

Tabla N° 12
Producción del Hospital General Ibarra del período 2012-2016

ATENCIÓNES	PERIODO AÑOS 2012-2016					INCREMENTO	
	2012	2013	2014	2015	2016	PERIODO	ANUAL
						2012-2016	
Consulta externa	114.705	125.004	147.635	166.053	176.773	54%	12%
Despacho recetas	348.346	382.820	372.098	469.330	615.806	77%	16%
Odontología	11.596	13.061	14.126	13.311	16.872	45%	10%
Laboratorio exámenes	346.194	395.455	450.807	560.277	611.865	77%	15%
Imágenes RX	24.771	26.996	34.733	48.737	53.212	115%	22%
Cirugías	3.892	4.375	4.272	5.337	6.428	65%	14%
Emergencia	46.941	35.787	36.657	46.581	62.961	34%	10%
Egresos hospitalarios	7.893	9.270	9.751	10.162	10.980	39%	9%
Partos	953	1.037	1.037	1.359	1.370	44%	10%
Rehabilitación-Procedimientos	134.709	149.573	147.535	240.583	180.833	34%	12%
TOTAL	1.040.000	1.143.378	1.218.651	1.561.730	1.737.100	67%	14%

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital General Ibarra, 2017

Tabla N° 13
Indicadores hospitalarios del HGI en el período 2012-2016

INDICADORES HOSPITALARIOS	2012	2013	2014	2015	2016
▪ Promedio días de estancia	3,23	4,93	5,45	5,34	5,16
▪ % Ocupación de camas	53,29	82,87	86,57	101,20	92,22
▪ Giro de cama o rendimiento	61,03	61,46	74,17	66,90	63,46
▪ Intervalo de giro	2,83	1,02	0,66	0,06	0,44
▪ T. Cruda mortalidad hosp.	0,94	0,93	0,90	1,27	1,21
▪ T. Neta mortalidad hosp.	0,51	0,42	0,50	0,55	0,67
▪ % Partos normales	59,71	64,29	61,33	66,21	62,34
▪ No. Cesáreas x 100 p. Normales	40,29	35,71	38,67	33,79	37,66
▪ T. Abortos x 100	4,62	26,07	17,65	17,42	14,01
▪ Porcentaje de ejecución de cirugías programadas	86%	86%	86%	86%	92%

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital General Ibarra, 2017.

Tabla N° 14
Relación de áreas y servicios donde se evalúan las POR y estándares

ÁREAS/SERVICIOS
1. Liderazgo
2. Preparación para Emergencias y Desastres
3. Prevención y Control de Infecciones
4. Reprocesamiento y Esterilización
5. Cuidados de Servicios Ambulatorios
6. Departamento de Emergencias
7. Diagnóstico por Imágenes
8. Gestión de los Medicamentos
9. Servicios Médicos
10. Servicios de Laboratorios Biomédicos
11. Servicios de Cuidados Críticos
12. Servicios Obstétricos
13. Servicios Perioperatorios y Procedimientos Invasivos
14. Servicios de Salud Mental

Fuente: Tabla de elaboración propia por el autor, basada en datos de Qmentum International Acreditación

Tabla N° 15
Áreas de seguridad y objetivos de las POR.

Área de Seguridad	Objetivo
Cultura de Seguridad	Crear una cultura de seguridad dentro de la organización.
Comunicación	Mejorar la eficacia y la coordinación de la comunicación entre los proveedores de servicio y atención y con los pacientes y familiares de una forma continua.
Uso de Medicamentos	Garantizar el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo.
Vida Laboral/Fuerza de Trabajo	Crear una vida laboral y el medio ambiente físico adecuado que coadyuvan a la entrega segura de la atención y servicio.
Control de Infecciones	Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud y su impacto a través del continuo seguimiento de la atención / servicio.
Evaluación de Riesgos	Identificar los riesgos de seguridad inherentes a la población de clientes.

