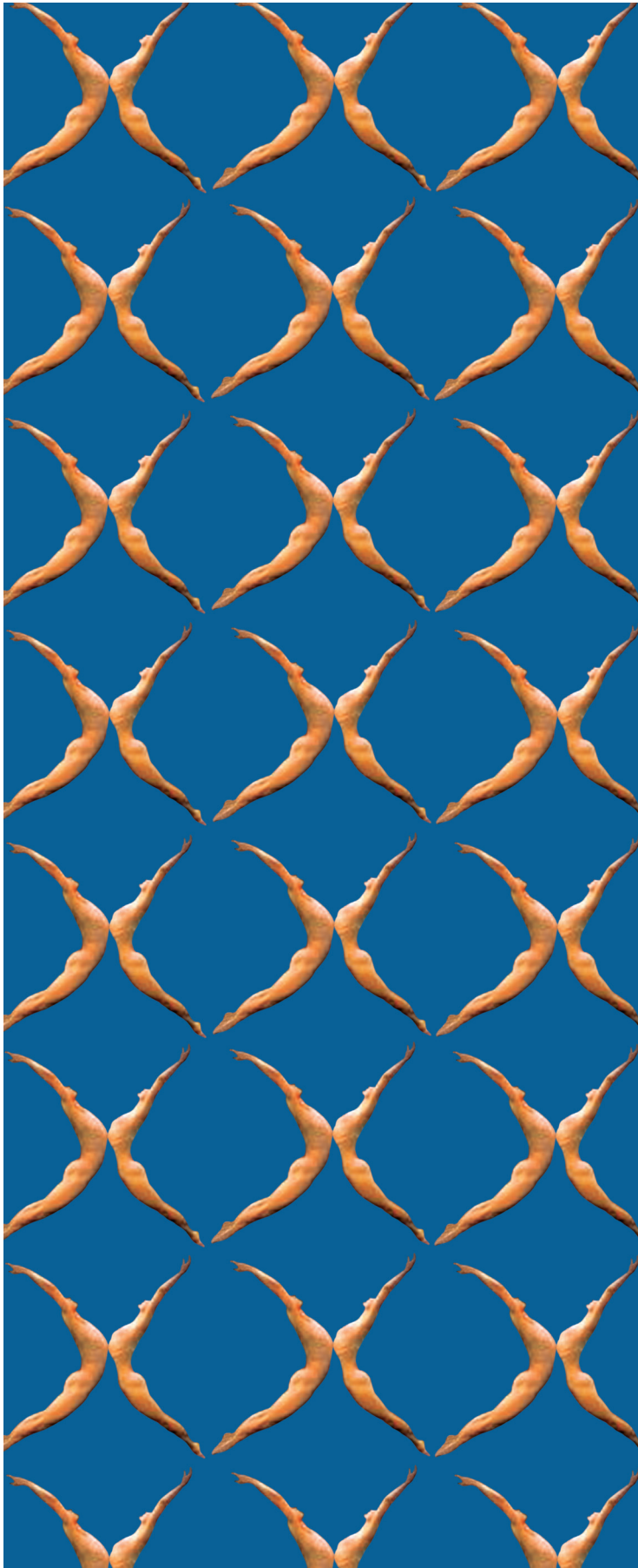


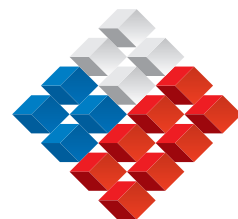
SERIE CUADERNOS DE REDES N° 23



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

# Metodología:

Elaboración de planes de mejora continua para la gestión de la calidad



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

# Metodología:

Elaboración de planes  
de mejora continua para  
la gestión de la calidad

**Subsecretaria de Redes Asistenciales**  
**Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente**  
**Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA)**  
**2009**

*Elaborado por:*

**Dr. Miguel Araujo Alonso.** Consultor.

*Comité editor:*

**Dr. Luis Vera Benavides,**

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.

**Sra. Patricia Kraemer Gómez,**

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.

Investigación comisionada 2008. Licitación de estudio y contraparte técnica a cargo de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.

# Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	
3. MÉTODOS	
4. GUÍA METODOLÓGICA PARA LA GENERACIÓN DE PLANES DE MEJORA	6
A. Introducción	
B. Objetivos	
C. Alcance de la Guía	
Usuarios a los que está dirigida la guía	
Ámbitos de aplicación de la guía	
Aspectos excluidos de la guía	
D. Recomendaciones	
Flujograma	
<b>I. Anticipar los problemas: Condiciones mínimas que debe cumplir el sistema de gestión de calidad del establecimiento</b>	<b>11</b>
A. Componentes estructurales del sistema de calidad	
a. Manuales de procedimientos, protocolos, planes y programas institucionales de carácter documental	
b. Sistemas de registro	
c. Estructuras organizativas	
B. Evaluación de procesos del sistema de gestión de calidad	
<b>II. La evaluación sugiere la existencia de un problema de calidad:</b>	
<b>Interprete correctamente los resultados</b>	<b>15</b>
A. Consideraciones generales sobre el uso de indicadores	
i. Indicadores de proceso	
ii. Indicadores de resultado	
B. Interpretación de los indicadores	
C. Conclusiones	
Referencias	

### **III. Los resultados parecen confiables: Identifique las causas que podrían explicar el problema 21**

- a. Falta de conocimiento
- b. Desacuerdo
- c. Falta de autosuficiencia
- d. Falta de expectativas sobre los resultados / balance de costo-beneficio
- e. Inercia de la práctica previa
- f. Características del documento que describe las prácticas a seguir y de los instrumentos de registro
- g. Barreras relacionadas con el paciente
- h. Barreras relacionadas con el entorno
- i. Barreras organizativas
- j. La “curva de aprendizaje”
- k. Conclusiones

### **IV. Las causas potenciales han sido identificadas: Decida cómo enfrentarlas**

#### **y seleccione las intervenciones que podrían utilizarse 27**

- 1. Estructura del plan de mejora
- 2. Objetivos/resultados esperados
- 3. Actividades del plan de mejora
  - 3.1 Corrección de factores estructurales
  - 3.2 Intervenciones generales recomendadas para mejorar la calidad
- 3. Intervenciones específicas para contrarrestar las barreras y factores causales detectados
- 4. Cronograma de ejecución
- 5. Presupuesto

### **V. Las medidas han sido adoptadas:**

#### **Planifique el seguimiento y evaluación de resultado de los planes de mejora 35**

- a. Monitoreo y evaluación de las actividades del plan
  - b. Evaluación del impacto del plan
- Referencias
- Ejemplo de Caso: Evaluación pre-anestésica 37

**ANEXO 1:** Síntesis de evidencia sobre metodologías e intervenciones para el diseño y aplicación de planes para mejorar la calidad en establecimientos de salud 41

**ANEXO 2:** Componentes estructurales específicos del sistema de calidad 51

**ANEXO 3:** Evaluación de procesos específicos del sistema de gestión de la calidad 59

## 1. Introducción

En el marco de la Reforma de la Salud, está la Autorización Sanitaria, cuyo objetivo es implementar las herramientas necesarias para que los establecimientos cumplan con los requisitos mínimos de estructura y organización y la Acreditación. En ese sentido, el énfasis está puesto en la evaluación y mejoría continua de los procesos asistenciales.

El Ministerio de Salud, tiene la responsabilidad de generar estándares de evaluación que deberán ser cumplidos por los establecimientos, y apoyar a las redes asistenciales en la implementación de medidas efectivas para el cumplimiento de los estándares creados. En el desarrollo de una cultura de calidad efectiva al interior de sistema, en pos del objetivo final de estas medidas, que es proporcionar una atención de salud más segura a la población, con un mínimo de eventos adversos evitables.

En ese contexto, este estudio será una herramienta de apoyo a los establecimientos del sector público, para diseñar e implementar planes para mejorar aquellos ámbitos donde la organización no responda adecuadamente a las exigencias de las evaluaciones que se aplican periódicamente.

Es importante citar, que dadas la limitaciones de tiempo para realizar el estudio, las recomendaciones de la guía no han sido validadas en terreno, lo cual debiera ser abordado por quienes coordinen su aplicación desde el nivel central, mediante la revisión externa del documento, y la evaluación de los planes de mejoramiento implementados, como posibles medidas.

## 2. Objetivos

- 2.1 Sintetizar la mejor evidencia existente sobre metodologías, herramientas e intervenciones para generar y poner en práctica planes de mejoramiento.
- 2.2 Desarrollar una Guía Metodológica, basada en evidencia para la generación de planes de mejora continua que incluya su evaluación, implementación y seguimiento, como respuesta a las evaluaciones que se realizan en los establecimientos de salud, en el ámbito de la Gestión de la Calidad en las áreas (Infecciones Intrahospitalarias, Gestión Clínica, Seguridad del Paciente y otros).

## 3. Métodos

El desarrollo de la guía se basó en la literatura general sobre el tema, y en una revisión sistemática de la literatura sobre estudios que hubieran evaluado la efectividad de intervenciones para la mejoría de calidad en la atención de salud. Detalles de dicha revisión y los resultados de la misma se presentan en Anexo 1.

## 4. Guía Metodológica para la Generación de Planes de Mejora

### A. Introducción

La presente es una guía de uso práctico que pretende apoyar a los equipos locales de los Servicios de Salud para enfrentar los problemas de calidad detectados en sus establecimientos.

Su aplicación debiera servir a la operación rutinaria de los sistemas de gestión de calidad, y en la preparación de los establecimientos para enfrentar el sistema de acreditación de prestadores institucionales.

### B. Objetivos

*Orientar a los profesionales de los Servicios de Salud en:*

- La correcta interpretación de los resultados de las actividades de evaluación de calidad asistencial desarrollados en sus establecimientos.
- El diseño, implementación y evaluación de planes de mejoría, en los ámbitos donde la organización no responda adecuadamente a las necesidades de los usuarios en materia de seguridad y calidad de los procesos asistenciales.

### C. Alcance de la Guía

*Usuarios a los que está dirigida la guía:*

- Directivos hospitalarios y de centros ambulatorios de salud
- Profesionales a cargo del diseño e implementación de programas de calidad en establecimientos de salud; encargados de oficinas de calidad y seguridad del paciente
- Jefes de servicios clínicos y unidades de apoyo

### **Ámbitos de aplicación de la Guía:**

La guía propuesta pretende ser genérica y por lo tanto puede ser adaptada a distintas situaciones y escenarios, más allá de las necesidades que impone el sistema de acreditación.

Sin perjuicio de ello, en los Anexos 2 y 3 se entregan orientaciones sobre los componentes estructurales y de evaluación de procesos del sistema de calidad que los prestadores deben tener presentes para la acreditación, y que pueden dar lugar a necesidades de mejora específicas en distintos ámbitos del quehacer institucional.

La guía toma el problema desde el momento en que se detecta formalmente, es decir, cuando existen evidencias de él por:

- *Los resultados de una auditoría sistemática de procesos o resultados (evaluación periódica y análisis de indicadores de datos agregados), por ejemplo:*

- Un aumento sostenido en la incidencia de un evento adverso evitable
- Una proporción muy baja de registros completos
- Un escaso grado de cumplimiento de un procedimiento normado

■ **La notificación de un evento centinela, por ejemplo:**

- Una muerte inesperada

Sin perjuicio de lo anterior, se entregan también recomendaciones sobre cómo anticipar o prevenir los problemas, sobre cómo analizar los datos disponibles y profundizar en el diagnóstico de sus causas, y sobre la toma de decisiones respecto a la necesidad de aplicar un plan de intervención o mejora.

*Los problemas que afectan a la seguridad de los pacientes y que pueden ser detectados por los sistemas de mejoría continua de la calidad son de naturaleza muy variada, pero en términos genéricos incluyen:*

- Resultados clínicos adversos prevenibles
- Subutilización de intervenciones efectivas recomendadas en los protocolos y guías locales
- Uso desmedido de tecnologías no efectivas o no recomendadas
- Falta de adherencia a procedimientos recomendados en los protocolos y guías locales
- Errores de registro; subregistro
- Errores de medicación
- Falta de condiciones estructurales mínimas, en materia de personal, equipos, medicamentos e insumos, tecnologías diagnósticas y de tratamiento, sistemas de registro u organización
- Falta de recurso humano o de competencias en el recurso humano existente

**Por su parte los planes de mejoría pueden abarcar, entre otras:**

- *Acciones sobre las personas, por ejemplo:*
  - Intervenciones educativas
  - Retroalimentación
- *Acciones sobre la organización o en la gestión de procesos, por ejemplo:*
  - Cambios en la dependencia de un servicio
  - Rediseño de procedimientos de trabajo
- *Modificaciones / mejoras estructurales, por ejemplo:*
  - La adquisición de nuevo equipamiento

**Aspectos excluidos de la guía:**

La guía aunque no aborda soluciones técnicas de problemas específicos, aporta orientaciones en algunas áreas donde existe literatura científica sistematizada, respecto a la efectividad de intervenciones de mejoría de calidad.

Por otro lado, tampoco trata sobre planes de mejoría para redes asistenciales, excepto en lo que compete a los establecimientos como tales.



