

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Mejora del reporte de incidentes en Seguridad del Paciente en el servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro perteneciente al Ministerio de Salud Pública en el período julio – diciembre del 2019

Gabriel Alejandro Villacís Taco

**Marco Herrera Herrera. MD., MPH.
Director de Trabajo de Titulación**

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

Quito, 17 de abril de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**COLEGIO DE POSGRADOS****HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Mejora del reporte de incidentes en Seguridad del Paciente en el servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro perteneciente al Ministerio de Salud Pública en el período julio – diciembre del 2019

Gabriel Alejandro Villacís Taco

Firmas

Marco Herrera Herrera. MD., MPH.

Director del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría. MD.

Director Especialización Gerencia de Salud

Jaime Ocampo. Ph.D.

Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos. Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 17 de abril de 2019

© 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:

Gabriel Alejandro Villacís Taco

Código de estudiante:

00205341

C. I.:

0201851250

Lugar, Fecha Quito,

Quito, 17 de abril de 2019

DEDICATORIA

A mis padres y a toda mi familia que son los pilares de mi vida, por su amor, apoyo y consejos, con su ejemplo me han demostrado que la consecución de una meta marca el inicio del camino en la búsqueda de nuevos objetivos.

A aquellas amistades que se han convertido en familia, por su cariño y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero a Dios por su bendición y por hacer todo esto posible.

A mi familia por el apoyo constante.

A la Universidad San Francisco de Quito y a la Escuela de Salud Pública por acompañarme en mi formación profesional.

A los profesores de la Especialización en Gerencia de Salud por compartir sus conocimientos, experiencias y la motivación para seguir trabajando por la Salud del Ecuador.

Al Doctor Marco Herrera por su predisposición, tiempo y apoyo en la elaboración de este proyecto.

Al Hospital Alfredo Noboa Montenegro y sus autoridades por colaborar con este proyecto.

A mis compañeras y compañeros por todas las vivencias y aprendizajes de este año, por haber compartido conmigo sus experiencias y valores.

Resumen

La calidad de la atención en salud es un tema que ha adquirido fuerza en los últimos decenios basados en la premisa de que brindar una atención de calidad no es un lujo, sino un derecho. La calidad implica conseguir una atención sanitaria óptima, respetando los conocimientos del paciente y minimizando el riesgo de efectos iatrogénicos, logrando una máxima satisfacción del usuario. Una de las dimensiones de la calidad es la Seguridad del Paciente, tema de capital importancia que involucra a todos los niveles de un sistema de salud y constituye también una prioridad de la Salud Pública según la Organización Mundial de la Salud.

Para lograr una atención más segura se requiere del cumplimiento de varias prácticas organizacionales llamadas prácticas seguras, las cuales buscan generar una atención de calidad en todos los centros médicos. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador recoge 17 prácticas que son descritas en su Manual de Seguridad del Paciente - Usuario promocionado en el año 2016.

La notificación de los incidentes en seguridad del paciente es una de estas prácticas y su propósito es el análisis de aquellos eventos, conocer integralmente sus causas, implementar planes de mejora y finalmente incrementar la calidad de atención.

El presente proyecto, nace como respuesta a la problemática de un ineficiente proceso de notificación de eventos en el servicio de emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro caracterizado por los escasos eventos reportados, por los insuficientes conocimientos sobre seguridad del paciente y proceso de notificación, por el temor a acciones punitivas, entre otros.

Las actividades más relevantes para conseguir una mejora del reporte de incidentes en seguridad del paciente en el servicio de emergencias serán las capacitaciones, evaluaciones teóricas y prácticas y la creación de un documento electrónico para facilitar y agilizar el proceso de notificación. Al mejorar este proceso, se podrá construir un perfil estadístico que permita gestionar los riesgos existentes en el servicio y brindar una atención más segura, generando un servicio de calidad.

Palabras clave: Calidad, Seguridad del Paciente, Prácticas Seguras, Notificación de Incidentes

Abstract

The quality of health care is an issue that has gained importance in recent decades based on the premise that providing quality care is not a luxury, but a human right. Quality implies achieving optimal health care, respecting the patient's knowledge and minimizing the risk of iatrogenic effects, therefore, achieving maximum user satisfaction. Patient safety is a key issue that involves all levels of a health system and is also a priority of Public Health according to the World Health Organization.

To achieve a safety health care system, compliance with several organizational practices called *safe practices* is required. These safe practices seek to generate quality care in all medical centers. The Ministry of Public Health of Ecuador has 17 practices that are described in its Patient Safety Manual promoted in 2016.

The notification of incidents in patient safety is one of these practices and its purpose is to analyze the incident, fully understand its causes, implement improvement plans and finally increase the quality of care.

The present project was born as a response to the problem of an inefficient process of notification of events in the emergency service of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital, characterized by the few reported events, the insufficient knowledge about patient safety and the notification process, fear of punitive actions among others.

The most relevant activities to improve the reporting of incidents in patient safety in the emergency service will be training, theoretical and practical evaluations and the creation of an electronic document to facilitate and expedite the notification process. By improving this process, a statistical profile can be built to manage the existing risks and to provide a more safety service, which will mean the generation of a quality service.

Keywords: Quality care, Patient Safety, Safe Practices, Incident Reporting

TABLA DE CONTENIDOS

Hoja de aprobación de trabajo de titulación	2
© Derechos de Autor.....	3
Dedicatoria	4
Agradecimientos	5
Resumen.....	6
Abstract.....	7
1. Planteamiento del problema	12
1.1. Antecedentes del problema	12
Contexto y situación que motiva el proyecto	12
Articulación con los lineamientos de la política y legislación nacional	13
Ámbito y beneficiarios del proyecto	14
Justificación	14
1.2. Descripción y análisis del problema	15
Descripción general	15
Magnitud del problema	22
Árbol del Problema	23
Árbol de Objetivos	24
1.3. Análisis de alternativas de solución	25
2. Objetivos del proyecto	28
2.1. Objetivo General	28
2.2. Objetivos Específicos.....	28
3. Matriz del Marco Lógico	29
4. Estrategias Generales	34
5. Plan de actividades y Cronograma Gantt.....	37

6. Organización para la Gestión del Proyecto	42
6.1. Identificar el trabajo a realizar	42
6.2. Ajustar la estructura analítica del proyecto	43
6.3. Definir las responsabilidades	43
6.4. Establecer las relaciones entre el equipo.....	44
6.5. Definir concordancia con los lineamientos de política nacional e inserción institucional	45
7. Monitoreo y Evaluación	47
8. Presupuesto y financiamiento	49
9. Bibliografía	51
10. Anexos	53

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios de priorización de Alternativas	25
Tabla 2. Análisis de Alternativas. Objetivo 1	26
Tabla 3. Análisis de Alternativas. Objetivo 2	26
Tabla 4. Análisis de Alternativas. Objetivo 3	27
Tabla 5. Matriz del Marco Lógico	29
Tabla 6. Cronograma de Actividades (Gantt)	41
Tabla 7. Asignación de responsabilidades a Gerentes del Proyecto	43
Tabla 8. Lineamientos de la política nacional.....	45
Tabla 9. Monitoreo y Evaluación	47
Tabla 10. Presupuesto	49

Índice de Figuras

Figura 1. Árbol del Problema (Causa – Efecto).....	23
Figura 2. Árbol de Objetivos.....	24
Figura 3. Estructura Analítica del Proyecto	42

1. Planteamiento del problema

1.1. Antecedentes del problema

Contexto y situación que motiva el proyecto

El hospital Alfredo Noboa Montenegro está ubicado en la ciudad de Guaranda, pertenece al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), es un hospital general de segundo nivel de atención y constituye la unidad de referencia de la provincia de Bolívar. En el servicio de emergencia, existen un promedio de 100 atenciones diarias y sus servicios se enmarcan en las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

En el año 2015, el hospital recibió la acreditación (Nivel Oro) por parte de la Organización no Gubernamental *Accreditation Canada International* por haber cumplido los estándares internacionales básicos de excelencia en la calidad de atención y servicios. (Anexo 1)

La acreditación tuvo una duración de 3 años (2015-2018) y de acuerdo al MSP, los hospitales no entrarían a un proceso de re-acreditación, por lo que motivó a sus instituciones a continuar con las *buenas prácticas* que permitieron obtener la primera acreditación.