Fuente: Tabla de elaboración propia por el autor, basada en datos de Qmentum International Acreditación

Tabla N° 16
Prácticas Organizacionales Requeridas (POR) en los 3 niveles

Área de Seguridad para el Paciente.	POR	Nivel
Cultura de Seguridad	Notificación de Eventos Adversos	Oro
	Plan de Seguridad del Cliente	Oro
	Informes Trimestrales de Seguridad del Cliente	Oro
	Análisis Prospectivo relacionado con la Seguridad del Cliente	Diamante
Comunicación	El papel del cliente y la familia en materia de seguridad	Oro
	Verificación del Cliente	Oro
	Abreviaturas Peligrosas	Oro
	Conciliación de la Medicación como una prioridad estratégica	Diamante
	Conciliación de la Medicación al Ingreso	Diamante
	Prácticas Quirúrgicas Seguras	Oro
Uso de Medicamentos	Transferencia de la Información del cliente en los puntos de transición	Platino
	Administración antimicrobiana	Platino
	Control de electrolitos concentrados	Oro
	Seguridad en relación con la heparina	Platino
	Medicamentos de alto riesgo	Platino
	Capacitación en bombas de infusión	Platino
	Seguridad de narcóticos	Platino
Vida Laboral/Fuerza Laboral	Programa de mantenimiento preventivo	Oro
	Capacitación en seguridad del paciente	Oro
Control de Infecciones	Profilaxis con antibióticos durante la cirugía	Platino
	Higiene de las manos	Oro
	Cumplimiento de la higiene de las manos	Platino
	Educación sobre la higiene de las manos	Oro
	Directrices para el control de infecciones	Oro
	Tasas de infección	Diamante
	Reprocesamiento y esterilización	Oro
Evaluación de Riesgos	Prácticas seguras de inyección	Platino
	Estrategia de prevención de caídas	Platino
	Evaluación de riesgos de seguridad en casa	Platino
	Prevención de úlceras por presión	Platino
	Prevención de suicidio	Platino
	Profilaxis de Tromboembolia Venosa (VET)	Platino

Fuente: Tabla de elaboración propia por el autor. Datos obtenidos de Qmentum International Acreditación Canadá Internacional (ACI) 2016

Tabla N° 17
N° de criterios generales y alta prioridad a cumplir por áreas o servicios

Criterios a cumplir por áreas o servicios para Nivel Oro.	Nº Criterios	Nº Criterios	Total
	Generales	Alta Prioridad	Criterios
Liderazgo	40	25	65
Preparación para Emergencias y Desastres	27	12	39
Prevención y Control de Infecciones	10	50	60
Reprocesamiento y Esterilización	47	38	85
Cuidados de Servicios Ambulatorios	12	58	70
Departamento de Emergencias	29	40	69
Diagnóstico por Imágenes	26	52	78
Gestión de los Medicamentos	30	50	80
Servicios Médicos	12	52	64
Servicios de Laboratorios Biomédicos	57	44	101
Servicios de Cuidados Críticos	12	58	70
Servicios Obstétricos	22	85	107
Servicios Perioperatorios y Procedimientos Invasivos	29	78	107
Servicios de Salud Mental	34	29	63
Total criterios a cumplir	387	671	1058

Fuente: Elaborada por el propio autor en base a datos de Acreditación Canadá Internacional.

Tabla N° 18
Detalle de actividades con responsables de la implementación de los POR y estándares

Fases y Actividades	Responsable
Prácticas Organizacionales Requeridas (POR) Nivel ORO	
<p>Higiene de manos</p> <p>Definición de medio de implementación</p> <p>Validación (verificación de lo que se implementa sea eficaz).</p> <p>Puesta en Vigencia</p> <p><i>Aprobación de documento</i></p> <p><i>Difusión o capacitación</i></p>	<p>Coordinador Jefe de Enfermería</p> <p>Unidad de Epidemiología</p>
<p>Educación sobre la higiene de las manos</p> <p>Definición de medio de implementación</p> <p>Validación</p> <p>Puesta en Vigencia</p> <p><i>Aprobación de documento</i></p> <p><i>Difusión o capacitación</i></p>	<p>Coordinador Jefe de Enfermería</p> <p>Unidad de Epidemiología</p>
<p>Verificación del cliente</p> <p>Definición de medio de implementación</p> <p>Validación</p> <p>Puesta en Vigencia</p> <p><i>Aprobación de documento</i></p> <p><i>Difusión o capacitación</i></p>	<p>Coordinador Jefe de Enfermería</p> <p>Coordinadores de las Áreas de Atención</p>
<p>Programa de mantenimiento preventivo</p> <p>Definición de medio de implementación</p> <p>Validación</p> <p>Puesta en Vigencia</p> <p><i>Aprobación de documento</i></p> <p><i>Difusión o capacitación</i></p>	<p>Coordinador de Servicios Generales</p>
<p>Notificación de eventos adversos</p>	<p>Director Médico</p> <p>Unidad de Auditoría Médica</p> <p>Comité de Seguridad del Paciente</p>