*No detalla soluciones para problemas que tienen medidas de mejora obvias, y que tienen que ver esencialmente con los componentes estructurales de los estándares de calidad, por ejemplo:*

- La no disponibilidad de un sistema de registro donde corresponde que exista
- La ausencia de un convenio formal cuando debe haberlo
- La falta de un protocolo
- La falta de un especialista certificado para una función asociada a especialidad

#### **D. Recomendaciones**

Las etapas a considerar para la solución del problema de calidad son las siguientes:

I. Anticipar los problemas: Condiciones mínimas que debe cumplir el sistema de gestión de calidad del establecimiento

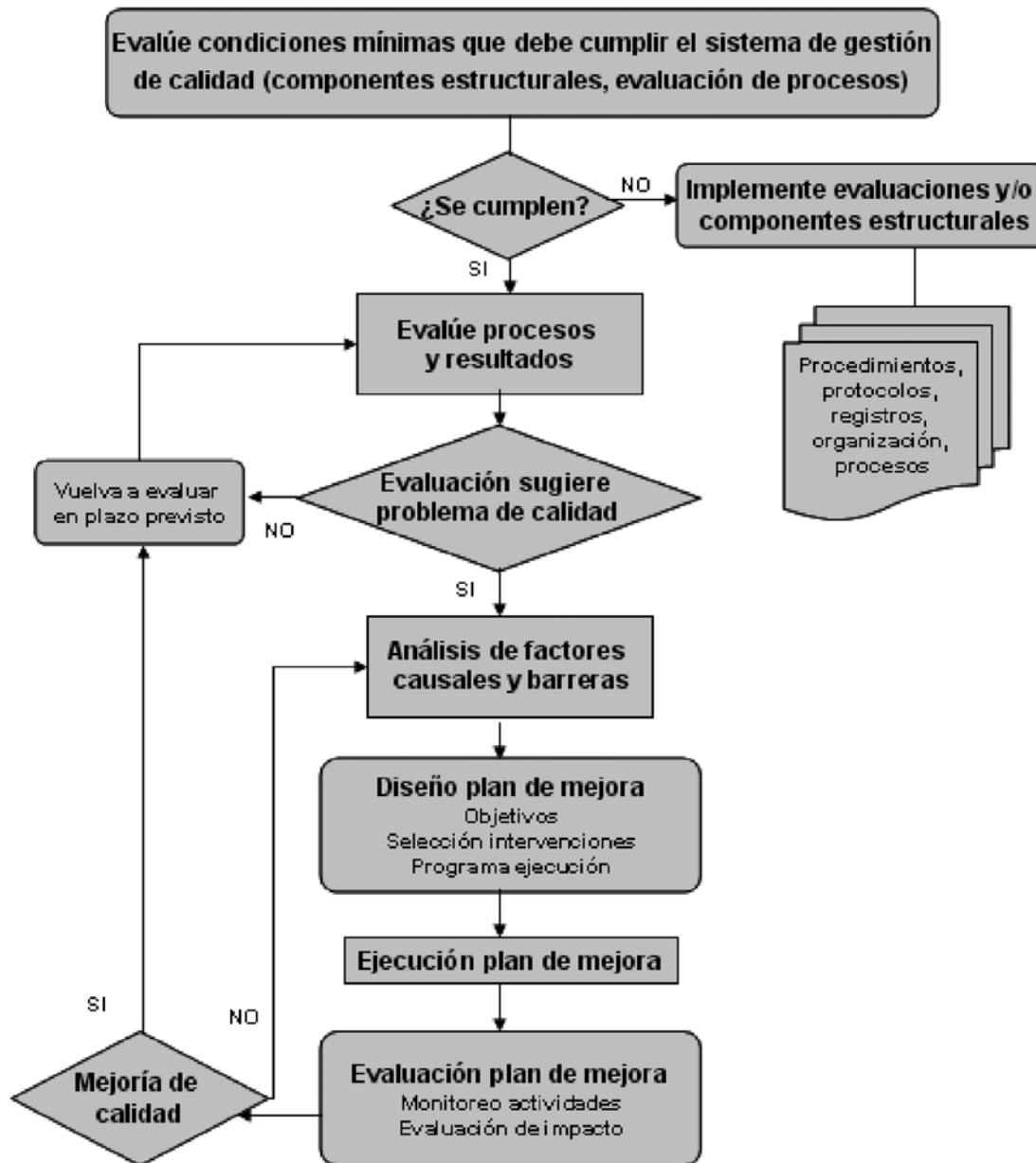
II. La evaluación sugiere la existencia de un problema de calidad: Interprete correctamente los resultados

III. Los resultados parecen confiables: Identifique las causas que podrían explicar el problema

IV. Las causas potenciales han sido identificadas: Decida cómo enfrentarlas y seleccione las intervenciones que podrían utilizarse

V. Las medidas han sido adoptadas: Planifique el seguimiento y evaluación de resultado de los planes de mejora

En las páginas siguientes abordaremos cada una de estas etapas en detalle.





## I. Anticipando los problemas: Condiciones mínimas que debe cumplir el sistema de gestión de calidad del establecimiento

Parte importante de los problemas de calidad pueden ser anticipados, adoptando medidas antes de que éstos ocurran. Este debiera ser el enfoque que privilegie el establecimiento. El primer paso en ese sentido, es proveer a la organización de todos los requisitos estructurales básicos que los sistemas de calidad necesitan para operar, y gatillar los procesos de evaluación en las distintas áreas clínicas y de apoyo del establecimiento.

¿Cuáles son éstos? En anexos 2 y 3 se entrega un listado de componentes específicos, seleccionados tomando como referencia los estándares del sistema de acreditación. Analice qué otros pueden ser relevantes para las necesidades y prioridades locales.

### A. COMPONENTES ESTRUCTURALES DEL SISTEMA DE CALIDAD

1. Todas las actividades descritas en cada una de las áreas contempladas en el sistema de calidad deben contar con un responsable y funciones asignadas formalmente por la institución. La asignación de funciones y responsabilidades puede encontrarse incluida en los respectivos manuales de procedimientos o protocolos que regulan la actividad, o constar por separado en documentos independientes.
2. El sistema de calidad debe asegurar además, que exista un adecuado registro de las actividades realizadas en cada uno de los ámbitos, tanto aquellas que serán objeto de un proceso de evaluación formal por parte del prestador, como las que no, y tanto para control interno –programas de mejoría de calidad propios de la institución- como para entregar constancia de su ejecución ante las entidades acreditadoras externas.

***Los principales componentes estructurales del sistema de calidad están dados por:***

#### ***d. Manuales de procedimientos, protocolos, planes y programas institucionales de carácter documental***

- *Verificar -y en caso contrario, corregir las deficiencias observadas- que los documentos cumplan atributos de calidad en términos de:*
  - Los contenidos o aspectos mínimos que debe incluir el instrumento

- Los responsables de ejecutar las acciones descritas
- El acceso a éste en los lugares previstos
- Otras condiciones de calidad: legibilidad, acceso visual, actualización

- Verificar que la difusión y/o grado de conocimiento del documento es apropiado.

NOTA: Si bien conceptualmente pueden establecerse diferencias entre un protocolo y un manual de procedimientos, en la práctica la distinción entre ambos muchas veces no es posible, por lo que pueden utilizarse ambas denominaciones casi indistintamente.

#### **e. Sistemas de registro**

- Por sistema de registro se entiende: un conjunto de instrumentos estandarizados para la recolección y/o procesamiento de información, ya sea del proceso como de los resultados de una actividad, que han sido diseñados específicamente para ella. Puede ser informático, basado en papel o ambos.
- Verificar que los contenidos o aspectos mínimos que debe abarcar el sistema de registro son suficientes para las tareas de evaluación previstas, y en caso contrario, corregir las deficiencias observadas.

#### **f. Estructuras organizativas**

- Se refiere a la existencia de estructuras o modelos de organización específicos, por ejemplo: un comité, o un sistema de esterilización centralizado.
- Deben constar por escrito en documento institucional.
- Verificar que las estructuras posean los atributos necesarios, por ejemplo, en cuanto a la profesión o grado de formación de los integrantes de la estructura (en el caso del comité de control de IHH), o a las funciones que deben desempeñar.

### **B. EVALUACION DE PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

1. Todas las actividades de evaluación y mejoría contempladas en el sistema de calidad deben contar con responsables designados formalmente por la institución.
2. Las actividades de evaluación consisten, por lo general, en mediciones sistemáticas, periódicas, del cumplimiento de una práctica, comparada con un estándar de referencia. El estándar es la norma interna, protocolo o manual de procedimientos institucional que indica el "cómo" se deben llevar a cabo dichas prácticas. El cumplimiento de la práctica se puede verificar mediante revisión de fichas, registros informáticos, actividades de supervisión u otros. Los resultados se expresan la mayoría de las veces como proporción de cumplimiento del estándar (por ejemplo, % de casos en que se aplicó

el procedimiento en la forma prevista). Otras variantes de actividades de evaluación incluyen auditorías frente a eventos centinelas, encuestas y evaluaciones de índole cualitativa.

3. Las actividades de evaluación llevan implícito el diseño y aplicación de intervenciones o planes de mejora (motivo central de esta guía) cuando los resultados de las evaluaciones se encuentran bajo los umbrales deseados, y también implican reevaluar los resultados con posterioridad a la aplicación de dichos planes (ver sección referente a la interpretación de resultados de los indicadores en esta guía).
4. Es importante que la institución analice críticamente la pertinencia de las evaluaciones que realiza, y elimine o corrija aquellas que no aportan información relevante para mantener la calidad de la atención o contribuir a su mejoría. La cantidad y la profundidad de las evaluaciones debe ser la mínima necesaria para cumplir los objetivos de calidad trazados.
5. Las actividades de evaluación, sus resultados y conclusiones, así como las acciones adoptadas deberían ser trazables y quedar debidamente documentadas. Esto no implica generar un reporte escrito ad hoc de cada una de las evaluaciones efectuadas, sino que exista constancia de su ejecución (en papel y/o medios digitales).



## II. La evaluación sugiere la existencia de un problema de calidad: Interprete correctamente los resultados

### A. Consideraciones generales sobre el uso de indicadores

Existen 2 tipos básicos de indicadores que deberá usted interpretar: indicadores de procesos e indicadores de resultados.

Los indicadores de calidad pueden definirse como “parámetros medibles, definidos en forma explícita, que se refieren a las estructuras, procesos o resultados de la atención, y que se juzgan vinculados a la calidad de la misma”. Sus objetivos principales son:

- Documentar calidad de los procesos, y evaluar su tendencia
- Documentar resultados, y compararlos con patrones de referencia o evaluar su tendencia

#### ***Entre los tipos de indicadores utilizados existen a su vez:***

Indicadores “Centinela”: Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente. Son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero son menos útiles para medir el desempeño global de una institución. Los eventos centinela se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención.

Indicadores basados en proporciones o de datos agregados: Constituyen la mayoría. Indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de incumplimiento o de casos en que se presenta el evento sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral). Miden el desempeño basándose en procesos o eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos.



Indicadores basados en la opinión de los pacientes, por ejemplo, satisfacción con la calidad del trato recibido.

Entre los atributos que deben cumplir los indicadores se encuentra su relevancia (respecto de la seguridad de los pacientes), que sean de interés para los involucrados, su validez (grado en el cual se está midiendo realmente lo que se pretende medir), el grado de relación que tienen con la calidad de la atención, su confiabilidad (en qué medida sus resultados son consistentes y reproducibles), su viabilidad práctica (disponibilidad de datos para construirlos, confiabilidad de los registros), su utilidad (¿sirven para mejorar la calidad de los procesos o de los resultados?), y su especificidad (¿dan cuenta de una dimensión específica o sus resultados dependen de múltiples factores?).

Extrapolando lo ya dicho, los indicadores a utilizar deben ser los mínimos necesarios para cumplir los objetivos de calidad trazados.

### ***i. Indicadores de proceso***

Son los más numerosos. Dado que no miden directamente los resultados finales de la atención, es muy importante que tengan valor predictivo y se refieran a procesos realmente relevantes desde el punto de vista clínico o para la satisfacción de los usuarios.

Expresan en qué proporción o porcentaje de casos la actividad se realizó conforme al patrón de referencia. Ejemplos de este tipo de indicadores serían:

- Proporción de pacientes encuestados que refiere haber percibido un adecuado respeto a su privacidad durante la atención
- Proporción de pacientes sometidos a cirugía mayor en los que no se realizó evaluación pre-anestésica
- Proporción de casos supervisados en los que se respetaron los procedimientos para instalación de catéter urinario
- Proporción de pacientes sometidos a cateterismo urinario sin indicación de acuerdo al protocolo vigente
- Proporción de pacientes transfundidos en los que se utilizó hemocomponentes no recomendados según norma
- Proporción de pacientes bajo tratamiento con radioterapia sin constancia de evaluación por comité oncológico
- Proporción de RN sin identificación de acuerdo a protocolo
- Proporción de pacientes vulnerables sin clasificación de riesgo de úlceras por presión de acuerdo a protocolo
- Proporción de pacientes con diagnóstico positivo para VIH en los que se cumplió el protocolo de notificación
- Porcentaje de técnicos paramédicos nuevos que recibieron programa de orientación
- Porcentaje de epicrisis que cumplen contenidos y condiciones mínimas de legibilidad establecidos
- Proporción de equipos críticos bajo plan de mantenimiento preventivo programado
- Proporción de equipos de diálisis que recibieron las rutinas de mantenimiento preventivo programadas de acuerdo a lo establecido en el plan respectivo
- Porcentaje de extintores con recarga vigente al momento de la inspección
- Proporción de muestras de laboratorio con rotulación incompleta
- Proporción de casos supervisados en los que se respetaron los procedimientos de

- preparación de fórmulas según manual institucional
- Proporción de transfusiones en las que se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos

## **ii. Indicadores de resultado**

Tienen aplicación fundamentalmente en las evaluaciones del ámbito clínico, es decir, se refieren a los resultados observados en los pacientes, pero también pueden dar cuenta de resultados en otras áreas, por ejemplo, los plazos promedio de entrega de exámenes por parte del laboratorio.