Uno de los parámetros medidos para obtener el nivel Oro de la acreditación fue la notificación de eventos adversos. Además, esta es considerada una *práctica segura* de acuerdo con el Manual de Seguridad del Paciente del MSP.

En una encuesta interna (Anexo 2) realizada al personal del servicio de emergencia, se evidenció que el 50% de los trabajadores no tienen claro los conceptos de eventos adversos incluidos en el Manual de Seguridad, conceptos básicos que son necesarios para iniciar el proceso de notificación.

Articulación con los lineamientos de la política y legislación nacional

La Constitución del Ecuador, en su artículo 32, garantiza el derecho a la salud; un derecho que *“se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, **calidad**, eficiencia, eficacia, **precaución** y bioética, y enfoque de género y generacional”*

La Constitución además garantiza la gratuidad de la salud; un servicio público brindado a través de servicios de salud que según el artículo 362 de la carta magna *“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”*

El artículo 17 del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública atribuye a la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud la misión de garantizar: *“...**la calidad y mejora continua** de los servicios de salud que presta el Ministerio de Salud Pública, mediante la definición de estándares de **calidad**, infraestructura y equipamiento sanitario, para contribuir a mejorar la salud de la población; en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados”*

Asimismo, designa la misión al Director Nacional de Calidad de los Servicios de Salud de: *“Garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos”*

El Estado ejerce la rectoría del sector salud en el Ecuador y, de acuerdo con el artículo 361 de la Constitución lo hace a través de la autoridad sanitaria nacional, quien es la responsable de *“formular la política nacional de salud, que normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”*

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su calidad de autoridad sanitaria nacional, y en ejercicio de la atribución conferida por el artículo 154, numeral 1, de la Constitución de la República **aprobó**, a través del Acuerdo Ministerial N. 00000115, el “**Manual de Seguridad del Paciente – Usuario**” en el año 2016, además, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica de Salud indica: “*Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, dispuso su aplicación con el carácter obligatorio para el “Sistema Nacional de Salud”*”

Ámbito y beneficiarios del proyecto

Con la ejecución de este proyecto se pretende beneficiar directamente a los usuarios externos del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, en el que se brinda un promedio de 100 atenciones diarias. Esta casa de salud presta sus servicios a la población de Guaranda y Bolívar, constituyéndose en el hospital de referencia a nivel provincial.

Los beneficiarios indirectos lo constituyen los usuarios internos;

- Por un lado, quienes brindan atención directa al paciente conocerán las herramientas necesarias para generar los reportes y, con los resultados de los análisis podrán mejorar su actividad diaria y disminuir la ocurrencia de incidentes prevenibles.
- Por otro lado, el personal administrativo tendrá mejores fundamentos para realizar los análisis de eventos y poder generar planes de mejora más eficaces.

Justificación

El proceso de atención a pacientes tiene lugar dentro de una compleja red en la que intervienen varios actores interrelacionados e interdependientes, por lo que una adecuada comunicación y coordinación entre ellos es imprescindible.

En medio de toda esta red, la práctica médica no está exenta de errores, entendiendo error como una acción no intencionada. “*Es un accionar que en el momento se siente*

adecuado, pero al paso del tiempo, al mirar atrás el individuo se da cuenta de que lo realizado no está bien” (Fundación para la Seguridad del Paciente Chile, 2019)

En la actualidad el enfoque está en las fallas de los procesos más que en la falla del factor humano. La pregunta ¿qué ocurrió? es más oportuna que preguntarse ¿quién lo hizo?

Fundamentalmente, el concepto de la seguridad del paciente se centra en la prevención de errores médicos. Entender por qué se produce el error es prioritario. Para entender el porqué de un error debemos primero saber que se ha producido uno, pues muchos pasan desapercibidos ya que no provocan daño al paciente, otros quedan en la conciencia de quién lo cometió y otros no son reportados. (Institute for Healthcare Improvement, IHI, 2009)

El reporte de eventos adversos (llamados de un modo más genérico como **incidentes en seguridad del paciente**), es una práctica importante que permite conocer más a fondo la realidad de los servicios, identificar falencias y encontrar así oportunidades de mejora, a través del análisis de aquellos incidentes.

El propósito de una notificación es la acción que se adopta a partir de dicho aprendizaje con la finalidad de mejorar y prevenir nuevos eventos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016) La notificación de incidentes permite aprender de los errores y evitar su recurrencia ya que después de todo, *errar es humano*. (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. , 2000)

1.2. Descripción y análisis del problema

Descripción general

Es necesario comenzar el análisis del problema comprendiendo un concepto macro:

Calidad.

El concepto de calidad es bastante amplio. La industria ha estado familiarizada con la calidad desde mucho antes que los servicios de salud, al menos explícitamente. Donabedian menciona que, desde el punto de vista de la industria, el consumidor es

quien tiene la última palabra para definir calidad, basados en si “*el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas*” (Donabedian, 1993)

Concepto con el que coincide Saturno P: “*En general, la definición de calidad de un producto o servicio ha de hacerse en función de las necesidades y expectativas de quien lo recibe*” (Saturno-Hernández, 2015)

Por otro lado, el mismo Donabedian define a la calidad asistencial de la siguiente manera: “*Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes*” (Rosa, 2016)

La International Organization for Standardization (ISO) definió que: “*Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado*”

Por su parte la Organización Mundial de Salud (OMS) define: “*La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso*” (ESAN, 2016)

El concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta para los administradores, trabajadores y para los usuarios de un servicio.

Las dimensiones clave de la calidad son 4: competencia profesional, accesibilidad/equidad, atención centrada en el paciente (aceptabilidad) y **la seguridad del paciente.**

Según la OMS, a través de la el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (*International Classification for Safety Patient - ICSP*), define a la Seguridad del Paciente como “*La reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las*

nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.” (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Una revisión realizada por la Fundación para la Seguridad del Paciente de Chile, resume los resultados de varios estudios elaborados en algunos países para *tratar de determinar la incidencia de eventos adversos en sus hospitales: Australia, 1994 (13% de incidencia de eventos adversos); Reino Unido, 2000 (11%); Nueva Zelanda, 2001 (13%); Dinamarca, 2001 (9%); Canadá, 2004 (7,5%), España, 2006 – Estudio ENEAS- 9,3%; Latinoamérica, Cinco países – incluyendo Argentina- 2010. Estudio IBEAS, (12%).* (Fabia, 2018)

En octubre de 2004, la OMS lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de *“lograr mejoras importantes para los pacientes de países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, en todos los rincones del mundo”.* (Organización Mundial de la Salud)

La alianza surge a raíz de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (2002), en la que se reconoce a la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud ya que la incidencia de eventos adversos pone en peligro la calidad de la atención y compromete el desempeño de aquellos sistemas. Por tales razones la Asamblea instó a los estados miembros a:

- “1) Que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente;*
- 2) Que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”* (Organización Mundial de la Salud)

A partir de esta alianza se lanzaron importantes campañas de seguridad como “Manos limpias Salvan Vidas” y “Cirugía Segura Salva Vidas”, en esta última el listado de verificación de seguridad en la cirugía demostró reducir un tercio la morbilidad del paciente quirúrgico. (OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente, 2008)

En el Ecuador, El MSP lanzó el Manual de Seguridad del Paciente – Usuario a través del Acuerdo Ministerial 00000115 en el año 2016, como una respuesta a la creciente evidencia mundial de que la Seguridad del Paciente debe ser analizada como una prioridad de Salud Pública. En este Manual se indican los siguientes Principios Transversales de la Seguridad del Paciente:

- **Atención centrada en la persona**, con un enfoque al usuario y su satisfacción.
- **Alianza con el paciente y su familia**, con el fin de que los usuarios externos sean partícipes en los cuidados de su salud y prevención de eventos adversos, a través de una comunicación efectiva y protagonismo en la toma de decisiones
- **Alianza con el profesional y personal de la salud.** *“La seguridad del paciente no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a inobservancia, impericia, imprudencia, negligencia o exista intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal ecuatoriano. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente”*
- **Cultura de Seguridad**, hace referencia a un nuevo modo de ver y hacer las cosas, promoviendo un ambiente en que el que se desarrollen actividades de seguridad y en el que se puedan implantar planes de mejora. Hacer bien las cosas por ética, no porque alguien nos vigila.
- **Impacto**, mide los resultados obtenidos para saber si hemos alcanzado o superado nuestros objetivos
- **Liderazgo y trabajo en equipo**, elementos básicos para la gestión de la seguridad del paciente.
- **Visión sistémica y multicausal.** *“El enfoque en seguridad del paciente es sistémico y multicausal, en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores. El evento adverso, como tal, es resultado del sistema”* (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

Prácticas seguras

El manual recoge también diecisiete prácticas seguras, definidas así por estar enmarcadas dentro de la estructura o procesos de la organización y que minimizan la probabilidad de la ocurrencia de incidentes en seguridad del paciente.