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Informe trimestral de seguridad del cliente

Unidad de Gestión de Calidad

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

El papel del cliente y familia en materia de seguridad

Coordinador Jefe de Enfermería

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Plan de seguridad del cliente

Director Médico

Coordinador Jefe de Enfermería

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Abreviaturas peligrosas

Coordinador Jefe de Farmacia

Coordinador Jefe de Enfermería

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

*Difusión o capacitación***Prácticas quirúrgicas seguras**

Coordinador Médico de Cirugía

Líder Enfermería de Quirófano

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

*Aprobación de documento**Difusión o capacitación***Control electrolitos concentrados**

Coordinador Jefe de Enfermería

Coordinador Jefe de Farmacia

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

*Aprobación de documento**Difusión o capacitación***Capacitación en seguridad del paciente**

Unidad de Gestión de Calidad

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

*Aprobación de documento**Difusión o capacitación***Directrices para el control de infecciones**

Coordinador de Epidemiología

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

*Aprobación de documento**Difusión o capacitación***Reprocesamiento de equipos médicos**

Coordinador de Central de Esterilización

Definición de medio de implementación

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Crterios por Estándares (CAP's y CG's) Nivel ORO.

Liderazgo

Director Administrativo

Director Médico

Coordinadoras de Áreas Administrativas

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Preparación para Emergencias y Desastres

Director Técnico de cuidados Críticos y

Emergencias

Unidad de Riesgos y Desastres

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Prevención y Control de Infecciones

Unidad de Epidemiología

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Reprocesamiento y Esterilización

Coordinador de Central de Esterilización

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Cuidados y Servicios Ambulatorios

Director de Hospitalización y Ambulatorio

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Departamentos de Emergencias

Director Técnico de cuidados Críticos y Emergencias

Coordinador Médico de Emergencias

Líder de Enfermería de Emergencias

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Diagnóstico por Imágenes

Directora de apoyo Diagnóstico y Tratamiento

Coordinador de Servicio de Imágenes

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

*Difusión o capacitación***Gestión de medicamentos**

Coordinador Jefe de Farmacia

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Servicios Médicos

Director Médico

Director de Hospitalización y Ambulatorio

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Servicios de Laboratorio Biomédicos

Directora de apoyo Diagnóstico y Tratamiento

Coordinador de Servicio de Laboratorio

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Servicios de Cuidado Crítico

Director Técnico de Cuidados Críticos y

Emergencias

Coordinador Médico de UCI

Líder de Enfermería de UCI

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Servicios Obstétricos

Coordinador Médico de Centro Obstétrico

Líder de Enfermería de Centro Obstétrico

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Servicios Perioperatorios y Procedimientos Invasivos

Coordinador Médico de Cirugía

Líder Enfermería de Quirófano

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Servicios de Salud Mental

Coordinadora de Salud Mental

Revisión, Interpretación y definición de mecanismo de implementación

Implementación del mecanismo

Validación

Puesta en Vigencia

Aprobación de documento

Difusión o capacitación

Control y Monitoreo

Unidad de Gestión de Calidad

Control de resultados de Indicadores

Autoevaluación

Auditorías Internas

Seguimiento por parte de Comités

Mejora

Unidad de Gestión de Calidad

Definición de planes de acción de mejora

Fuente: Elaboración propia por el autor