*Ejemplos de este tipo de indicadores son:*

- Proporción de pacientes que experimenta un grado de dolor aceptable tras la cirugía
- Tasa de hemorragias que requieren hospitalización en pacientes bajo tratamiento anticoagulante
- Tasa de caídas en pacientes hospitalizados
- Incidencia de úlceras de decúbito en pacientes hospitalizados
- Tasas de IHH
- Cuerpos extraños abandonados accidentalmente durante el acto quirúrgico
- Fallecimiento tras cirugía de bajo riesgo (centinela)
- Proporción de fichas extraviadas
- Tiempo promedio de espera de pacientes categorizados como graves en unidad de emergencia

En el caso de los indicadores de datos agregados referidos a variables dicotómicas, el numerador refleja cuántos son los sujetos elegibles que cumplen con el atributo de que da cuenta el indicador (han presentado un desenlace determinado o se encuentran libres de él) y el denominador refleja cuál es el universo de sujetos evaluados.

Los resultados del indicador pueden ser comparados con mediciones previas, por ejemplo, el año actual con los 3 años anteriores (tendencias en el tiempo), y en otros casos, con valores de referencia externos: un umbral preestablecido (ej. no menos de un 85%) o con valores promedio nacionales.

## **B. Interpretación de los indicadores**

La utilidad de un indicador depende tanto de su validez como de la correcta interpretación que se hace de sus resultados.

*Al analizar los resultados de los indicadores de calidad tenga presente:*

- a) Es importante que quienes analizan e interpretan oficialmente los resultados conozcan las aplicaciones específicas del indicador evaluado, con sus potenciales sesgos y nivel de precisión (por ejemplo, que tan amplia es la muestra de pacientes sobre los que se calculó).
- b) La validez del resultado debe ser juzgada esencialmente tomando en cuenta la calidad de los datos con los que se construyó. Si el indicador se calculó a partir de un sistema de registro con datos insuficientes o poco confiables, preocúpese primero de corregir el registro antes que otra cosa.

- c) Si se utilizó una muestra de casos y no el total, evalúe si la misma es apropiada, es decir, si los casos seleccionados son efectivamente representativos. Al respecto, desconfíe de las muestras consecutivas de un número restringido de pacientes (ej. los de la última semana) o por otro mecanismo arbitrario de muestreo, promueva las evaluaciones sobre el total de pacientes, o sobre muestras aleatorias o sistemáticas.
- d) La interpretación debe privilegiar las tendencias en el mediano o largo plazo antes que los valores puntuales, y dentro de éstas: su magnitud, estabilidad y duración. Tal como su nombre lo señala, los indicadores no entregan un diagnóstico definitivo sino que simplemente “indican”, dan señales del comportamiento de un fenómeno, lo que en algunos casos puede justificar un análisis más detallado de su naturaleza y factores causales.
- e) Las diferencias observadas –de cualquier magnitud- en los resultados de un indicador en el tiempo pueden deberse tanto a variaciones en la calidad de la atención, como al azar, y en el caso de los indicadores de resultado, a diferencias en la mezcla de casos (por ejemplo, la distinta severidad de los pacientes entre un período y otro puede explicar el cambio en las tasas de infecciones, antes que la adherencia a las normas de prevención de IHH).
- f) La precisión del indicador se refiere al efecto potencial que puede tener el azar sobre las diferencias observadas entre mediciones. En general, las variaciones por azar producen problemas principalmente cuando existen relativamente pocas observaciones, cuando los desenlaces de interés son relativamente escasos, y cuando los prestadores tienen poco control sobre los desenlaces o existe poca variación en los procesos de atención.
- g) No existen reglas estadísticas que reemplacen el análisis cualitativo de la magnitud y dirección de las diferencias y tendencias observadas. Por lo tanto, debe evitarse limitar el análisis a la “significación estadística” de las diferencias. El uso de intervalos de confianza para la comparación de resultados no debe entenderse como una forma de establecer la “significación estadística” de las diferencias, y menos aún deben utilizarse como criterio para establecer la importancia sanitaria de un hallazgo. Los intervalos de confianza (IC) reflejan parcialmente el rol que puede jugar el azar en los resultados por la ley de los grandes números (mientras mayor el número de observaciones menor el impacto relativo del azar; mientras menos son los pacientes evaluados, menos preciso será el dato).
- h) Los resultados del indicador pueden verse afectados por:
  - Aspectos que pueden ser objeto de control por parte de los prestadores, por ejemplo, el grado de adherencia a las recomendaciones de un protocolo, o la disponibilidad de determinadas tecnologías (estructuras).
  - Aspectos menos vulnerables a ser modificados por el prestador, tales como variaciones que obedecen a factores coyunturales transitorios (las tasas de infección que aumentan en presencia de obras civiles es un ejemplo).

De esto trataremos en la sección siguiente.

## C. Conclusiones

Califique los resultados de la evaluación a la luz del resultado del indicador y decida si existe un problema de calidad sobre el cual se deba intervenir. Las opciones son:

- El indicador se encuentra dentro de los límites de calidad fijados, en cuyo caso lo recomendable es esperar los resultados de las mediciones futuras. Deje constancia de la decisión institucional al respecto.
- El indicador se encuentra bajo los límites de calidad fijados, en cuyo caso deberá afinar el diagnóstico y establecer un plan de mejora.

## Referencias

1. Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. *Int J Qual Health Care*. 2003 Dec;15 Suppl 1:i5-11.
2. Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning J, Ouwens M, Schouten J, Marres H, Dijkstra R, Grol R. Clinical indicators: development and applications. *Neth J Med*. 2007 Jan;65(1):15-22.
3. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M, Elwyn G, Vodopivec-Jamsek V, Gerlach FM, Samuelson M, Grol R. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of
4. Primary care practices. *Fam Pract*. 2006 Feb;23(1):137-47. Epub 2005 Oct 21.
5. Joint Commission. Specifications Manual for National 6-1 Hospital Quality Measures.
6. AHRQ Quality Indicators—Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals—Volume, Mortality, and Utilization. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Revision 3 (July 21, 2004). AHRQ Pub. No. 02-RO204.
7. Davies SM, Geppert J, McClellan M, et al. Refinement of the HCUP Quality Indicators. Technical Review Number 4 (Prepared by UCSF-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). AHRQ Publication No. 01-0035. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2001.
8. NHS performance indicators 2003/4. Healthcare Commission. Commission for Health Improvement (CHI) <http://www.chi.nhs.uk/eng/ratings/2004/index.shtml> Indicadores de desempeño aplicados por el NHS a través de la Healthcare Commission para sus prestadores en Inglaterra.
9. Kjaergaard J, Jensen LP, Frolich A, Norgaard L. Clinical indicators and quality databases—a review. *Ugeskr Laeger* 2002 Sep 16;164(38):4392-8
10. The Australian Council on Healthcare Standards 2004. Clinical Indicator Summary Guide 2004. <http://www.achs.org.au/>.
11. National Quality Measures Clearinghouse™ (NQMC™). <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov>



### **III. Los resultados parecen confiables: Identifique las causas que podrían explicar el problema**

Hasta este momento sólo ha constatado la existencia del problema, corresponde ahora evaluar los potenciales factores que lo condicionan.

Si bien factores de la organización (modelos de gestión y otros) y limitaciones de recursos y estructura pueden ser determinantes, los problemas vinculados a procesos dependen esencialmente del comportamiento de las personas. Los estudios sobre las barreras existentes entre los profesionales para la adherencia a las guías clínicas ofrecen un adecuado marco de referencia para avanzar en este punto. La evidencia sugiere que los principales factores que condicionan que las personas no sigan las recomendaciones de una norma, protocolo o guía local (es decir, que no cumplan los procesos que esperamos que cumplan) son los siguientes:

#### **Barreras del ámbito del conocimiento:**

- Conciencia de la existencia del documento
- Familiaridad con el tipo de documento

#### **Barreras del ámbito de las actitudes:**

- Conformidad con las recomendaciones del documento
- Percepción de autosuficiencia para llevar a cabo las recomendaciones
- Expectativas sobre los resultados a los que conducirá la aplicación de las recomendaciones
- Habilidad para contrarrestar la inercia de la práctica previa

#### **Barreras del ámbito de las conductas:**

- Barreras externas para seguir las recomendaciones

Debemos hacer un esfuerzo entonces por identificarlas localmente, y actuar sobre aquellas que resulten predominantes y más vulnerables a una medida correctiva.

Se asume que antes de que un conjunto de normas o recomendaciones llegue a impactar sobre los procesos de la organización, debe primero incidir sobre el conocimiento de los profesionales y personal de salud, afectar luego sus actitudes, y modificar finalmente sus conductas. Por otra parte, si bien las conductas pueden variar sin un cambio de conocimiento o de actitud, esa modificación será menos sustentable que aquella obtenida tras un proceso de asimilación consciente y voluntario.

Revisemos a continuación cada uno de estos grupos específicos de barreras, y considere hasta qué punto puede estar asociada al problema de calidad detectado:

**a. Falta de conocimiento**

Se refiere a la falta de conciencia sobre la existencia de la recomendación. Muchos profesionales simplemente no aplican procedimientos porque desconocen que existe una norma, protocolo o manual institucional al respecto, o porque no se han dado el tiempo de revisarlo. Revise entonces los siguientes factores que pueden explicar la falta de conocimiento de una recomendación (para ello no requiere hacer una encuesta, basta conversar con los implicados):

Factor	SI / NO / NA
¿Ha sido difundido efectivamente el manual/ protocolo/norma?	
¿Incluyendo el personal nuevo, transitorio, y quienes se desempeñan a tiempo parcial en la institución?	
¿Se difundió en forma pasiva o se realizó actividades de diseminación activas para darlo a conocer (capacitación, presentaciones, talleres)?	
¿Se encuentra disponible en los lugares de trabajo?	
¿Conoce el personal sus contenidos?	

**b. Desacuerdo**

Existirán profesionales que pueden no estar de acuerdo con las normativas impuestas por la institución. Ello puede tener que ver con:

- Diferencias de opinión sobre su pertinencia desde el punto de vista técnico.
- Poca aplicabilidad de la recomendación, percepción de que resulta poco práctica.
- Percepción de que incurre en un exceso de simplificación (“receta de cocina”).
- Percepción de que la recomendación limita la autonomía profesional, la flexibilidad para manejar las situaciones.
- Percepción de que la carga de trabajo que impone la normativa no la justifica.

Factor	SI / NO / NA
¿Hay alguna recomendación o procedimiento que los implicados rechacen o no compartan?	
¿Qué razones aducen para ello? ¿Son atendibles (en principio todas deben ser consideradas)?	
¿El rechazo es general, minoritario o existen distintas posturas al respecto en el personal?	
¿Se ha manifestado el desacuerdo ante los superiores jerárquicos, ya sea de manera formal o verbalmente?	
¿Participaron los usuarios internos (personal implicado) en la generación o en la revisión posterior del documento?	

### **c. Falta de autosuficiencia**

La autosuficiencia es la creencia de que uno sólo puede realmente desarrollar una conducta. La falta de autosuficiencia puede expresarse por una falta de confianza en las habilidades propias o por la falta de preparación personal, y ello puede llevar a una baja adherencia a las recomendaciones o procedimientos. Se ha visto que esta barrera es especialmente frecuente, respecto de actividades tales como la educación a los pacientes y la consejería.

Es importante entonces que al momento de elaborar un protocolo o guía local se analice si los profesionales a los cuales está dirigida se consideran a sí mismos con capacidad para llevar a cabo las recomendaciones y procedimientos propuestos.

<b>Factor</b>	<b>SI/NO/NA</b>
¿Hay alguna recomendación o procedimiento que los implicados no sepan ejecutar, o que consideren que excede sus capacidades?	
¿Qué razones aducen para ello? ¿Son atendibles (en principio todas deben ser consideradas)?	
¿Se han realizado actividades de capacitación en torno a estos aspectos?	

### **d. Falta de expectativas sobre los resultados / balance de costo-beneficio**

La expectativa sobre los resultados es la esperanza de que una determinada conducta llevará a una mejor calidad de los servicios. Como es obvio, si el médico no cree que la recomendación favorecerá a su paciente, o piensa que su impacto será muy bajo, es poco probable que la siga.

También puede sostenerse en una cuestión de balance costo/beneficio, es decir, la percepción de que los beneficios de hacer algo (por ejemplo, llenar un registro) no compensan las incomodidades, costos, o el tiempo invertido.

La existencia de una cultura de calidad en la institución y el sentido de pertenencia a ésta del personal puede influir en este tipo de percepciones.