Se dividen en tres grupos:

- **Prácticas Seguras Administrativas**

1. Identificación correcta del paciente.
2. Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

- **Prácticas Seguras Asistenciales**

1. Control de abreviaturas peligrosas.
2. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
3. Control de electrolitos concentrados.
4. Conciliación de medicamentos.
5. Administración correcta de medicamentos.
6. Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.
7. Profilaxis de trombo embolismo venoso.
8. Prevención de úlceras por presión.

Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales

1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
2. Prácticas quirúrgicas seguras.
3. Transferencia correcta de Información de los pacientes en puntos de transición.
4. Manejo correcto de las bombas de infusión.
5. Higiene de manos.
6. Prevención de caídas.

7. Educación en seguridad del paciente.

Incidentes en seguridad del paciente

Es cualquier situación en la que la intervención asistencial puede o no causar algún daño en el paciente, alcance o no al paciente, es decir todo aquello que pudiera afectar a la seguridad del paciente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016) Es un concepto genérico, y se pueden distinguir varios tipos de incidentes (Fundación para la Seguridad del Paciente Chile, 2019):

Casi evento adverso (“near miss” o “close call” o “cuasi evento”)

Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero, como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no llega al paciente, por lo tanto, no ocurre un daño en el paciente.

Incidente

Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, en este caso llega al paciente, pero, como resultado del azar, o de una intervención oportuna, no ocurre un daño en el paciente.

Evento adverso

Situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, consecuencias negativas para el mismo (daño asociado) y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad. Puede ser definido también como un incidente que produce daño al paciente. Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial, no por la patología de base.

Evento centinela:

Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico serio, de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente, que requiere tratamiento crónico o un cambio permanente de estilo de vida.

Notificación de incidentes/eventos relacionados con la seguridad del paciente

Es una de las prácticas seguras incluidas en el Manual de Seguridad del Paciente y es una estrategia reconocida mundialmente para el análisis, prevención y vigilancia de incidentes. (Fundación para la Seguridad del Paciente Chile, 2019)

La ICSP-OMS (*International Classification for Safety Patient*) define a la Notificación de Incidentes de la siguiente manera: “*Sistema instaurado en muchas organizaciones de atención sanitaria para recopilar y notificar incidencias adversas relacionadas con los pacientes, como errores de medicación y fallos de equipos. Se basa en informes individuales de incidentes. La eficacia de la notificación de incidentes es limitada por diversas razones, entre ellas, el temor a una acción punitiva, la renuencia de personal no médico a notificar incidentes que impliquen a médicos, el desconocimiento de lo que es un incidente notificable, y la falta de tiempo para los trámites.*” (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Según la misma ICSP-OMS los objetivos de la notificación son mejorar la atención en salud, identificar y corregir errores de los sistemas, evitar que los eventos pasados se repitan, contribuir a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos, ayudar a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes, mejorar la calidad, etc.

La notificación no implica solo dar a conocer que ocurrió un incidente, es todo un proceso de estandarización, formato, comunicación, retroalimentación, análisis, aprendizaje, respuesta y difusión del aprendizaje generado. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

Para que el reporte alcance su fin último debe enmarcarse en un Sistema de Notificación de Incidentes en Seguridad, mismo que debe cumplir varios requisitos.

- a) Definición organizacional de los eventos a vigilar. La organización deberá identificar cuáles incidentes se podrían o deberían vigilar. Implica la identificación y la gestión del riesgo.
- b) Fuentes de datos. Determinar dónde y cómo se obtendrán los datos que permitirán el cálculo de los indicadores de vigilancia.
- c) Canales de la información. Establecer con claridad: que, a quién y cómo reportar.

- d) Definir los responsables. Se debe definir los responsables de recibir, verificar, revisar los antecedentes del evento reportado, es decir, un equipo de análisis de incidentes. (Fundación para la Seguridad del Paciente Chile, 2019)

Luego de analizar esta revisión bibliográfica, se entiende que la Seguridad del Paciente necesita de una comunicación e interrelación activa entre todos los actores de la atención sanitaria; el éxito o fracaso en la gestión de riesgos y el mejoramiento continuo depende de este trabajo en equipo. La ICSP-OMS brinda un esquema que resume esta interacción. (Anexo 3)

“El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.” (4)

Magnitud del problema

En la década de los 90, la Escuela de Salud Pública de Harvard lanzó un estudio (Harvard Medical Practice Study), el cual reveló que *“4 de cada 100 pacientes internados sufrirían daños a consecuencia del accionar médico (eventos adversos), y que la mitad de estos podrían haber sido prevenidos”* (Fabia, 2018)

El ya clásico “To Err is Human” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicado a inicios del siglo XXI, informaba que en los Estados Unidos morían entre 44mil y 98 mil personas por errores médicos evitables. (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. , 2000)

A nivel mundial se estima que el 5 a 20% de los incidentes son reportados. Un motivo importante de reportes insuficientes es la tendencia a pensar que este es un mecanismo para culpar o castigar a quien notifica y no se lo entiende como una oportunidad para mejorar. (Institute for Healthcare Improvement, IHI, 2009) (Fundación para la Seguridad del Paciente Chile, 2019)

Árbol del Problema

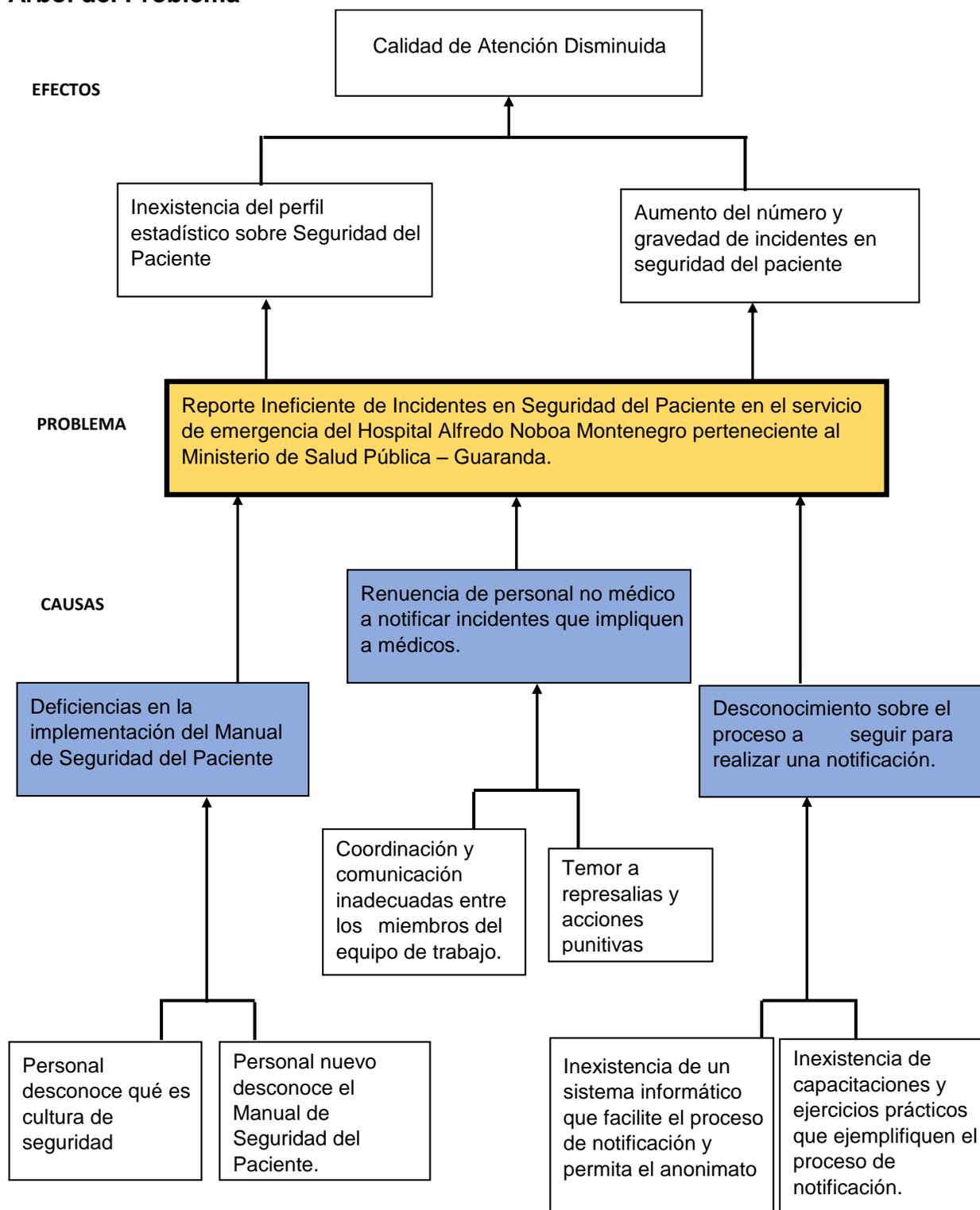


Figura 1. Árbol del Problema (Causa – Efecto)