<b>Factor</b>	<b>SI/NO/NA</b>
¿Existe alguna fase o componente del proceso que los usuarios consideren poco relevante cumplir, aduciendo que no tiene impacto sobre los resultados finales de la atención?	
¿Se ha informado adecuadamente a los usuarios cuáles son los objetivos de calidad que se persiguen?	

### **e. Inercia de la práctica previa**

Ampliamente citada y reconocida por el personal de salud, coloquialmente se expresa con la frase "siempre se ha hecho así". Ha sido menos estudiada formalmente, aunque se sabe que las recomendaciones que demandan cambios en las prácticas y rutinas existentes,



son seguidas con menor frecuencia que aquellas compatibles o más fáciles de adaptar a los modos de trabajo vigentes, y por lo tanto su implementación será más lenta y exigirá un esfuerzo especial.

Factor	SI/NO/NA
¿El problema de salud detectado se refiere a una práctica o procedimiento de introducción reciente que vino a modificar las rutinas existentes en la institución?	
¿Se ha hecho mención a este factor entre el personal involucrado?	

**f. Características del documento que describe las prácticas a seguir y de los instrumentos de registro**

Entre las características propias de un protocolo o manual de procedimientos que pudieran constituir una barrera a su aceptación se han mencionado la dificultad para utilizarlo y su complejidad. Aunque no parece haber sido estudiado formalmente, es posible que la extensión del documento también afecte la adherencia al mismo. Grandes documentos pudieran tener un efecto disuasivo sobre los profesionales “ocupados”.

Similar cosa ocurre con los sistemas de registro. Existe una aversión natural, especialmente entre los profesionales médicos, a registrar las actividades realizadas.

Factor	SI/NO/NA
¿Posee el documento de prácticas una extensión o complejidad excesivas que pudieran influir sobre la aplicación del mismo entre el personal?	
¿Existen versiones abreviadas del mismo, cartillas o póster que resuman lo esencial que hay que saber del tema?	
¿Los sistemas de registro son utilizados en el proceso excesivamente complejo? ¿Existe una percepción de sobrecarga de trabajo por este concepto?	

**g. Barreras relacionadas con el paciente**

El rechazo del paciente a una recomendación y la existencia de factores que afectan su percepción sobre la calidad de la atención debe tenerse presente en algunos casos. Las expectativas de éstos crecen muchas veces más allá de lo razonable por influjo de los medios de comunicación. También la difusión de noticias sobre eventos adversos ocurridos en establecimientos de salud pueden ejercer presión sobre las prácticas.

El factor médico-legal

Existe una frecuencia creciente de demandas médico-legales que afectan a profesionales de salud. El fenómeno ha llegado a ser muy importante en algunos países desarrollados, y a él se atribuye en parte el encarecimiento de la atención, y la aparición de la llamada

“medicina defensiva”, es decir, decisiones médicas adoptadas más por temor a los reclamos o demandas de los pacientes que por razones científicas. Dentro de estas decisiones, algunas se consideran negativas (ej. pedir exámenes en exceso), y otras positivas (ej. darle mejor trato al paciente). Este contexto de presión médico-legal también puede ejercer una influencia importante sobre la adherencia a un protocolo o a partes de éste. Entre sus efectos específicos se cuenta:

- Solicitud de exámenes de apoyo diagnóstico no considerados realmente necesarios desde el punto de vista clínico.
- Indicación de medicamentos sin justificación evidente, como medida de protección
- Citación a controles con mayor frecuencia o precocidad que lo regular
- Evitar la indicación de tratamientos o la ejecución de procedimientos potencialmente efectivos por temor a sus efectos adversos.
- Derivación injustificada de pacientes a médicos especialistas o a centros de mayor complejidad.

Factor	SI/NO/NA
¿Existen un clima médico-legal adverso que pudiera explicar la falta de adherencia a las prácticas recomendadas?	
¿Existen otros factores asociados al paciente que considerar en este caso?	

#### ***h. Barreras relacionadas con el entorno***

Demás está mencionar lo importante que puede llegar a ser la limitación de recursos financieros u otros para la implantación de ciertos procesos. En esta categoría podemos citar también la falta de incentivos financieros, de apoyo institucional, clima laboral adverso, de responsabilidad administrativa o civil, de consultoría o apoyo interprofesional, de materiales de trabajo apropiados, o simplemente de tiempo.

Factor	SI/NO/NA
¿Existe suficiente respaldo institucional para que los procesos se cumplan de acuerdo a las normas y procedimientos internos fijados?	
¿Existe un clima laboral adverso que pudiera explicar en parte la falta de adherencia a las prácticas recomendadas?	
¿Los usuarios consideran que el tiempo disponible para ejecutar y registrar los procesos es insuficiente?	
¿Existe falta de coordinación o apoyo interprofesional (o entre distintos especialistas de una misma profesión) para cumplir los procesos?	
¿La falta de recursos o infraestructura es un factor relevante? ¿Cuáles son las limitantes principales?	

### ***i. Barreras organizativas***

La introducción de nuevos “modelos de atención” pueden tensionar a las instituciones y abrir espacio para errores de coordinación, falta de familiaridad con los procesos, resistencia al cambio, u otras condiciones adversas para el cumplimiento de ciertas prácticas. Piense por ejemplo en los efectos que puede traer la migración desde un modelo de hospitalización basado en servicios clínicos tradicionales a uno caracterizado por la existencia de camas indiferenciadas, o la implementación de un programa de resolución de listas de espera en horario “no hábil”.

<b>Factor</b>	<b>SI/NO/NA</b>
¿Se han realizado modificaciones recientemente al modelo de atención en el área que puedan haber influido sobre el problema detectado?	

### ***j. La “curva de aprendizaje”***

Vinculado al punto anterior, la introducción de nuevas tecnologías puede tener asociada un período de adaptación, que se puede expresar en disminuciones transitorias en la calidad de los servicios e inclusive de los resultados en los pacientes. Ello puede producirse en tecnologías del ámbito clínico (por ejemplo, una nueva técnica quirúrgica), en los servicios de apoyo, o bien en tecnologías de registro y gestión.

<b>Factor</b>	<b>SI/NO/NA</b>
¿El problema detectado se refiere a un procedimiento, tecnología o prestación nueva en el establecimiento?	

### ***k. Conclusiones***

Los factores detectados que pueden influir sobre el problema de calidad son muy variados, y dependerán de las condiciones del contexto específico analizado. Es recomendable que los encargados de elaborar e implementar los planes de mejora, hagan un esfuerzo por evaluar tales barreras y a partir de ello diseñen intervenciones que permitan contrarrestar, al menos en parte, las más importantes.

La forma práctica de hacerlo incluye la realización de reuniones grupales, entrevistas personales y/o la administración de cuestionarios (encuestas) entre el personal involucrado en el proceso, así como la constatación en terreno de los problemas detectados.

La evidencia acumulada demuestra que la adherencia a las “buenas prácticas” no se produce en forma espontánea, sino que exige medidas activas de diseminación y persuasión para que finalmente sean aceptadas y aplicadas por el personal. Cualquier esfuerzo serio en ese sentido pasa entonces por conocer el contexto en el que se las quiere aplicar, los obstáculos socioculturales existentes, la postura de quienes constituyen líderes naturales dentro del equipo, las condiciones financieras o administrativas imperantes, y las tradiciones y rutinas de trabajo del servicio, entre otros aspectos.

## **IV. Las causas potenciales han sido identificadas:** Decida cómo enfrentarlas y seleccione las intervenciones que podrían utilizarse

Con el diagnóstico realizado, corresponde plantear un plan de mejora que responda a los problemas específicos detectados de manera efectiva, y con el menor uso de recursos que sean necesarios para cumplir el objetivo de calidad propuesto.

Abordaremos aquí esta tarea de modo genérico, porque resulta imposible -e inapropiado- definir soluciones teóricas a cada uno de los problemas potenciales que pudiera detectar el sistema de gestión de calidad. La institución debe encontrar soluciones locales para sus problemas locales, lo que puede significar inclusive, que en algunos casos ciertas intervenciones de mejoría que no han demostrado ser efectivas en los contextos en los que se han estudiado, sí puedan serlo en su establecimiento. Por ello es tan importante seleccionar cuidadosamente las intervenciones a aplicar, como monitorear sus efectos, cuestión que trata la sección siguiente.

### **1. Estructura del plan de mejora**

Existen diversas propuestas para estructurar la planificación de actividades en éste y otros ámbitos. Las instituciones gubernamentales, hacen uso de ellas como una forma de estandarizar la presentación de proyectos y para poder priorizarlos, utilizando modelos conceptuales como la planificación estratégica y las matrices de marco lógico. El tema es amplio, los diseños variados, y abundan las definiciones en torno a sus componentes, incluyendo las referidas a objetivos, metas, propósitos, acciones, actividades, fines, resultados esperados, y otras, muchas de las cuales se superponen o carecen de precisión. Esta guía libera al lector de tales disquisiciones, y propone estructurar los planes de mejoría de calidad en base a los siguientes elementos esenciales:

- a. Objetivos/resultados esperados
- b. Actividades
- c. Cronograma de ejecución
- d. Presupuesto

## **2. Objetivos/resultados esperados**

Fíjese objetivos realistas, que sean medibles, de un modo consistente con la forma en que se evaluó el problema originalmente. Por ejemplo:

- Mejorar el grado de cumplimiento del proceso en un 20%
- Disminuir la tasa de eventos adversos en al menos un 5%

## **3. Actividades del plan de mejora**

Corresponde al conjunto de medidas correctivas e intervenciones a aplicar. Su selección se basa en factores tales como:

- Área del establecimiento y ámbito afectados dentro del sistema de gestión de calidad
- La naturaleza específica del problema detectado (proceso, resultado, y cuál)
- La gravedad del problema
- Las barreras y factores incidentes detectados
- Perfil del usuario
- El marco presupuestario disponible

Respecto a la complejidad, intensidad, duración y periodicidad de las intervenciones, la evidencia muestra que existen dos patrones que vale la pena considerar:

- El efecto de las medidas de mejoría suele declinar a medida que transcurre el tiempo después de retirada la intervención, por lo que es recomendable considerar el reforzamiento de las actividades durante el año o su repetición periódica.
- Más es más. Se pueden esperar mayores efectos de intervenciones multifactoriales (respecto de intervenciones individuales) y de aquellas de mayor intensidad.

### ***Trabajo en equipo y distribución de funciones***

Se debe promover la creación de alianzas entre los interesados de la unidad o servicio a la que compromete el plan de mejora y los gestores de calidad y directivos institucionales. La calidad es trabajo de equipo. Más aún, debe involucrar a todo el personal de la institución.

#### ***3.1 Corrección de factores estructurales***

Incorpore en su plan de mejora las correcciones factibles de aplicar de acuerdo a los recursos y prioridades locales:

- Provisión de insumos y medicamentos
- Adquisición o reposición de equipamiento
- Mejoras de infraestructura física
- Contratación de personal adicional o redistribución del existente
- Desarrollo de formularios y sistemas de registro
- Convenios o contratos necesarios con entidades externas
- Desarrollo de protocolos, manuales de procedimientos o normas locales faltantes

### 3.2 Intervenciones generales recomendadas para la mejoría de calidad

Existen intervenciones que vale la pena reforzar o aplicar regularmente:

#### 2.1 Retroalimentación

Implica dar a conocer a los profesionales y personal involucrado los resultados de las evaluaciones, la magnitud de los problemas detectados si los hubiere, y los resultados del análisis de sus potenciales causas. La retroalimentación puede realizarse colectivamente (por ejemplo, a la unidad de apoyo en su conjunto), en forma individual (a cada profesional) o ambas, ya sea a través de memorandos internos, en sesiones grupales, y/o mediante publicación de datos relevantes en diarios murales.

No tema hacer uso “abusivo” de la retroalimentación, ésta cumple dos roles importantes:

- Constituye una intervención en sí misma que ayuda a modificar conductas.
- Contribuye a crear cultura en torno a la calidad dentro de la organización.

#### 2.2 Diseminación

Implica difundir las estrategias educativas activas (en las que se asegure la participación del personal en la discusión e incluya componentes prácticos para la creación de destrezas) para difundir las buenas prácticas contenidas en protocolos y manuales de procedimientos locales, mediante reuniones educativas, talleres grupales, y/o visitas educativas en terreno. Estas últimas suponen que una persona entrenada contacta a los profesionales en su lugar de trabajo para darles información, con el objetivo de modificar su práctica. La información entregada puede incluir datos -retroalimentación- sobre el desempeño.

#### 2.3 Recordatorios

Las personas “olvidan” con frecuencia. Los sistemas de recordatorio, suponen entregar en el propio lugar de trabajo y durante las labores de rutina información verbal, impresa o a través de un computador, que las impulsen a recordar y realizar acciones determinadas. Incluye los sistemas computarizados de apoyo a la toma de decisiones y de cálculo de dosis de fármacos, el uso de señalética en fichas o en la cama del paciente y otras.

#### 2.4 Uso de líderes de opinión locales

El ser humano suele imitar a quien admira o respeta. Los líderes de opinión local son profesionales seleccionados en función de que sus colegas les han asignado la condición de “educacionalmente influyentes”. Suelen no ser superiores jerárquicos dentro de la estructura del servicio o unidad, sino simplemente “colegas” que gozan de reconocimiento. Ya sea que se los identifique mediante algún método formal (por ejemplo mediante una encuesta) o no, en las organizaciones suele identificarse con relativa facilidad a quienes poseen este atributo.