Árbol de Objetivos

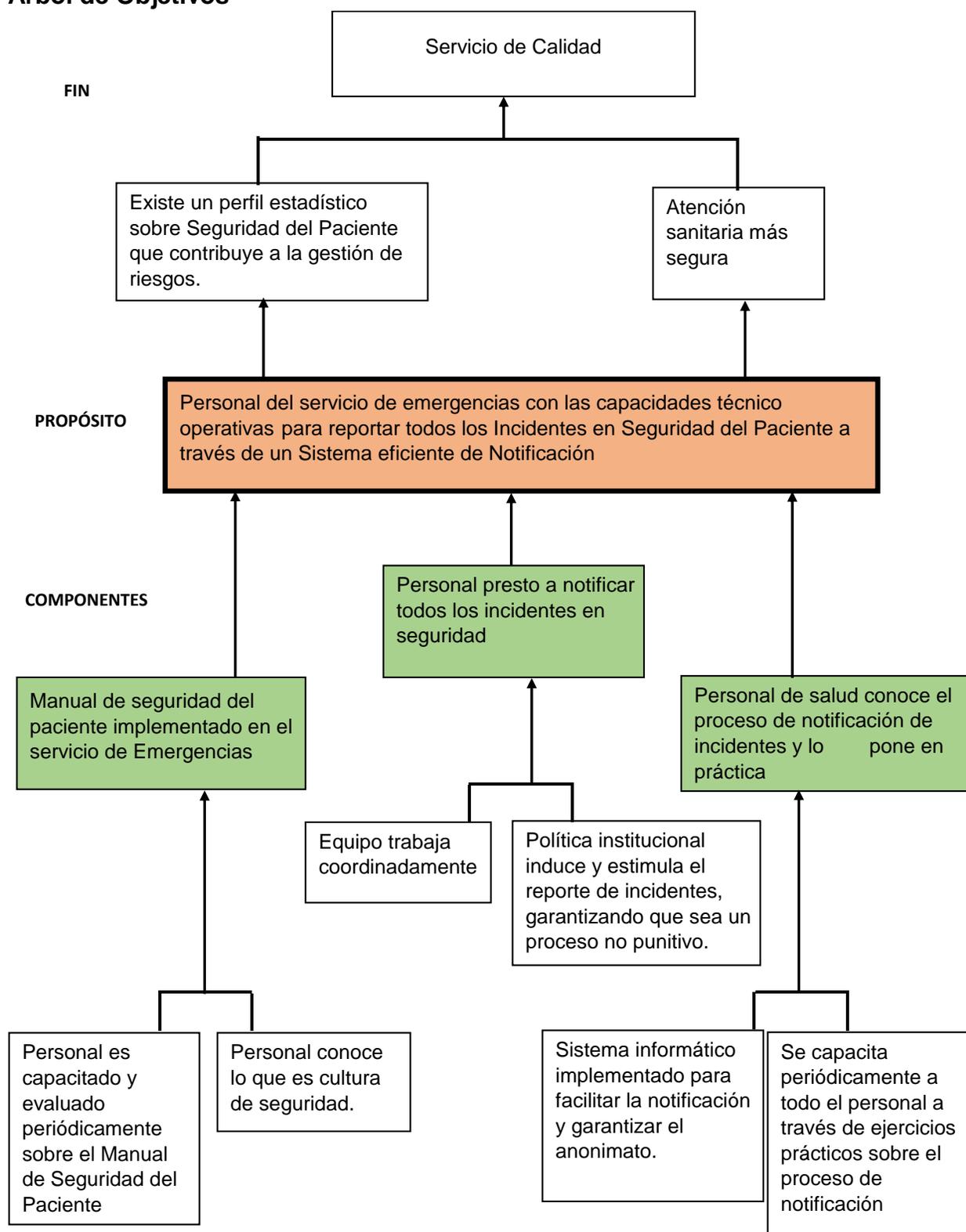


Figura 2. Árbol de Objetivos

1.3. Análisis de alternativas de solución

A continuación, se describen los criterios que se usarán para realizar el análisis de las alternativas de solución de cada objetivo (Alfonso, 2009):

Tabla 1. Criterios de priorización de Alternativas

CRITERIO	DEFINICIÓN
Recursos Disponibles	¿Existen recursos suficientes para alcanzar el propósito y componentes del proyecto?
Viabilidad institucional	¿Las autoridades de la institución apoyan la implementación del proyecto?
Intereses de los beneficiarios	¿Los beneficiarios están sumamente interesados en participar en la implementación del proyecto?
Sostenibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El proyecto aportará con innovaciones que permanecerán más allá del horizonte temporal del proyecto? • Condición que garantiza que los objetivos e impactos positivos de un proyecto de desarrollo perduren de forma duradera después de la fecha de su conclusión (Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, 2019)
Capacidad técnica física	¿La entidad ejecutora prevista tiene la capacidad física y técnica para ejecutar el proyecto?
Fuentes de financiamiento	¿El proyecto cuenta con las fuentes de financiamiento suficiente? Financiamiento interno, partida presupuestaria, etc.

No aplicable	0
Poco aplicable	1
Medianamente aplicable	2
Aplicable	3

Tabla 2. Análisis de Alternativas. Objetivo 1

Impulsar la implementación del Manual de Seguridad del Paciente – Usuario en el servicio de Emergencias.	Recursos	Viabilidad	Intereses	Sostenibilidad	Capacidad física técnica	Financiamiento	Total
Alternativa 1: Capacitación al personal de Emergencias en el tema de seguridad del paciente y cultura de seguridad para su implementación de forma adecuada.	2	2	2	2	3	2	13
Alternativa 2: Evaluaciones del cumplimiento de aplicación práctica del Manual de Seguridad del Paciente	2	3	1	2	3	2	13

Tabla 3. Análisis de Alternativas. Objetivo 2

Promover la notificación de incidentes por parte de todo el personal operativo	Recursos	Viabilidad	Intereses	Sostenibilidad	Capacidad física técnica	Financiamiento	Total
---	-----------------	-------------------	------------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------	--------------

Alternativa 1: Jornada de integración con los miembros del equipo de emergencias.	3	2	1	2	2	2	12
Alternativa 2: Capacitar a las autoridades de la institución en el tema de seguridad del paciente.	3	3	2	1	3	2	14

Tabla 4. Análisis de Alternativas. Objetivo 3

Organizar el proceso de notificación de incidentes en seguridad del paciente	Recursos	Viabilidad	Intereses	Sostenibilidad	Capacidad física técnica	Financiamiento	Total
Alternativa 1: Elaboración del documento electrónico para la notificación.	2	3	2	2	3	2	14
Alternativa 2: Capacitaciones teóricas y prácticas en el proceso de notificación	2	2	1	2	3	2	12

Luego de haber puntuado a las alternativas de acuerdo con la aplicabilidad de cada criterio, observamos homogeneidad en los resultados, siendo todas viables, sin embargo; se encuentran puntajes bajos en el criterio *Intereses de los Beneficiarios*, es decir; existiría poco interés en la implementación del proyecto. Por este motivo y, previo al inicio del proyecto, se debe trabajar en la motivación y compromiso de los involucrados para que aporten activamente al desarrollo de este.

2. Objetivos del proyecto

2.1. Objetivo General

Mejorar el reporte/notificación de incidentes en seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

2.2. Objetivos Específicos

- Impulsar la implementación del Manual de Seguridad del Paciente – Usuario en el servicio de emergencia.
- Promover la notificación de incidentes por parte de todo el personal administrativo y asistencial
- Organizar el proceso de notificación de incidentes en seguridad del paciente

3. Matriz del Marco Lógico

Tabla 5. Matriz del Marco Lógico

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p>FINALIDAD. Contribuir con el Hospital Alfredo Noboa a brindar un servicio de calidad</p>	<p>Manual de seguridad del paciente implementado y aplicado en el servicio de Emergencias.</p> <p>Equipo de gestión de riesgos conformado y funcionando</p>	<p>-Estadísticas hospitalarias</p> <p>-Estadísticas del departamento de epidemiología</p> <p>-Encuestas de satisfacción del usuario</p>	<p>Contar con las decisiones gerenciales que promuevan la continuidad de los procesos</p>
<p>PROPÓSITO. Personal del servicio de emergencia reporta todos los Incidentes en Seguridad del Paciente a través de un Sistema eficiente de Notificación</p>	<p>-Porcentaje de notificaciones cumplidas. Estándar: 100%</p> <p>INDICADOR: Número de incidentes reportados / Número de incidentes observados</p> <p>-Porcentaje de incidentes analizados en un plazo menor a siete días desde su notificación. Estándar: 90%</p> <p>INDICADOR: Número de incidentes analizados en plazo menor a 7d / Total de incidentes analizados x 100</p>	<p>Estadísticas de los equipos de Calidad y Docencia.</p> <p>Registros de reportes de incidentes</p>	<p>Líderes y miembros del equipo de Emergencias comprometidos con el proyecto. Trabajando mancomunadamente</p>

	<p>-Porcentaje de incidentes analizados que cuenten con un plan de acción elaborado, ejecutado y evaluado.</p> <p>Estándar: 100%</p> <p>INDICADOR: Número de incidentes analizados adecuadamente / Total de incidentes analizados x 100</p>		
COMPONENTES.			
<p>Manual de seguridad del paciente implementado en el servicio de emergencia</p>	<p>Porcentaje de personal entrenado y capacitado con evaluaciones óptimas (nota igual o superior a 8)</p> <p>Estándar: 80% INDICADOR: Número de personal capacitado y evaluado con notas iguales o superiores a 8/Total de personal capacitado y evaluado.</p>	<p>Documentos físicos de las evaluaciones que estarán bajo la custodia de Docencia.</p>	<p>Personal de emergencias comprometido con el mejoramiento de la calidad; que participen activamente en las capacitaciones y rindan las evaluaciones</p>
<p>Personal presto a notificar todos los incidentes en seguridad del paciente</p>	<p>Porcentaje de incidentes reportados por personal de enfermería. INDICADOR: Número de incidentes reportados por enfermería/Total de incidentes reportados*100). Estándar: Se espera un porcentaje entre 40 – 60%. Si es mayor,</p>	<p>Documentos físicos y electrónicos que estarán bajo la custodia del equipo de Calidad.</p>	

	podríamos deducir que los médicos no estarían reportando los incidentes, Si es menor, ocurriría lo contrario.		
Personal de salud conoce el proceso de notificación de incidentes y lo pone en práctica	-Porcentaje de incidentes reportados correctamente. Estándar: 90% INDICADOR: Número de notificaciones correctamente llenadas en un mes/Total de notificaciones en el mes*100). Medición mensual.	-Documentos físicos y electrónicos que estarán bajo la custodia del equipo de Calidad.	

ACTIVIDADES:

COMPONENTE 1: Manual de seguridad del paciente implementado en el servicio de Emergencias	
ACTIVIDAD	ACCIONES
Capacitación al personal de emergencia en el tema de seguridad del paciente y cultura de seguridad para su implementación de forma adecuada.	-Capacitaciones quincenales en los distintos temas del Manual de Seguridad del Paciente. (1 hora de duración). Esta actividad tendrá como prerrequisito la lectura del Manual mencionado. -Evaluaciones luego de cada capacitación -Talleres de aprendizaje

Evaluaciones del cumplimiento de aplicación práctica del Manual de Seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> -Chequeo del correcto lavado de manos -Chequeo de la correcta identificación del paciente <p>Estas acciones se realizarán en el servicio mediante observación directa, una vez por mes luego de haber culminado todas las capacitaciones.</p>
COMPONENTE 2: Personal presto a notificar todos los incidentes en seguridad	
ACTIVIDAD	ACCIONES
Jornada de integración con los miembros del equipo de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión con equipo de psicología para planificar jornada de integración con los miembros del equipo de emergencia. -Psicología preparará una actividad para integrar al personal, idealmente en un espacio fuera del hospital durante una mañana o una tarde con la autorización de gerencia.
Capacitar a las autoridades de la institución en el tema de seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> -Jornada de capacitación haciendo hincapié en la notificación de incidentes. (2-3 horas de duración) -Proyección de videos sobre seguridad del paciente y cultura de seguridad (Ej.: Caso Vincristina). (1 hora de duración) <p>El propósito de estas acciones es estimular a que la organización promueva un clima de confianza para entender a la notificación como una oportunidad para mejorar y no como un mecanismo de castigo.</p>
COMPONENTE 3: Personal de salud conoce el proceso de notificación de incidentes y lo pone en práctica	

ACTIVIDAD	ACCIONES
<p>Elaboración de Documento electrónico para la notificación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión con el Equipo de TICs (Tecnología de la Información y Comunicación) con el propósito de definir los contenidos y características que deberá contener el documento. En la misma reunión se designará el equipo humano que participará en la elaboración. - Elaboración propiamente dicha. Plazo 4 semanas. -Capacitación a cargo de TICs sobre el uso del documento y retroalimentación. -Prueba piloto: se realizará durante un día y deberá ser luego de la capacitación. Documento deberá estar disponible en la página web del hospital para descargarlo, llenarlo y enviarlo al equipo de calidad, sin necesidad de imprimirlo ni firmarlo.
<p>Capacitaciones teóricas y prácticas en el tema de: proceso de notificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Jornadas de capacitación a un número máximo de 10 personas cada día (1 hora) hasta completar el 100% del personal. -Evaluaciones sobre los contenidos de las capacitaciones, estas se realizarán luego de haber capacitado al 100% del personal y luego de la prueba piloto del documento electrónico para la notificación.

4. Estrategias Generales

Componente 1: Manual de seguridad del paciente implementado en el servicio de Emergencias.

Las actividades para lograr este objetivo son:

- Capacitación al personal de emergencias en el tema de seguridad del paciente y cultura de seguridad para su implementación de forma adecuada.
- Evaluaciones del cumplimiento de aplicación práctica del Manual de Seguridad del Paciente

Estrategias:

- Definir previamente los temas a tratar en cada capacitación. Se tomará una corta prueba al inicio de la reunión como prerrequisito, lo que estimulará la lectura previa de los contenidos definidos y mejorará la participación de los asistentes.
- Los talleres de aprendizaje serán prácticos. Se formarán grupos para que preparen actividades que se las desarrollará durante el taller. Por ejemplo, un grupo se encargará de elaborar una dinámica sobre la higiene de manos, deberán indicar a los demás asistentes la manera correcta de lavarse las manos y los conceptos principales del tema.
- Las evaluaciones del cumplimiento práctico se las realizará en compañía de varios miembros del equipo de emergencia para fortalecer sus conocimientos y fomentar una retroalimentación positiva entre los compañeros de trabajo. En cada evaluación participarán diferentes personas del equipo para que todos puedan ser evaluados y evaluadores.
- Las evaluaciones teóricas estarán a cargo del departamento de docencia, quienes formularán las preguntas de acuerdo con los temas que se han tratado en las capacitaciones y los talleres. Además, varias preguntas deberán ser formuladas por los mismos asistentes lo que estimulará la participación y el compromiso con las reuniones.

Componente 2: Personal presto a notificar todos los incidentes en seguridad

Las actividades para lograr este objetivo son:

- Jornada de integración con los miembros del equipo de emergencias.
- Capacitar a las autoridades de la institución en el tema de seguridad del paciente.

Estrategias:

- La jornada de integración será previamente planificada en una reunión de trabajo entre los ejecutores del proyecto y el equipo de psicología del hospital. En la misma se expondrán los detalles del proyecto, propósito y fin que se quieren alcanzar, para que la jornada sea preparada en armonía con los objetivos y poder obtener los mayores beneficios.
- Se planificará una reunión con las autoridades de la institución, previo a la socialización del proyecto. En esta reunión se darán a conocer aspectos fundamentales del plan y de las capacitaciones sobre temas de seguridad del paciente. Se establecerán fechas y horarios para las capacitaciones, con la finalidad que sean agendadas y garantizar la participación de todos.
- La fecha y hora para la jornada de integración deberá ser definida entre los líderes del servicio y las autoridades de la institución, buscando un horario factible y que garantice la asistencia de todos los involucrados.