Los líderes de opinión pueden jugar un rol importante como aliados estratégicos para los procesos de mejoría, incorporándolos en la toma de decisiones durante la formulación de los planes y reclutándolos -voluntariamente claro está- para actividades tales como entregar contenidos educativos a sus colegas a través de discusiones en pequeños grupos, consultas informales, y revisión conjunta de los protocolos, o simplemente para incentivarlos a que apliquen la conducta que se desea implantar sirviendo de ejemplo a los demás.

## 2.5 Incentivos

La utilización de incentivos económicos individuales no tiene aplicabilidad en el sector público de salud, pero se pueden explorar otras formas de premio a la gestión, así como sanciones de tipo administrativo ante incumplimientos reiterados de normas y procedimientos.

## 2.6 Revisión y mejora de documentos de buenas prácticas existentes y de los sistemas de registro

Considere especialmente el desarrollo de instrumentos en formato abreviado, que resuman los hitos principales del proceso que se desea mejorar, y la reformulación de directrices y sistemas de registro que enfrenten barreras importantes para su aplicación (ver más adelante).

### 3. Intervenciones específicas para contrarrestar las barreras y factores causales detectados

Pese a la falta de evidencia concluyente al respecto, el sentido común sugiere que adaptar las intervenciones a las barreras específicas detectadas debiera ser parte de la aproximación metodológica para la formulación del plan de mejora.

En las tablas siguientes se proponen algunas medidas posibles frente a problemas específicos observados:

#### a. Falta de conocimiento

Barrera	Intervención
El manual de buenas prácticas no ha sido difundido adecuadamente o el personal no conoce sus contenidos.	Utilice estrategias educativas activas. Diseñe y difunda versiones resumidas, cartillas de bolsillo, pósteres u otros instrumentos similares.
El problema afecta especialmente al personal nuevo, transitorio, o quienes se desempeñan a tiempo parcial en la institución.	Focalice las intervenciones en esos grupos.
El manual de buenas prácticas no se encuentra disponible en los lugares de trabajo en forma expedita.	Reprodúzcalo en cantidades apropiadas, incorpórelo a los terminales computacionales o utilice medidas similares para asegurar su presencia en lugares de consulta permanente en el sitio de trabajo.

### b. Desacuerdo

Barrera	Intervención
Existen recomendaciones o procedimientos que los implicados rechazan o no comparten. Existen diferencias de opinión sobre su pertinencia desde el punto de vista técnico. Existe la percepción de que la recomendación resulta poco práctica, o que limita la autonomía profesional.	Considere reformular las directrices utilizando métodos de consenso con los implicados. Reformule las directrices dando cabida a formas alternativas de manejo a menos que existan razones técnicamente fundadas para oponerse a ello. Flexibilice los procedimientos.
Existe la percepción de que la carga de trabajo que impone la normativa no la justifica.	Simplifique los procedimientos y sistemas de registro.

### c. Falta de autosuficiencia

Barrera	Intervención
Existen procedimientos en lo que los implicados se consideran sin la debida autosuficiencia para ejecutar.	Utilice estrategias educativas activas focalizadas en el personal que manifiesta el problema. Desarrolle manuales de procedimiento específicos para esas prácticas (ej. pautas de administración de medicamentos)

### d. Falta de expectativas sobre los resultados / balance de costo-beneficio

Barrera	Intervención
Existen componentes del proceso que los usuarios consideran poco relevante cumplir, aduciendo que no tiene impacto sobre los resultados finales de la atención o su costo/beneficio es incierto.	Utilice estrategias educativas en que se informe adecuadamente al personal cuáles son los objetivos de calidad que se persiguen. Involucre al personal en la planificación de las actividades de evaluación y mejoría. Incorpore indicadores de resultado y retroalimente al personal respecto a ellos.



### e. Inercia de la práctica previa

Barrera	Intervención
El problema de salud detectado se refiere a una práctica o procedimiento de introducción reciente que vino a modificar las rutinas existentes en la institución.	Considere el uso de intervenciones basadas en líderes de opinión local. Utilice estrategias educativas en que se informe adecuadamente al personal cuáles son los objetivos de calidad que se persiguen. Involucre al personal en la planificación de las actividades de evaluación y mejoría.

### f. Características del documento que describe las prácticas a seguir y de los instrumentos de registro

Barrera	Intervención
La opinión de los usuarios, es que el documento de prácticas posee una extensión o complejidad excesivas.	Diseñe y difunda versiones resumidas, cartillas de bolsillo, pósteres u otros instrumentos similares.
Existe una percepción de extensión o complejidad excesiva de los sistemas de registro en uso.	Simplifique los procedimientos y sistemas de registro. Revise la asignación de tiempo destinado a las funciones de registro.

### g. Barreras relacionadas con el paciente

Barrera	Intervención
Existe un clima médico-legal adverso que pudiera explicar la falta de adherencia a las prácticas recomendadas.	Haga explícito el respaldo institucional a los procedimientos normados por el establecimiento.

### h. Barreras relacionadas con el entorno

Barrera	Intervención
Existe un clima laboral adverso que parece influir sobre la falta de adherencia a las prácticas recomendadas	Involucre al personal en la planificación de las actividades de evaluación y mejoría. Relación resultados v/s personal.
Existe la falta de coordinación o apoyo interprofesional (o entre distintos especialistas de una misma profesión) para cumplir los procesos	Cree instancias de coordinación interprofesional respaldadas institucionalmente. Explicitar cómo interviene el funcionario en el resultado final y grupal.
¿Es la falta de recursos o infraestructura un factor relevante? ¿Cuáles son las limitantes principales?	Planes de inversión o asignación de recursos específicos.

### **i. Barreras organizativas**

<b>Barrera</b>	<b>Intervención</b>
Existen modificaciones recientes al modelo de atención que puedan haber influido sobre el problema detectado.	Fije metas progresivas de calidad en conjunto con los involucrados que consideren los efectos de dichas modificaciones.  Evalúe la posibilidad de rediseñar o mejorar los procesos implementados.

### **j. La “curva de aprendizaje”**

<b>Barrera</b>	<b>Intervención</b>
El problema detectado se refiere a un procedimiento, tecnología o prestación nueva en el establecimiento.	Fije metas progresivas de calidad, individuales y/o grupales, en conjunto con los involucrados, que consideren los efectos de la curva de aprendizaje.

### **c. Cronograma de ejecución**

Utilice un formato carta Gantt o similar con las principales actividades a ejecutar.

Recuerde que se requerirá un plazo mínimo entre la ejecución de las actividades de mejoría y el momento en que podrá comenzar a medir sus efectos.

### **d. Presupuesto**

Detalle de costos asociados a las actividades a desarrollar.



## V. Las medidas han sido adoptadas: ¿Cómo hacer el seguimiento y evaluar sus resultados?

***“Every quality improvement programme is an experiment”.***

### **Key messages**

Tal como los procesos asistenciales, los programas de mejoría de calidad deben incorporar elementos de evaluación de sí mismos para monitorear su cumplimiento y efectividad:

#### **a. Monitoreo y evaluación de las actividades del plan**

Es recomendable evaluar el desarrollo de los planes a lo largo de su ejecución, verificando el cumplimiento de las actividades programadas, de los plazos previstos y de los objetivos intermedios fijados (por ej. Los objetivos educativos de una actividad de capacitación).

Esta evaluación debe realizarse teniendo en cuenta:

- ***El nivel de exposición real a dichas intervenciones logrado entre los usuarios a los que iban dirigidas (¿Se cumplió el plan previsto?, ¿Participaron todos quienes debían hacerlo?).***
  - Es posible que una intervención potencialmente efectiva falle en obtener resultados por una implementación inadecuada o por falta de adherencia a ella entre los usuarios a los que va dirigida.
- Las características de las intervenciones de mejoría de calidad implementadas (tipo, contenidos, frecuencia, intensidad) y las dificultades o fortalezas encontradas al respecto.
  - En general, por un criterio de “costo-efectividad”, los planes de mejora deben procurar obtener los máximos efectos al menor costo, no obstante, el impacto de las intervenciones muchas veces depende de la intensidad o duración de las mismas. La evaluación del plan debe considerar si las intervenciones fueron de intensidad suficiente para los objetivos fijados.
  - La forma de ejecutar una intervención: los evaluadores pueden detectar factores que influyen negativa o positivamente y adecuar el plan en caso necesario.

■ **La experiencia del grupo expuesto a las intervenciones (¿Cual fue su percepción?, ¿Cuáles fueron las dificultades observadas?).**

El análisis de los registros de actividades realizadas, así como encuestas y entrevistas individuales o grupales permiten capturar esta información de manera simple.

La detección de problemas en cualquiera de estos niveles podría permitir corregir a tiempo el plan para que cumpla los objetivos originales para los que fue diseñado. Por ello, incluya las actividades de monitoreo del plan desde su diseño y aplíquelas prospectivamente.

**b. Evaluación del impacto del plan**

La evaluación del impacto final del plan de mejora debe realizarse utilizando los mismos indicadores usados cuando se detectó el problema de calidad, para asegurar comparaciones válidas.

Para planificar esta evaluación es necesario considerar la duración de la intervención y el plazo en que es razonable observar resultados después de ella. En general, los efectos pueden comenzar a medirse inmediatamente después de haberse aplicado la intervención. Recuerde sin embargo que en este tipo de intervenciones los efectos pueden ser inicialmente altos, pero fácilmente decaer o llegar a ser nulos con el tiempo.

La evaluación de “series de tiempo” (mediciones repetidas) permite conocer el comportamiento del indicador en el más largo plazo.

Si tiene oportunidad, compare los resultados obtenidos con los de áreas no intervenidas que pudieran servir de controles. Ello le dará alguna referencia para interpretar mejor los resultados, pero no tiene por objetivo aportar evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones contempladas en el plan.

**REFERENCIAS**

*Cabana M, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement JAMA 1999; 282(15):1458-1465*

*Grol et.al, Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. BMJ 1998; 317:858-861.*

*Citado de: Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. Qual Saf Health Care. 2002 Mar;11(1):85-7.*

*Hulscher ME, Laurant MG, Grol RP. Process evaluation on quality improvement interventions. Qual Saf Health Care. 2003 Feb;12(1):40-6.*

---

## Ejemplo de Caso: Evaluación pre-anestésica

---

### Introducción

El hospital X decide implantar un plan de mejoría continua de las prácticas relacionadas con la evaluación preanestésica de los pacientes que ingresan para cirugía electiva.

Paso 1: Análisis de condiciones mínimas que debe cumplir el sistema de gestión de calidad del establecimiento para el proceso de evaluación pre-anestésica.

Componente	SI/NO
¿Existe un protocolo institucional de evaluación pre-anestésica?	SI
¿Los registros en uso permiten evaluar el proceso?	SI
¿Se encuentra implementado un proceso de evaluación del procedimiento de evaluación pre-anestésica en el establecimiento?	SI
¿Existe un profesional responsable designado?	SI
¿Sus funciones se encuentran asignadas?	SI
¿Se han documentado los resultados de la evaluación del proceso?	SI

Se constata que existen condiciones suficientes para evaluar el proceso.

### ***Paso 2: La evaluación sugiere la existencia de un problema de calidad***

De acuerdo a la revisión de fichas clínicas (una muestra aleatoria de 50 fichas de los últimos 6 meses), la proporción de pacientes sometidos a cirugía electiva con registro de visita preanestésica alcanza sólo el 65%.

El protocolo ha definido como umbral mínimo de cumplimiento un 90% de visitas en general, y un 100% en pacientes mayores de 40 años.

La muestra se considera representativa de la realidad y suficientemente precisa (bajo margen de error muestral).

### **Paso 3: Identificación de las causas que podrían explicar el problema**

Analizados los distintos factores que podrían explicar la baja adherencia a la recomendación del protocolo en conjunto con los anestesiólogos del hospital, se plantea que las causas más importantes serían:

- La falta de conocimiento del protocolo por parte de profesionales que se desempeñan sólo en régimen de turnos, y no pertenecen al staff permanente de la institución.
- Las visitas se encuentran asignadas al anestesiólogo de turno, y el tiempo disponible para ejecutar y registrar las visitas es insuficiente.

### **Paso 4: Diseñar y aplicar el plan de mejoras**

A la luz de los antecedentes, el encargado de calidad del establecimiento elabora un plan de mejora en los siguientes términos:

#### **a. Objetivos/resultados esperados**

- Mejorar el grado de cumplimiento del proceso hasta los umbrales fijados en el protocolo en un plazo de 6 meses.

#### **b. Actividades**

- Redistribución de horas médicas, en acuerdo con el jefe de anestesiología, para apoyar la ejecución de las visitas.
- Asignar responsabilidades a la enfermera de turno para velar por el cumplimiento del protocolo en los pacientes que ingresan para cirugía electiva, y coordinar diariamente con el médico de turno la ejecución de las visitas.
- Retroalimentar al jefe de anestesiología con los resultados de la evaluación del cumplimiento de las metas trimestralmente.
- Establecer un programa de inducción a los médicos que no pertenecen al staff que haga hincapié en el cumplimiento de las visitas preanestésicas.

#### **c. Cronograma de ejecución**

Actividad	Mes					
	1	2	3	4	5	6
Redistribución de horas médicas						
Asignación de responsabilidades a enfermería						
Evaluación del indicador y retroalimentación de resultados						
Programa de inducción para médicos externos a la institución						

### **c. Presupuesto**

Las medidas propuestas no implican mayor costo para el establecimiento.

#### ***Paso 5: Evaluación del plan***

- Se asigna al encargado de calidad el monitoreo de las actividades del plan.
- Se fija una reunión de evaluación con el personal involucrado, para discutir los avances y dificultades observadas para el cumplimiento de los objetivos a 3 meses de su puesta en marcha. Las actividades se redefinirán en función de esta evaluación en caso de ser necesario.
- Evaluación del nivel de cumplimiento del indicador a los 3 y 6 meses de la puesta en marcha del plan.





---

# SÍNTESIS DE EVIDENCIA SOBRE METODOLOGÍAS E INTERVENCIONES PARA EL DISEÑO Y APLICACIÓN DE PLANES DE MEJORÍA DE CALIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

---

### 1. Métodos de la revisión de la literatura

#### 1.1 Fuentes y cobertura temporal de la búsqueda bibliográfica

Fuentes: Medline, Lilacs, Database of Abstracts of Effectiveness (DARE), Health Technology Assessment Database (HTA), Cochrane Database of Systematic reviews (CDSR).

Palabras clave: Quality of Health Care[MeSH/Descriptor de asunto], que incluye entre otros los MeSH/Descriptor Advance Directive Adherence; Clinical Competence; Guideline Adherence; Outcome and Process Assessment (Health Care); Peer Review, Health Care; Program Evaluation; Quality Assurance, Health Care; Clinical Audit; Dental Audit; Medical Audit; Nursing Audit; Guidelines as Topic; Total Quality Management; Quality Indicators, Health Care; Medication Errors/prevention & control[MeSH]; Improve [truncado].

Cobertura temporal: Hasta Diciembre 2008

#### 1.2 Criterios de inclusión

Temáticos: Estudios en los que se haya evaluado la efectividad de intervenciones para la mejoría de calidad en la atención de salud.

Metodológicos (diseño de los estudios seleccionados): Fuentes secundarias (revisiones sistemáticas de la literatura).

#### 1.3 Criterios de exclusión

Intervenciones organizativas complejas o aproximaciones originadas a partir de modelos teóricos de la industria: calidad total, reingeniería de sistemas, modelos de manejo integrado de calidad (MBQA, EFQM/excelencia, Chronic Care Model), colaboraciones de mejoría de calidad (modelos anglosajones basados en la conformación de equipos multidisciplinarios de una organización o grupo de organizaciones, que aúnan fuerzas durante varios meses trabajando de manera estructurada para mejorar su provisión de servicios), sistemas de evaluación de la organización.

- Intervenciones basadas en incentivos financieros.
- Intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos.
- Estrategias para la mejoría en patologías específicas (por ejemplo, diabetes mellitus , hipertensión arterial )

#### 1.4 Síntesis de resultados

Se confeccionaron tablas resumen de cada revisión, y una síntesis cualitativa final de los hallazgos de la literatura disponible.

## 2. Resultados

### Revisiones sistemáticas sobre la efectividad de grupos generales de intervenciones de mejoría

Autor	Intervención	Resultados
Araujo (2001)	Intervenciones utilizadas para modificar las conductas clínicas	Los estudios sobre la efectividad de estas intervenciones arrojan resultados heterogéneos, pero en general demuestran que las estrategias educativas pasivas y la distribución pasiva de información no son efectivas, y que sí lo son en grado variable las intervenciones en base a recordatorios, visitas en terreno, auditoría/retroalimentación, y el uso de líderes de opinión local.
Grimshaw (2004)	Estrategias de diseminación e implementación de guías clínicas.	235 estudios que reportaron 309 comparaciones; 73% evaluaron intervenciones multifactoriales. En general, la mayoría demostró mejoría de las prácticas. Las intervenciones individuales más comunes incluyeron recordatorios, diseminación de material educativo, y auditoría y retroalimentación. En las intervenciones multifactoriales no se demostró asociación entre el número de componentes y el efecto, pero sí una tendencia. La mayoría de los estudios usó mediciones de proceso como desenlace primario.
Siddiqi (2005)	Intervenciones utilizadas para modificar las conductas clínicas para llevar la evidencia a la práctica en países en desarrollo.	La auditoría y retroalimentación combinadas con otras intervenciones fueron efectivas, al menos en el corto plazo. Las intervenciones educativas fueron más efectivas cuando estaban diseñadas para responder a necesidades locales y barreras organizativas. La evidencia sobre visitas en terreno, recordatorios, el uso de líderes de opinión local y medios de masas es insuficiente. Los materiales educativos por si mismos no producen cambio.

Autor	Intervención	Resultados
O'Brien (2007)	Visitas de extensión educativas, VEE (visitas educativas en terreno)	Se incluyeron 69 estudios con más de 15 000 profesionales. La diferencia de riesgos (DR) media ajustada en el cumplimiento de la práctica deseada fue del 5,6%. Hubo 18 comparaciones con resultados continuos, con una mejoría relativa promedio ajustada del 21%. Hubo ocho ensayos (12 comparaciones) en las que la intervención incluía una VEE y se comparó con otro tipo de intervención, en general auditoría y retroalimentación. Las intervenciones que incluían VEE parecieron ser ligeramente superiores a la auditoría y la retroalimentación. No se demostró diferencias consistentes entre visitas individuales y grupales.
P'Brien (2000)	Reuniones, cursos y talleres de educación continua	Se incluyeron 32 estudios con un total de 36 comparaciones. Los estudios incluían desde 13 hasta 411 profesionales de la salud (total N = 2.995) y se los consideró de calidad moderada o alta. Se observó una amplia variación en la complejidad de las conductas planificadas, el cumplimiento inicial, las características de las intervenciones y los resultados. Se registraron efectos moderadamente importantes (todos estadísticamente significativos) en seis de las 10 comparaciones de talleres interactivos, y efectos limitados en las cuatro restantes. Para las intervenciones que combinaban talleres y presentaciones didácticas, se observaron efectos moderadamente importantes en 12 comparaciones (once estadísticamente significativas) y efectos limitados en siete. No se observaron efectos estadísticamente significativos en siete comparaciones de presentaciones didácticas.
Marinopoulos (2007)	Educación médica continua (CME)	Se incluyeron 136 estudios y 9 revisiones sistemáticas. La calidad general de la literatura fue baja, pero apoya en general que la CME es efectiva en algún grado, para alcanzar y mantener los objetivos estudiados, incluyendo conocimientos (22 de 28 estudios), actitudes (22 de 26), destrezas (12 de 15), prácticas (61 de 105), y desenlaces clínicos (14 de 33). Los medios audiovisuales fueron más efectivos que los impresos, los multimediales fueron más efectivos que los de medio único, y las exposiciones múltiples fueron mejores que las exposiciones únicas. No se pudo identificar características específicas de las actividades que se asociaran a un mejor efecto. Basado en revisiones previas, los métodos de simulación son efectivos en el desarrollo de destrezas psicomotoras y para ejecución de procedimientos.

Autor	Intervención	Resultados
Jamtvedt (2006)	Auditoría y la retroalimentación (feedback)	Se incluyeron en total 118 estudios. En el análisis primario se incluyeron 88 comparaciones de 72 estudios que comparaban cualquier intervención en la que la auditoría y la retroalimentación (feedback) era un componente comparado con ninguna intervención. En los resultados dicotómicos la diferencia de riesgo ajustada del cumplimiento de la práctica deseada varió de -0,16 (una disminución absoluta del 16% del cumplimiento) a 0,70 (un aumento del 70% del cumplimiento) (mediana = 0,05) y la razón de riesgo ajustada varió de 0,71 a 18,3 (mediana = 1,08). En los resultados continuos el cambio porcentual ajustado con relación al control varió de -0,10 (una disminución absoluta del 10% del cumplimiento) a 0,68 (un aumento del 68% del cumplimiento) (mediana = 0,16). El cumplimiento bajo al inicio de la práctica recomendada y la intensidad mayor de la auditoría y la retroalimentación (feedback) se asociaron con mayores razones de riesgo ajustadas (mayor efectividad) en todos los estudios.
Doumit (2006)	Líderes de opinión locales	La diferencia de riesgos absoluta corregida de la falta de cumplimiento con la práctica deseada varió entre -6% (favorece el control) y +25% (lo que favoreció la intervención con líderes de opinión). En términos generales, la media de la diferencia de riesgos corregida (DRC) fue 0,10; lo que representó una disminución absoluta de 10% en la falta de cumplimiento en el grupo de intervención.

Autor	Intervención	Resultados
Shaw (2005)	Intervenciones dirigidas a superar barreras identificadas para el cambio	<p>Se incluyeron 15 estudios. Para la Comparación 1 (una intervención adaptada para afrontar las barreras al cambio identificadas, comparada con la ausencia de intervención o con intervenciones no adaptadas a las barreras), no hubo coherencia en los resultados y el tamaño del efecto varió tanto entre como dentro de los estudios.</p> <p>Un análisis de meta-regresión de un subconjunto de estudios incluidos, mediante un enfoque clásico, estimó una OR combinada de 2,18 (IC del 95%: 1,09; 4,34), <math>p = 0,026</math> favorable a las intervenciones adaptadas. Sin embargo, con un modelo Bayesiano, la meta-regresión resultó en una OR combinada de 2,27 (IC del 95%: 0,92; 4,75), que no fue estadísticamente significativo.</p> <p>Las intervenciones adaptadas para identificar prospectivamente las barreras pueden mejorar la atención y los resultados de los pacientes. Sin embargo, a partir de los estudios incluidos en esta revisión, no fue posible determinar si las barreras fueron válidas, cuáles fueron las barreras más importantes, si se identificaron todas las barreras y si la intervención elegida las había afrontado.</p> <p>De acuerdo con la evidencia presentada en esta revisión, la efectividad de las intervenciones adaptadas es aún incierta y se necesitan ensayos más rigurosos que incluyan la evaluación de los procesos. Es necesario que investigaciones adicionales aborden explícitamente los temas de la identificación y el afrontamiento de las barreras.</p>
Overeem (2007)	Evaluación de desempeño individual de los médicos en su práctica diaria.	Los métodos de evaluación del desempeño incluyen: pacientes simulados, observación por video, observación directa, evaluación por pares, auditoría de fichas clínicas. La evaluación por pares es el método más factible en términos de costo y tiempo. Su efectividad no ha sido estudiada suficientemente.

**Revisiones sistemáticas sobre la efectividad de intervenciones de mejoría dirigidas a prácticas específicas.**

<b>Autor</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados</b>
Brouwer (2006)	Intervenciones para mejorar la calidad del registro de datos.	Se incluyeron 12 estudios. Las intervenciones a menudo involucraron algún tipo de retroalimentación individual, y en algunos casos auditoría, entrenamiento y reuniones informales, y prácticamente todas tuvieron algún efecto positivo (principalmente sobre el grado de completación de los registros).
Smith	Atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (participación conjunta de los médicos de la atención primaria y la especializada en la prestación planificada de la atención médica, a los cuales se les brinda un intercambio de información mejorado que va más allá de las comunicaciones habituales de alta y referencia).	La mayoría de los estudios analizaron intervenciones multifacéticas complejas y fueron de duración relativamente corta. Los resultados fueron variados. En general no hubo mejorías consistentes.

Autor	Intervención	Resultados
Grimshaw	Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria	<p>Se incluyeron 17 estudios, con 23 comparaciones distintas. Nueve estudios (14 comparaciones) evaluaron intervenciones de formación de profesionales. Estrategias inefectivas incluidas: difusión pasiva de directrices locales sobre derivación (dos estudios), información sobre las tasas de derivación (un estudio) y discusión con un asesor médico independiente (un estudio).</p> <p>Generalmente, las estrategias efectivas consistían en la difusión de directrices con hojas sobre derivación estructuradas (cuatro de cinco estudios) y la participación de especialistas en actividades formativas (dos de tres estudios). Tres estudios evaluaron intervenciones organizativas (pacientes atendidos por médicos de familia en comparación con médicos internistas generales; adscripción de un fisioterapeuta a los consultorios de medicina general; y el requisito de una segunda opinión interna previa a la derivación), y todas ellas resultaron eficaces. Existe un escaso número de evaluaciones rigurosas sobre los que basar las decisiones. Las intervenciones de formación locales activas que involucran a especialistas de atención secundaria y las hojas de directrices estructuradas sobre derivación son las únicas intervenciones que muestran una repercusión en las tasas de derivación, según la evidencia actual. Los efectos de una segunda opinión interna y otras alternativas intermedias situadas en la atención primaria para la derivación de pacientes ambulatorios se muestran prometedoras.</p>
Gould	Intervenciones para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos en la atención al paciente	Dos estudios cumplieron los criterios de la revisión. En uno se informó un aumento estadísticamente significativo del lavado de manos hasta cuatro meses después de la intervención. En el otro, basado en sesiones educativas aisladas, no aumentó el cumplimiento de la higiene de las manos después de la intervención.
Gammon	Intervenciones para mejorar el cumplimiento de precauciones universales/estándar de control de infecciones	13 estudios. El cumplimiento mejora con intervenciones estructuradas. La evidencia no informa sobre la duración de los efectos.