Componente 3: Personal de salud conoce el proceso de notificación de incidentes y lo pone en práctica

Las actividades para lograr este objetivo son:

- Elaboración del documento electrónico para la notificación.
- Capacitaciones teóricas y prácticas en el tema de: proceso de notificación

Estrategias:

- En la primera reunión con el equipo de Tecnología de la Información y Comunicación (TICs) se definirá un calendario de actividades con los responsables de cada una y fechas de cumplimiento con el propósito de evitar retrasos en el cronograma general del proyecto. En la misma reunión deberán

quedar claros los contenidos del documento electrónico, para esto se dará una capacitación corta y sencilla sobre el tema de notificación de incidentes y seguridad del paciente.

- Una vez que el documento esté listo, se deberá capacitar al personal. Para esta actividad se procurará la asistencia de todo el personal por lo que se sugerirá realizar los martes, día en el que el departamento de docencia programa las capacitaciones. Una vez finalice la jornada académica, procederemos con las actividades del proyecto.
- Luego de las capacitaciones, se deberá realizar una prueba piloto. El objetivo es que todo el personal realice al menos un ejercicio de llenado del documento electrónico y se puedan evidenciar posibles falencias. En vista que no se puede contar con un computador por persona, la prueba piloto deberá ser ejecutada a diferentes horas y se solicitará para quienes sea posible, lleven su computador personal.
- Las capacitaciones teóricas en el tema: proceso de notificación, deberán ser realizadas mientras TICs diseña el documento electrónico, con la finalidad de que el personal ya tenga los conocimientos suficientes y empiece a utilizar la herramienta informática desde el primer día de su implementación, además de que pueda brindar aportes para mejorar el instrumento durante la prueba piloto del mismo.

5. Plan de actividades y Cronograma Gantt

- A. Socialización del proyecto con todos los actores involucrados: autoridades de la institución, líderes del servicio de Emergencias, médicos, enfermeras y personal administrativo.**

Componente 1: Manual de seguridad del paciente implementado en el servicio de emergencia

Actividades:

- B. Capacitación al personal de emergencia en el tema de seguridad del paciente y cultura de seguridad para su implementación de forma adecuada.**

Acciones:

B.1. Capacitaciones quincenales en los distintos temas del Manual de Seguridad del Paciente. (1 hora de duración). Esta actividad tendrá como prerrequisito la lectura del Manual mencionado.

B.2. Evaluaciones luego de cada capacitación

B.3. Talleres de aprendizaje

- C. Evaluaciones del cumplimiento de aplicación práctica del Manual de Seguridad del Paciente.**

Acciones:

C.1. Chequeo del correcto lavado de manos

C.2. Chequeo de la correcta identificación del paciente

Componente 2: Personal presto a notificar todos los incidentes en seguridad del paciente

Actividades:

D. Jornada de integración con los miembros del equipo de emergencias.

Acciones:

D.1. Reunión con equipo de psicología para planificar jornada de integración con los miembros del equipo de emergencias.

D.2. Psicología preparará una actividad para integrar al personal, idealmente en un espacio fuera del hospital durante una mañana o una tarde con la autorización de gerencia.

E. Capacitar a las autoridades de la institución en el tema de seguridad del paciente.

Acciones:

E.1. Jornada de capacitación haciendo hincapié en la notificación de incidentes. (2-3 horas de duración)

E.2. Proyección de videos sobre seguridad del paciente y cultura de seguridad (Ejemplo: Caso Vincristina). (1 hora de duración)

Componente 3: Personal de salud conoce el proceso de notificación de incidentes y lo pone en práctica

Actividades:

F. Elaboración de Documento electrónico para la notificación.

Acciones:

F.1. Reunión con el equipo de TICs con el propósito de definir los contenidos y características que deberá contener el documento. En la misma reunión se designará el equipo humano que participará en la elaboración.

F.2. Elaboración del documento. Plazo 4 semanas.

F.3. Capacitación a cargo de TICs sobre el uso del documento y retroalimentación.

F.4. Prueba piloto: se realizará durante un día y deberá ser luego de la capacitación. Documento deberá estar disponible en la página web del hospital para descargarlo, llenarlo y enviarlo al equipo de calidad, sin necesidad de imprimirlo ni firmarlo.

G. Capacitaciones teóricas y prácticas en el tema de: proceso de notificación

Acciones:

G.1. Jornadas de capacitación a un número máximo de 10 personas cada día (1 hora) hasta completar el 100% del personal.

G.2. Evaluaciones sobre los contenidos de las capacitaciones, estas se realizarán luego de haber capacitado al 100% del personal y luego de la prueba piloto del documento electrónico para la notificación.

H. Comunicación de resultados

H.1. Procesamiento y análisis de datos. Elaboración de informe y Presentación en PowerPoint.

H.2. Comunicación de resultados

6. Organización para la Gestión del Proyecto

En este capítulo se establece la distribución de roles y tareas a los involucrados en el proyecto y asignación a cada uno de ellos las líneas y niveles claros de coordinación, comunicación.

Seguiremos cinco pasos para el diseño de la organización del proyecto (Alfonso, 2009):

6.1. Identificar el trabajo a realizar

Denominaremos gerentes a cada uno de los responsables; se ha considerado pertinente que el presente proyecto debe contar con un gerente encargado del propósito y coordinación general del proyecto, un gerente para los primeros dos componentes y un tercer gerente para el último componente, distribuidos de acuerdo con el siguiente esquema:

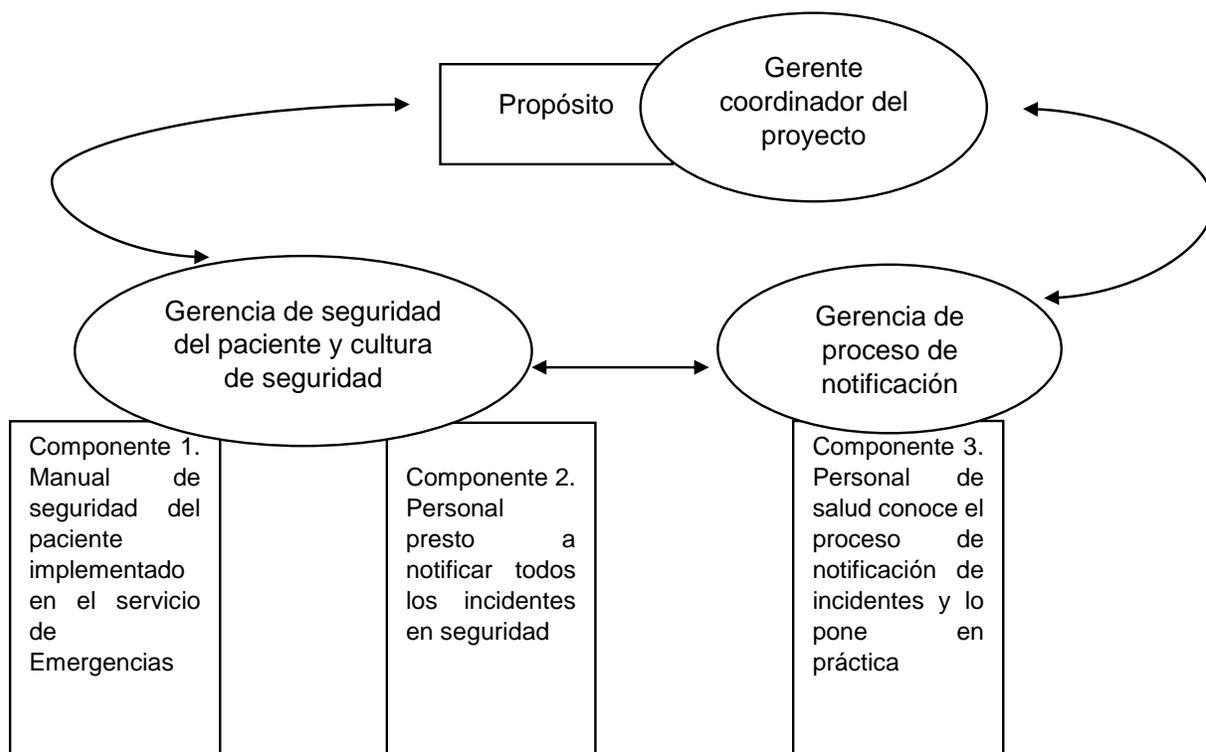


Figura 3. Estructura Analítica del Proyecto

6.2. Ajustar la estructura analítica del proyecto

Tal como se ejemplifica en el esquema anterior, el proyecto contará con tres gerentes. Se ha decidido colocar una sola gerencia para los componentes de implementación del manual de seguridad y de notificación de eventos, pues las actividades son complementarias y coinciden en el tiempo, tal como se indicó en el cronograma del proyecto. El último componente se refiere específicamente al proceso de notificación e incluye el desarrollo de una herramienta digital, por lo que necesita de una gerencia exclusiva para dar impulso a las actividades.

6.3. Definir las responsabilidades

El gerente coordinador tendrá como función principal cumplir el propósito del proyecto, lo que conlleva implícitamente verificar el desarrollo y cumplimiento de las actividades de cada componente.

Los dos gerentes de los componentes deberán coordinar las acciones necesarias para desarrollar las actividades, comprobando el cumplimiento de cada una de ellas y llevando a cabo la revisión de los indicadores que demuestren el logro de las metas a través de los medios de verificación previamente definidos.

Tabla 7. Asignación de responsabilidades a Gerentes del Proyecto

Gerencia	Responsabilidades
Gerente Coordinador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcanzar el propósito del proyecto ▪ Coordinar el trabajo con las demás gerencias para el desarrollo de las actividades. ▪ Ser el vocero e intermediario entre las autoridades de la institución y los miembros del proyecto. ▪ Llevar a cabo la verificación del cumplimiento de los indicadores previamente definidos.

<p>Gerente de seguridad del paciente y cultura de seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinar el desarrollo de acciones y actividades de los dos primeros componentes del proyecto. ▪ Llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las metas a través de los indicadores específicos para los componentes. ▪ Informar los avances, problemas, observaciones de cada actividad al gerente coordinador.
<p>Gerente de proceso de notificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinar el desarrollo de acciones y actividades del tercer componente del proyecto. ▪ Coordinar el trabajo con el equipo de TICs para el desarrollo de la herramienta digital y supervisar su cumplimiento. ▪ Llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las metas a través de los indicadores específicos para el componente. ▪ Informar los avances, problemas, observaciones de cada actividad al gerente coordinador.

6.4. Establecer las relaciones entre el equipo

El proyecto estará basado en un trabajo de equipo, siendo la comunicación y la coordinación los pilares fundamentales para el desarrollo exitoso del trabajo.

Los tres gerentes deberán participar en la primera actividad del proyecto: socialización. También deberán participar en la jornada de integración del equipo de emergencias.

Además, trabajarán conjuntamente en el proceso de verificación del cumplimiento de indicadores.

El Gerente coordinador deberá también colaborar con todas las actividades de los componentes. La gerencia de seguridad del paciente y cultura de seguridad deberá colaborar con la gerencia de proceso de notificación en el desarrollo de la prueba piloto del documento digital de notificación, con el objetivo de subsanar los eventuales contratiempos que se presentaren.

6.5. Definir concordancia con los lineamientos de política nacional e inserción institucional

Tal como se indicó en el planteamiento del problema, el presente proyecto está articulado con las políticas locales y alineado a la creciente necesidad mundial sobre mejorar la Seguridad del Paciente en la atención sanitaria. Esto ayuda a la ejecución y sostenibilidad del proyecto. Además, ayudará a fortalecer y mejorar la implementación de las Prácticas Seguras que permitieron al Hospital Alfredo Noboa Montenegro lograr la “Acreditación Canadá” (2015 - 2018).

A continuación, se resumen las principales legislaciones nacionales sobre Calidad en Servicios de Salud y Seguridad del Paciente:

Tabla 8. Lineamientos de la política nacional

Legislación, Normativa	Contenido
Constitución de la República	Artículo 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, a alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

	<p>El Estado garantizará el derecho a la salud 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; el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional.</p> <p>Artículo 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.</p>
<p>Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública</p>	<p>Artículo 17. Garantizar la calidad y mejora continua de los servicios de salud que presta el Ministerio de Salud Pública, mediante la definición de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, para contribuir a mejorar la salud de la población; en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados</p>
<p>Ministerio de Salud Pública Acuerdo nro. 00000115 Apruébese el "Manual Seguridad del Paciente - Usuario"</p>	<p>El Manual de Seguridad del Paciente define las prácticas seguras a implementarse en los procesos de atención de salud, por todos los actores del "Sistema Nacional de Salud"</p>

7. Monitoreo y Evaluación

Tabla 9. Monitoreo y Evaluación

Objetivos	Indicador	Fórmula del indicador	Periodicidad de medición	Responsable
PROPÓSITO. Personal del servicio de emergencias reporta todos los Incidentes en Seguridad del Paciente a través de un Sistema eficiente de Notificación	Porcentaje de notificaciones cumplidas.	Número de incidentes reportados / Número de incidentes observados. Estándar: 100%	Mensual	Gerente Coordinador
	Porcentaje de incidentes analizados en un plazo menor a siete días desde su notificación.	Número de incidentes analizados en plazo menor a 7d / Total de incidentes analizados x 100 Estándar: 90%	Trimestral	Gerente Coordinador
	Porcentaje de incidentes analizados que cuenten con un plan de acción elaborado, ejecutado y evaluado.	Número de incidentes analizados adecuadamente / Total de incidentes analizados x 100 Estándar: 100%	Mensual	Gerente Coordinador

COMPONENTES				
Manual de seguridad del paciente implementado en el servicio de Emergencias	Porcentaje de evaluaciones aprobadas del tema: Manual de Seguridad del Paciente.	de personal capacitado y evaluado con notas iguales o superiores a 8 / Total de personal capacitado y evaluado. Estándar: 80%	Trimestral	Gerente Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad
Personal presto a notificar todos los incidentes en seguridad del paciente	Porcentaje de incidentes reportados por personal de enfermería	Incidentes reportados por enfermería / Total de incidentes reportados*100). Estándar: 40 - 60%	Trimestral	Gerente Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad
Personal de salud conoce el proceso de notificación de incidentes y lo pone en práctica	Porcentaje de incidentes reportados correctamente.	Número de notificaciones correctamente llenadas en un mes / Total de notificaciones en el mes*100 Estándar: 90%	Mensual	Gerente Proceso de Notificación

8. Presupuesto y financiamiento

Tabla 10. Presupuesto

Ítem	Detalle	Desglose	Valor (USD)
Honorarios profesionales	Gerentes del proyecto	Salario mensual de los tres gerentes: USD 5600 Tiempo de trabajo: 6 meses	33600
	Equipo de Tecnología de información	Salario mensual del equipo de TICs: USD 3000 Tiempo de trabajo: 1 mes	3000
	Equipo de Psicología	Salario mensual del equipo de psicología USD 2000 Tiempo de trabajo: 1 mes	2000
Equipos e Insumos	Retroproyector	Precio Unitario: USD 1000 Cantidad: 1	1000
	Celulares	Precio Unitario: USD 400 Cantidad: 3	1200
	Material de oficina/Papelería		1000
	Sillas, mesas de oficina	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas ergonómicas Precio unitario: USD 100 Cantidad: 10 • Mesas de oficina Precio unitario: USD 100 Cantidad: 4 • Mesa de reuniones Precio unitario: USD 600 Cantidad: 1 	2000
	Computadores	Precio unitario: USD 900 Cantidad: 5	4000
Total			47800

Todos los responsables del proyecto forman parte de la nómina de trabajadores del hospital, por lo tanto, los honorarios profesionales estarán financiados con la partida presupuestaria de la institución.

Los equipos tecnológicos y de oficina serán los asignados por la misma institución. De acuerdo con el departamento de *Activos Fijos*, todos los responsables del proyecto poseen computador, escritorio, sillas y demás material de oficina.

9. Bibliografía

- Alfonso, N. (2009). *Guía Para la Formulación de Proyectos en Salud, Marco Lógico*. Perú.
- Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. (2019). *Sostenibilidad de un proyecto*. País Vasco.
- Donabedian. (1993). Quality assessment: The industrial model. Traducción al español. *Salud Pública de México*, Vol. 35.
- ESAN. (2016). *Los diferentes conceptos de calidad en salud*. Perú.
- Fabia, V. (2018). Seguridad del Paciente: Estado Actual. *Revista Chilena de Seguridad del Paciente*, 6 - 17.
- Fundación para la Seguridad del Paciente Chile. (2019). Análisis de Incidentes en Seguridad del Paciente. *¿Cómo Analizar Eventos Adversos y Centinelas?*, (pág. 6). Chillán.
- Fundación para la Seguridad del Paciente Chile. (2019). Sistemas de Reportes y Gestión de Riesgos. *¿Cómo analizar eventos adversos y centinelas?*, (pág. 1). Chillán.
- Fundación para la Seguridad del Paciente Chile. (2019). Taxonomía en Seguridad del Paciente. *¿Cómo analizar eventos adversos y centinelas?*, (págs. 3, 4). Chillán.
- Institute for Healthcare Improvement, IHI. (2009). *Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events*. Massachusetts.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. . (2000). *To Err is Human, Building a Safer Health System*. USA.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Manual de Seguridad del Paciente - Usuario*. Ecuador.
- OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. (2008). *La cirugía segura*.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.*

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Seguridad del Paciente, Pacientes en defensa de su Seguridad.*

Rosa, S. (2016). La Calidad de la Atención. *Centres de Profunds de Catalunya, Ponencias y Jornadas.* Cataluña.

Saturno-Hernández. (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud.* Cuernavaca, México.

10. Anexos

Anexo 1: Niveles de acreditación de la *Accreditation Canada International*



Nivel Oro

Marca los elementos básicos y fundamentales de la calidad y seguridad.

Nivel Platino

Se concentra en el cuidado del usuario y en la consistencia de entrega del servicio.

Nivel Diamante

Se monitorean los resultados como evidencia de la implementación de recomendaciones para mejorar el servicio a los usuarios.

NIVEL ORO	NIVEL PLATINO
Higiene de manos	Transferencia de la información del paciente en los puntos de transición
Educación sobre la higiene de manos	Administración antimicrobiana
Verificación del paciente	Seguridad en relación con la heparina
Programa de mantenimiento preventivo	Medicamento de alto riesgo
Notificación de eventos adversos	Capacitación en bombas de infusión
Informes trimestrales de seguridad del paciente	Seguridad de narcóticos
El papel del paciente y la familia en materia de seguridad	Profilaxis con antibióticos durante la cirugía
Plan de seguridad del paciente	Cumplimiento de higiene de manos
Abreviaturas peligrosas	Prácticas seguras de inyección
Prácticas quirúrgicas seguras	Estrategia de prevención de caídas
Control de electrolitos concentrados	Evaluación de riesgo de seguridad en casa
Capacitación en seguridad del paciente	Prevención de úlceras por presión
Directrices para el control de infecciones	Prevención de suicidio
Reprocesamiento	Profilaxis de tromboembolia venosa
NIVEL DIAMANTE	
Análisis prospectivo relacionado con la seguridad del paciente	
Conciliación de la medicación como una prioridad estratégica	
Conciliación de la medicación al ingreso	
Tasas de infección	

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. <https://www.htmc.gob.ec/index.php/seguridad-paciente/acreditacion-canada>

Anexo 2:

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO**ENCUESTA – SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Identifique la respuesta correcta de cada enunciado (hay una sola respuesta correcta)

Evento adverso es: a) evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.

b) lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

c) error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.

Evento centinela es: a) evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.

b) lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

c) Todo evento adverso que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente

Las prácticas seguras o Prácticas Organizacionales Requeridas (POR) son procesos que reducen la probabilidad de eventos adversos y son de tres tipos: administrativas, asistenciales y administrativas/asistenciales. Mencione dos prácticas de cada tipo:

Administrativas:

Asistenciales:

Administrativas asistenciales:

En caso de que Ud sea designad@ como responsable de identificar a pacientes,

a) ¿En qué circunstancias colocaría el brazalete de identificación?

b) ¿En qué circunstancias realizaría verificación cruzada?

Servicio	¿Coloca brazalete? SI/NO	¿Realiza verificación cruzada? SI/NO
Consulta Externa		
Hospitalización		
Laboratorio		
Observación		
Emergencias		
Imagen		
Farmacia		

Durante sus horas de trabajo en el hospital, considera que ud y sus compañer@s cumplen con las Prácticas Seguras:

a) Siempre

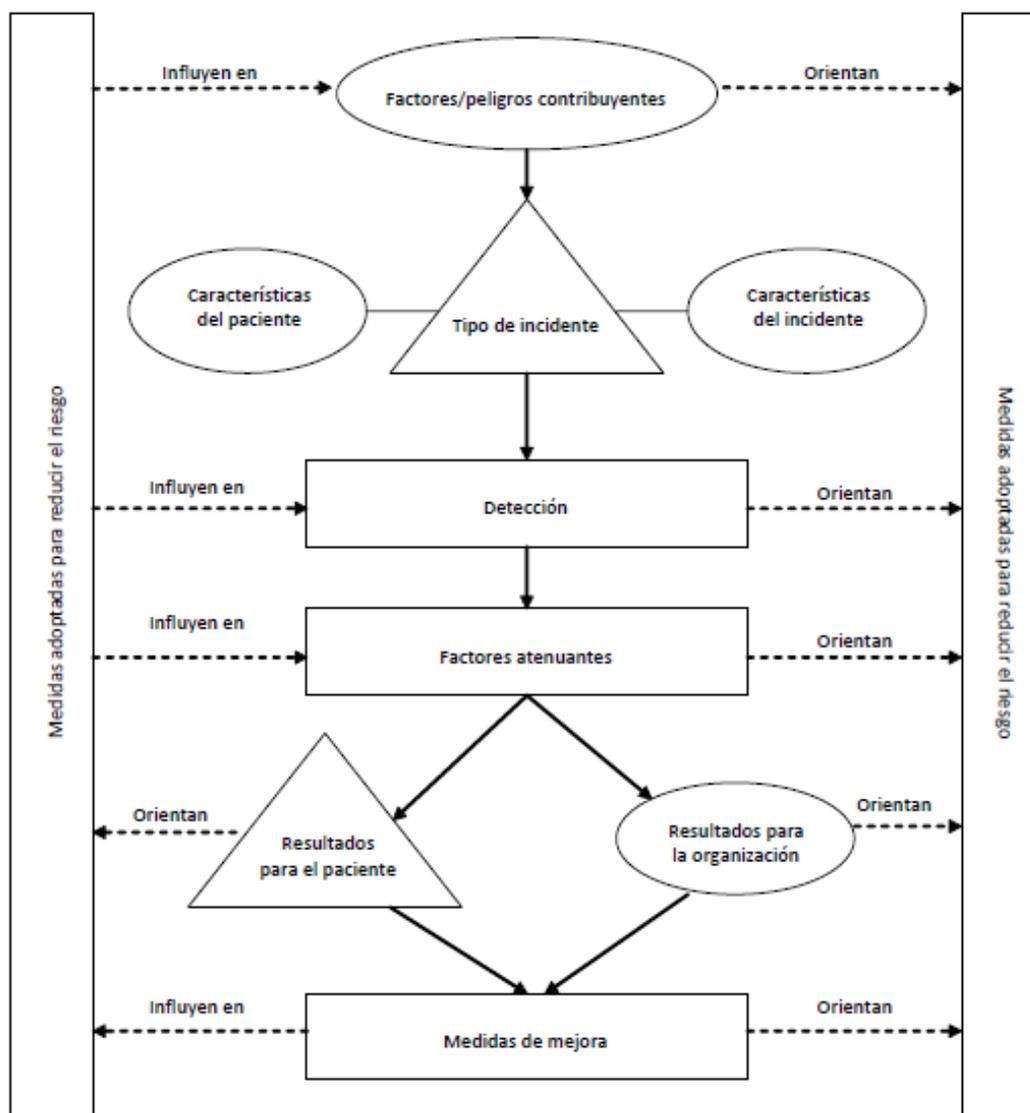
b) Casi siempre

c) A veces sí, a veces no

d) Casi nunca

e) Nunca

Anexo 3: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente



- Resiliencia del sistema (evaluación proactiva y reactiva del riesgo)
- Categorías reconocibles y clínicamente pertinentes para la identificación y localización de incidentes
- Información descriptiva

Las líneas continuas representan las relaciones semánticas entre clases. Las líneas de puntos representan el flujo de información.