Autor	Intervención	Resultados
Chaillet	Estrategias para reducir la tasa de cesáreas	El efecto combinado de los 10 estudios incluidos mostró efectos favorables (RR=0.81 [0.75, 0.87]). La auditoría y retroalimentación (RR=0.87 [0.81, 0.93]), y las estrategias multifacéticas (RR=0.73 [0.68, 0.79]) fueron efectivas para reducir la tasa de cesárea. Las estrategias basadas en el manejo activo del parto exhibieron resultados mixtos.
Walton (2000)	Sistemas informáticos de apoyo a la dosificación de medicamentos para mejorar la práctica de prescripción	<p>Se incluyeron quince ensayos con 1229 pacientes. Los medicamentos utilizados fueron: teofilina, warfarina, heparina, aminoglucósidos, nitroprusiato, lignocaína, oxitocina, fentanil y midazolam. Las intervenciones se dirigían especialmente a médicos en ámbitos hospitalarios. El apoyo informático para la dosificación de medicamentos reportó beneficios significativos al reducir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El tiempo necesario para lograr un control terapéutico (diferencia estandarizada de promedios -0.44, IC del 95% -0.70 a -0.17);</li> <li>2. Los niveles tóxicos del medicamento (diferencia de riesgos -0.12, IC del 95% -0.24 a -0.01);</li> <li>3. Las reacciones adversas (diferencia de riesgos -0.06, IC del 95% -0.12 a 0.00);</li> <li>4. La duración de la hospitalización (diferencia estandarizada de promedios -0.32, IC del 95% -0.60 a -0.04).</li> </ol> <p>Hubo una tendencia hacia un uso de dosis más altas de los medicamentos con el recurso de sistemas informáticos.</p>

Autor	Intervención	Resultados
McGaughey (2007)	Sistemas de extensión y aviso temprano para la prevención del ingreso a cuidados intensivos y muerte de adultos gravemente enfermos ingresados en sala general del hospital. Incluyen la introducción de un Sistema de Aviso Temprano (EWS, por sus siglas en inglés, early warning system) para registrar las variables fisiológicas, el entrenamiento del personal del hospital para reconocer los signos o la creación de equipos especiales para responder a las llamadas de un paciente que se agrava.	Se incluyeron dos ensayos aleatorizados por conglomerados, uno sobre 23 hospitales en Australia y otro sobre 16 salas en Reino Unido. En el ensayo australiano no se encontró diferencias en la incidencia de paros cardíacos inesperados, muertes inesperadas e ingresos a la UCI no planificado. El ensayo realizado en el Reino Unido halló que los servicios de extensión redujeron la mortalidad hospitalaria (OR corregido 0,52 IC del 95%: 0,32 a 0,85) en comparación con el grupo control.



## ANEXO II

### COMPONENTES ESTRUCTURALES ESPECIFICOS DEL SISTEMA DE CALIDAD

#### 1. Ámbito: respeto a la dignidad del paciente

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Definición de derechos explícitos	Carta de Derechos, Declaración de Derechos o similar.	
Gestión de reclamos	Manual de procedimientos institucional.	
Gestión de reclamos	Libros de reclamos, buzones u otros.	
Evaluación del respeto de los derechos de los pacientes	Manual de procedimientos institucional.	
Consentimiento informado	Manual de procedimientos institucional.	
Consentimiento informado	Sistema de registro: Formatos de consentimiento específicos para cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, de hemodinamia e imagenología.	
Aprobación ética de investigaciones en seres humanos	Comité de ética (propio o externo)	
Aprobación ética de investigaciones en seres humanos	Manual de procedimientos institucional.	
Regulación de actividades docentes de pre-grado	Convenio docente asistencial.	
Regulación y control de actividades de pre-grado	Reglamento / manual de procedimientos.	
Evaluación de situaciones relevantes desde el punto de vista ético	Comité de ética (propio o externo).	
Evaluación de situaciones relevantes desde el punto de vista ético	Manual de procedimientos institucional.	

## 2. Ámbito gestión de la calidad

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Programa de mejoría continua de la calidad institucional.	Política de calidad de la Institución (documento oficial).	
Programa de mejoría continua de la calidad institucional.	Profesional responsable con horas asignadas y descripción de funciones.	
Programa de mejoría continua de la calidad institucional.	Programa de trabajo.	
Actividades de Mejoría de la calidad en Unidades Clínicas y de Apoyo	Profesional designado en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo, y funciones asignadas.	
Actividades de Mejoría de la calidad en Unidades Clínicas y de Apoyo	Metas de calidad anual de cada unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes)	

## 3. Ámbito gestión clínica

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Evaluación pre-anestésica	Protocolo institucional.	
Procedimientos de enfermería	Manuales de procedimientos institucionales.	
Evaluación y manejo del dolor agudo	Manual de procedimientos institucional.	
Reanimación cardiopulmonar avanzada	Protocolos institucionales.	
Criterios de ingreso y egreso a UPC	Protocolo institucional.	
Criterios de indicación de cesárea	Protocolo institucional.	
Criterios de indicación de transfusión	Protocolo institucional.	
Atención de pacientes oncológicos	Comité Oncológico (propio o externo)	
Contención física de pacientes en agitación psicomotora.	Manual de procedimientos institucional.	
Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.	Protocolo institucional.	
Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.	Manual de procedimientos institucional.	
Identificación del paciente	Manual de procedimientos institucional.	
Uso de anticoagulantes orales	Protocolo institucional.	
Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos.	Protocolos institucionales.	
Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales: errores de medicación, caídas, úlceras por presión.	Protocolos institucionales.	
Programa de vigilancia de eventos adversos	Manual de procedimientos institucional.	
Programa de vigilancia de eventos adversos	Sistema de registro.	
Programa de Prevención y Control de IIH	Comité de Infecciones intrahospitalarias.	
Programa de Prevención y Control de IIIH	Sistema de vigilancia de IIIH: Manual de procedimientos institucional.	
Programa de Prevención y Control de IIIH	Supervisión de prácticas de prevención de IIIH: Protocolos institucionales.	

#### 4. Ámbito acceso, oportunidad y continuidad de la atención

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Alerta y organización de la atención de emergencias con riesgo vital dentro de la institución.	Manual de procedimientos institucional.	
Priorización de la atención de urgencia	Manual de procedimientos institucional.	
Notificación de situaciones de riesgo, detectadas por exámenes de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.	Manual de procedimientos institucional.	
Derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden capacidad de resolución del establecimiento.	Manual de procedimientos institucional.	
Entrega de turnos.	Manual de procedimientos institucional.	
Entrega de turnos.	Sistema de registros de entrega de turno de enfermeras, matronas y médicos.	

#### 5. Ámbito competencias del recurso humano

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Habilitación de médicos y cirujanos dentistas	Certificados de título o constancia de inclusión en registro nacional.	
Habilitación de técnicos y profesionales	Certificados de título.	
Especialidad de médicos y cirujanos dentistas	Certificados de especialidad o constancia de inclusión en registro nacional.	
Inducción de personal nuevo.	Documento institucional que describe el programa de inducción.	
Orientación de personal nuevo.	Documento institucional que describe el programa de orientación.	
Capacitación en prevención y control de IIH y reanimación cardiopulmonar.	Documento institucional que describe el programa de capacitación.	
Control de riesgos por exposiciones en el personal.	Manual de procedimientos institucional.	
Accidentes laborales con material contaminado con fluidos de riesgo y sustancias peligrosas (antineoplásicos, materiales radioactivos).	Manual de procedimientos institucional.	
Accidentes laborales con material contaminado con fluidos de riesgo y sustancias peligrosas (antineoplásicos, materiales radioactivos).	Sistema de registro.	
Vacunación del personal	Protocolo institucional.	

## 6. Ámbito registros

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Sistema de ficha clínica	Manual de procedimientos institucional.	
Sistema estandarizado de registros clínicos.	Manual de procedimientos institucional.	
Sistema estandarizado de registros clínicos.	Formatos de registro específicos para ingreso médico, protocolo operatorio, protocolo de anestesia, epicrisis, interconsultas, atención de urgencia, atención de enfermería.	
Informes al paciente de prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.	Manual de procedimientos institucional.	
Entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.	Manual de procedimientos institucional.	

## 7. Ámbito seguridad del equipamiento

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Adquisición de equipamiento.	Manual de procedimientos institucional.	
Seguimiento de vida útil de equipamiento crítico.	Manual de procedimientos institucional.	
Mantenimiento preventivo de equipos críticos para la seguridad de los pacientes.	Documento institucional que describe el programa de mantenimiento preventivo.	
Mantenimiento preventivo de equipos relevantes en las unidades de apoyo.	Documento institucional que describe el programa de mantenimiento preventivo.	
Mantenimiento preventivo contratado con empresas externas.	Convenios / contratos.	
Definición local de personas autorizadas para operación de equipamiento relevante para la seguridad de los pacientes.	Manual de procedimientos institucional.	

## 8. Ámbito seguridad de las instalaciones

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Prevención de incendios.	Documento institucional que describe el plan de prevención.	
Evacuación frente a accidentes o siniestros.	Documento institucional que describe el plan de evacuación.	
Vías de evacuación	Señalética en lugares previstos.	
Mantenimiento preventivo de instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público	Documento institucional que describe el programa de mantenimiento preventivo.	
Plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.	Documento institucional que describe el plan de contingencia.	

## 9. Ámbito servicios de apoyo

AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Laboratorio clínico	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Laboratorio clínico	Manuales de procedimientos sobre procesos de etapa pre-analítica.	
Laboratorio clínico	Formularios para entrega de información a pacientes ambulatorios en etapa pre-analítica.	
Laboratorio clínico	Manuales de procedimientos sobre procesos de etapas analítica y post-analítica.	
Laboratorio clínico	Documento institucional que describe el Programa de Evaluación Externa de la Calidad del laboratorio	
Laboratorio clínico	Manual de procedimientos de bioseguridad.	
Farmacia	Convenios de compra de preparados antineoplásicos y/o fórmulas de nutrición parenteral a terceros acreditados.	
Farmacia	Comité de Farmacia	
Farmacia	Manual de procedimientos sobre adquisición de medicamentos e insumos	
Farmacia	Manual de procedimientos sobre Stock mínimo de medicamentos e insumos en unidades de pacientes de mayor riesgo	
Farmacia	Manual de procedimientos sobre rotulación, envasado, despacho, eliminación, y reposición de stock mínimo de medicamentos e insumos en la unidad.	
Farmacia	Manual de procedimientos de farmacia que se ejecutan en las unidades clínicas.	



AREA	COMPONENTE	SI/NO/NA
Farmacia	Manual de procedimientos sobre preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.	
Farmacia	Manual de procedimientos sobre elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral	
Esterilización	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Esterilización	Esterilización centralizada	
Esterilización	Manual de procedimientos de esterilización	
Esterilización	Manual de procedimientos sobre almacenamiento de material estéril	
Esterilización	Manual de procedimientos de desinfección de alto nivel	
Transporte de pacientes	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Transporte de pacientes	Manual de procedimientos de transporte	
Transporte de pacientes	Sistemas de fijación y disposición de pacientes y equipamiento de soporte en condiciones operativas.	
Transporte de pacientes	Revisiones técnicas vigentes	
Diálisis	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Diálisis	Manual de procedimientos de hemodiálisis y peritoneodiálisis	
Diálisis	Protocolos de prevención de infecciones en hemodiálisis y peritoneodiálisis.	
Diálisis	Documento institucional que describe el programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis	
Radioterapia	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Radioterapia	Protocolos de radioterapia.	
Radioterapia	Documento institucional que describe el programa de control de calidad de los procedimientos de radioterapia.	
Radioterapia	Manual de procedimientos sobre las solicitudes de tratamiento, indicaciones a los pacientes y sistema de registro de radioterapia.	
Anatomía patológica	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Anatomía patológica	Manuales de procedimientos sobre procesos de etapa pre-analítica.	
Anatomía patológica	Manuales de procedimientos sobre procesos de etapas analítica y post-analítica.	
Anatomía patológica	Manual de procedimientos de condiciones de bioseguridad.	

<b>AREA</b>	<b>COMPONENTE</b>	<b>SI/NO/NA</b>
Quimioterapia	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Quimioterapia	Protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registro	
Quimioterapia	Manual de procedimientos de atención en quimioterapia y vigilancia de Infecciones	
Imagenología	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Imagenología	Manual de procedimientos imagenológicos de riesgo.	
Imagenología	Manual de procedimientos sobre solicitud de exámenes e indicaciones para los pacientes en procedimientos imagenológicos.	
Kinesioterapia y rehabilitación	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Kinesioterapia y rehabilitación	Manual de procedimientos para las atenciones de kinesioterapia respiratoria	
Kinesioterapia y rehabilitación	Protocolo sobre contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica	
Medicina transfusional	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Medicina transfusional	Programa de control de calidad y manuales de procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.	
Medicina transfusional	Sistema de registro para la trazabilidad de los componentes sanguíneos durante el proceso de transfusión.	
Atención de donantes	Programa de control de calidad y manuales de procedimientos relacionados con el proceso de donación.	
Atención de donantes	Sistema de registro para la trazabilidad de los componentes sanguíneos durante el proceso de donación.	
Centro de sangre	Convenios de compra de prestaciones a terceros acreditados.	
Centro de sangre	Programa de control de calidad y manuales de procedimientos relacionados con el proceso de producción.	
Centro de sangre	Documento institucional que describe el Programa de Evaluación Externa de la Calidad del Centro de sangre.	
Centro de sangre	Sistema de registro para la trazabilidad de los componentes sanguíneos durante el proceso de producción.	



## ANEXO III

# EVALUACION DE PROCESOS ESPECIFICOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

### 1. Ámbito: respeto a la dignidad del paciente

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Gestión de Reclamos	Situación global de los reclamos, considerando al menos: evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.	
Respeto de los derechos de los pacientes	Cumplimiento del respeto a los derechos de los pacientes (Carta de Derechos), considerando la percepción de éstos y de los demás usuarios (encuestas u otros).	
Regulación y control de actividades de pre-grado	Supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.	

### 2. Ámbito gestión de la calidad

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Mejoría continua de la calidad institucional.	Desempeño anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.	

### 3. Ámbito gestión clínica

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Evaluación de las prácticas clínicas.	Procedimiento de evaluación pre-anestésica, para anestésias generales y regionales.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Procedimientos de enfermería: 1. Instalación de catéter urinario 2. Manejo de pacientes en ventilación mecánica 3. Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal 4. Manejo de vías venosas periféricas y centrales 5. Administración de medicamentos EV 6. Inmunizaciones y manejo de cadena de frío 7. Curaciones complejas (en establecimientos de atención abierta)	

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Evaluación de las prácticas clínicas.	Manejo del dolor agudo en pacientes post-operados.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Prácticas de reanimación cardiopulmonar básica (en establecimientos de atención abierta) y avanzada.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso a UPC.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Cumplimiento de los criterios de indicación de cesárea.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Cumplimiento de los criterios de indicación de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y número de unidades.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Adopción de decisiones de tratamiento oncológico: funcionamiento del Comité Oncológico.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Prácticas de contención física de pacientes con agitación psicomotora.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Cumplimiento de los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Procedimientos de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Prácticas de identificación del paciente en: 1. Recién nacidos 2. Pacientes pediátricos 3. Pacientes con compromiso de conciencia 4. Pacientes que ingresan a pabellón	
Evaluación de las prácticas clínicas.	Prácticas de uso de anticoagulantes orales.	
Prevención y vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.	Actividades de prevención de eventos adversos asociados a la cirugía: 1. Cirugía en paciente equivocado 2. Cirugía del lado equivocado 3. Error del tipo de cirugía 4. Cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico	
Prevención y vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.	Actividades de prevención de eventos adversos asociados a la atención clínica: 1. Errores de medicación 2. Caídas 3. Ulceras por presión	
Prevención y vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.	Operación del sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, y del análisis de eventos centinela.	

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.	Funcionamiento del Comité de Infecciones Intrahospitalarias y periodicidad de las reuniones.	
Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.	Vigilancia activa de Infecciones Intrahospitalarias de acuerdo con la normativa nacional.	
Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.	Actividades de supervisión de prácticas de prevención de IIH: 1. Precauciones estándar 2. Aislamientos 3. Prevención de infección de herida operatoria 4. Prevención de endometritis 5. Prevención de infecciones asociadas al uso de catéteres vasculares y catéter urinario permanente 6. Uso de antisépticos y desinfectantes.	

#### 4. Ámbito acceso, oportunidad y continuidad de la atención

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Priorización de la atención de urgencia.	Operación del sistema de categorización de pacientes en la unidad de emergencia.	
Situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.	Operación del sistema de notificación de resultados críticos de riesgo.	
Entrega de turnos en las unidades clínicas	Procedimientos de entrega de turnos de enfermeras, matronas y médicos.	

#### 5. Ámbito competencias del recurso humano

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Inducción de personal nuevo.	Ejecución de las actividades de inducción del personal que ingresa a la institución.	
Orientación de personal nuevo.	Ejecución de las actividades de orientación de médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos que ingresan a la institución.	
Capacitación del personal en prevención y control de infecciones (IIH) y reanimación cardiopulmonar (RCP).	Ejecución de las actividades de capacitación en IIH y RCP.	

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Salud del personal.	Ejecución de las actividades de control de riesgos a exposiciones: 1. Dosimetría en personal que participa en procedimientos imagenológicos 2. Dosimetría en personal de radioterapia 3. Examen de salud en personal involucrado en la manipulación de drogas antineoplásicas 4. Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica	
Salud del personal.	Situación global de los accidentes ocurridos en el personal con material contaminado con fluidos de riesgo o sustancias peligrosas (antineoplásicos, materiales radioactivos) y de las decisiones adoptadas al respecto.	
Salud del personal.	Aplicación de las normas de vacunación del personal.	

### 6. Ámbito registros

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Registros clínicos	Cumplimiento de condiciones de legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios y epicrisis.	
Informes de prestaciones e indicaciones de seguimiento al paciente.	Cumplimiento de los procedimientos de entrega y contenidos de informes al paciente tras: 1. Alta hospitalaria 2. Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia 3. Atención de urgencia 4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios 5. Cirugía mayor ambulatoria	
Entrega, recepción y conservación de fichas	Aplicación de los procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad (sistema de registro de entrega y recepción de fichas).	

## 7. Ámbito seguridad del equipamiento

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Adquisición de equipamiento	Cumplimiento de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento	
Vida útil y reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios.	Evaluación anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.	
Mantenimiento preventivo de los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.	Ejecución del plan de mantenimiento preventivo de: 1. Equipos de monitorización hemodinámica y de parámetros vitales 2. Monitores desfibriladores 3. Ventiladores fijos y de transporte 4. Máquinas de anestesia 5. Ambulancias de urgencia 6. Incubadoras	
Mantenimiento preventivo de equipos relevantes de Unidades de Apoyo.	Ejecución del plan de mantenimiento preventivo de: 1. Autoclaves 2. Campanas de flujo laminar 3. Contadores hematológicos 4. Equipos de electrolitos y gases 5. Analizadores de Química Clínica 6. Equipos automatizados para Microbiología, Hormonas e Inmunología 7. Microscopios de fluorescencia 8. Lectores de ELISA 9. Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados 10. Equipos de diálisis y tratamiento de agua 11. Equipos de imagenología 12. Equipos de radioterapia	

## 8. Ámbito seguridad de las instalaciones

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Prevención de incendios	Ejecución de actividades de prevención de riesgos de incendio: 1. Vigencia informe de bomberos (quinquenal) 2. Vigencia recarga de extintores 3. Estado/accesibilidad red seca y húmeda 4. Mantenimiento preventivo de red seca, húmeda y sistemas automatizados de mitigación de incendios.	
Evacuación frente a accidentes o siniestros	Ejecución de simulacros anuales de evacuación.	
Evacuación frente a accidentes o siniestros	Revisión y mantenimiento del estado de la señalética de vías de evacuación del establecimiento.	



AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Mantenimiento preventivo de instalaciones	Ejecución de los planes de mantenimiento preventivo de: 1. Ascensores 2. Calderas 3. Sistema de aspiración y gases clínicos 4. Techumbre 5. Sistemas de climatización para áreas clínicas relevantes.	
Suministro eléctrico y de agua potable.	Ejecución de los planes de mantenimiento preventivo de los sistemas de iluminación de emergencia, y de provisión de agua de emergencia (plan de contingencia por interrupción de suministro).	

### 9. Ámbito servicios de apoyo

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Laboratorio clínico	Cumplimiento de procedimientos de la etapa pre-analítica: 1. Instrucciones de preparación del paciente 2. Toma de muestras 3. Rotulación de las muestras 4. Conservación de las muestras 5. Traslado de las muestras 6. Criterios de rechazo de muestras	
Laboratorio clínico	Cumplimiento de procedimientos de las etapas analítica y post analítica: 1. Cumplimiento protocolos de control de calidad internos 2. Tiempos de respuesta de exámenes.	
Laboratorio clínico	Evaluación y mejoría del cumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.	
Farmacia	Cumplimiento de procedimientos de la unidad de farmacia: 1. Rotulación de medicamentos 2. Envasado de medicamentos e insumos 3. Despacho de medicamentos e insumos 4. Eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o mal rotulados 5. Reposición de stock mínimo de la unidad	
Farmacia	Cumplimiento de procedimientos relacionados con farmacia en las unidades clínicas: 1. Almacenamiento y conservación. 2. Formato de prescripciones. 3. Solicitudes y devolución de medicamentos e insumos desde unidades clínicas. 4. Notificación de reacciones adversas a medicamentos.	

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Farmacia	Cumplimiento de procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.	
Farmacia	Cumplimiento de los procedimientos de elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral.	
Esterilización	Cumplimiento de los procedimientos de esterilización considerados más relevantes por el prestador, de entre los siguientes: 1. Los métodos de esterilización y desinfección utilizados según los tipos de material. 2. Transporte de material contaminado. 3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución. 4. Recepción de materiales a ser esterilizados. 5. Lavado y secado 6. Inspección y preparación 7. Operación de equipos de esterilización 8. Distribución 9. Controles de calidad	
Esterilización	Cumplimiento de los procedimientos de almacenamiento de material estéril.	
Esterilización	Cumplimiento de los procedimientos de desinfección de alto nivel.	
Transporte de pacientes	Cumplimiento de: 1. Los procedimientos de entrega de pacientes al centro receptor 2. Las condiciones de operación del equipamiento de soporte 3. Las condiciones operativas de los móviles 4. La selección del tipo de móvil	
Diálisis	Cumplimiento de los procedimientos de hemodiálisis y peritoneodiálisis.	
Diálisis	Cumplimiento de los procedimientos relacionados con: 1. Manejo de pacientes con infecciones virales 2. Reutilización de dializadores y líneas 3. Desinfección de monitores 4. Manejo de accesos vasculares	
Diálisis	Cumplimiento del programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis: 1. Mediciones de la calidad del agua tratada 2. Controles externos químicos y microbiológicos.	
Radioterapia	Cumplimiento de protocolos de radioterapia: 1. Planificación 2. Simulación 3. Tratamientos (teleterapia, braquiterapia) 4. Prevención, manejo y vigilancia de eventos adversos	

AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Radioterapia	Ejecución de actividades de control de calidad de radioterapia: 1. Aseguramiento de dosis y demás condiciones físicas relevantes de los tratamientos 2. Posicionamiento de pacientes 3. Sistemas de seguridad de recintos: alarmas, control de accesos 4. Manejo, almacenamiento y eliminación de desechos radioactivos	
Anatomía patológica	Cumplimiento de los procedimientos de la etapa pre-analítica: 1. Solicitudes de estudio anatomopatológico 2. Obtención de muestras 3. Rotulación de las muestras 4. Conservación y traslado de muestras 5. Criterios de rechazo de muestras	
Anatomía patológica	Cumplimiento de los procedimientos de las etapas analítica y post analítica: 1. Cumplimiento protocolos de control de calidad internos 2. Plazos de entrega de resultados 3. Procedimientos de respaldo de los informes y muestras procesadas.	
Quimioterapia	Aplicación de protocolos de tratamiento y procedimientos de registro	
Quimioterapia	Cumplimiento de procedimientos relativos a: 1. Administración de antineoplásicos. 2. Disposición y eliminación de desechos de antineoplásicos y residuos contaminados. 3. Prevención y vigilancia de infecciones asociadas a catéteres centrales.	
Imagenología	Aplicación de los procedimientos de prevención de eventos adversos asociados al uso de: 1. Medios de contraste endovenosos. 2. Sedación o anestesia.	
Imagenología	Aplicación de los procedimientos relacionados con: 1. Requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes. 2. Indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y/o después de los procedimientos.	
Kinesioterapia y Rehabilitación	Cumplimiento de: 1. Requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria. 2. Criterios de contraindicación para la ejecución de procedimientos específicos.	

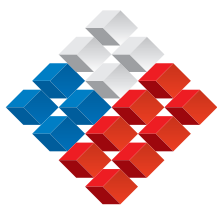
AREA	PROCESOS A EVALUAR	SI/NO/NA
Medicina Transfusional	Aplicación de procedimientos relacionados con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinación de grupos A, B 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares</li> <li>2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión</li> <li>3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos</li> <li>4. Gestión del stock</li> <li>5. Estudios de compatibilidad donante/paciente</li> <li>6. Control A, B, 0 y Rh –D pretransfusional</li> <li>7. Administración de transfusiones</li> <li>8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones.</li> </ol>	
Medicina Transfusional	Aplicación de los procedimientos de registro para asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos durante el proceso de transfusión.	
Atención de donantes	Aplicación de los procedimientos de registro para asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos durante el proceso de donación.	
Centro de Sangre	Aplicación de procedimientos relacionados con los procesos productivos del centro: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparación de hemocomponentes</li> <li>2. Eliminación de bolsas de sangre y hemocomponentes no aptos</li> <li>3. Calificación microbiológica de unidades donadas</li> <li>4. Calificación inmunohematológica de unidades donadas</li> <li>5. Liberación y etiquetado de unidades producidas</li> <li>6. Almacenamiento y gestión de stock</li> <li>7. Transporte de hemocomponentes</li> </ol>	
Centro de Sangre	Evaluación y mejora del cumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.	
Centro de Sangre	Aplicación de los procedimientos de registro para asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos durante el proceso de producción.	



SERIE CUADERNOS DE REDES N° 23

# Metodología:

Elaboración de planes  
de mejora continua para  
la gestión de la calidad



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES