



**REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

RESOLUCIÓN MINISTERIAL NO. 145

POR CUANTO: La Ley No. 41 "De la Salud Pública", de 13 de julio de 1983, establece en su artículo 3, que el Ministerio de Salud Pública tiene a su cargo la rectoría metodológica, técnica y científica, en la prestación de los servicios, elabora el Plan Ramal de la Salud Pública y regula el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines, fijando las condiciones, requisitos y limitaciones de las mismas.

POR CUANTO: El Acuerdo No. 2840, de 25 de noviembre de 1994, adoptado por el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, establece que el Ministerio de Salud Pública, es el Organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del Gobierno, en cuanto a la salud pública, teniendo entre sus atribuciones y funciones específicas, la de regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines, que se contempla en el numeral 5 del apartado Segundo, así como en el numeral 7 del propio apartado, se aprueba la de planificar y ejecutar acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud humana.

POR CUANTO: El Acuerdo Número 2817 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, de 25 de noviembre de 1994, adoptado de conformidad con las Disposiciones Finales Sexta y Séptima del Decreto - Ley No. 147 "De la Reorganización de los Organismos de la Administración Central del Estado, de 21 de abril de 1994, establece los deberes, atribuciones y funciones comunes de los Organismos de la Administración Central del Estado, correspondiendo a sus jefes, a tenor de lo dispuesto en el numeral 4, del apartado Tercero "Dictar en el límite de sus facultades y competencia, reglamentos, resoluciones y disposiciones de obligatorio cumplimiento para el sistema del organismo; y en su caso, para los demás organismos, los órganos locales del poder popular, las entidades estatales, el sector cooperativo, mixto, privado y la población".

POR CUANTO: Por Resolución Ministerial No. 75, de 30 de junio de 1993, se aprueba y pone en vigor en todas las unidades hospitalarias que conforman el Sistema Nacional de Salud, a excepción de los Hospitales Rurales, el Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Hospitalaria.

POR CUANTO: La calidad se logra cuando interviene todo el personal que participa en el proceso del servicio hospitalario, en función de alcanzar la aptitud requerida para satisfacer las necesidades de pacientes y familiares.

POR CUANTO: Teniendo en cuenta el profundo trabajo realizado para la búsqueda de excelencia en las unidades que integran la red de instituciones hospitalarias, y consecuentemente la necesaria transformación de los servicios hospitalarios, que implica: cambios en la mentalidad y la conducta de los trabajadores y cuadros como elemento medular del Movimiento Colectivo Moral; la instalación de nuevas tecnologías; la revitalización de las unidades asistenciales y su integración; la universalización de la enseñanza; así como una acertada organización y dirección; demanda cada vez más un proceso institucional continuo que asegure la elevada calidad en la prestación de los servicios, que este organismo, por su función, debe mantener ante el pueblo al cual está obligado a servir.

POR CUANTO: Con el objetivo de disponer de bases organizativas que permitan el desarrollo integral y permanente de Gestión de la Calidad Hospitalaria; se hace necesario, a tenor de los fundamentos anteriores, aprobar y poner en vigor el PROGRAMA PARA EL PERFECCIONAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS para la red de unidades hospitalarias e institutos de investigación que posean camas, que integran el Sistema Nacional de Salud.

POR CUANTO: Por Acuerdo del Consejo de Estado, de fecha 27 de mayo del 2004, se designó al que resuelve Ministro de Salud Pública.

POR TANTO: En el ejercicio de las facultades que me están conferidas,

RESUELVO:

PRIMERO: Aprobar y poner en vigor el PROGRAMA PARA EL PERFECCIONAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS, que se anexa y forma parte integrante de esta Resolución.

SEGUNDO: Los Anexos Números 1, 2, 3, 4 y 5 que se adjunta a la presente, son referencias necesarias que forman parte del PROGRAMA PARA EL PERFECCIONAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS, y en consecuencia de esta Resolución.

SEGUNDO: Disponer que en un término no mayor a seis meses, contado a partir de vigencia de la presente Resolución, todas las

unidades hospitalarias e institutos de investigación que posean camas, que integran el Sistema Nacional de Salud, confeccionen los Programas de Gestión de la Calidad Hospitalaria específicos, que serán puestos en vigor mediante Resolución de su Director.

TERCERO: Se faculta al Viceministro que atiende la Asistencia Médica y Social en el Organismo, para dictar las disposiciones complementarias que sean necesarias para el más efectivo control y cumplimiento de esta Resolución.

CUARTO: El Viceministro que atiende la Asistencia Médica y Social en el Organismo, así como los Directores Provinciales de Salud, y Directores de Unidades Hospitalarias e Institutos que se subordinan nacionalmente al Ministerio de Salud Pública, quedan encargados del cumplimiento de lo dispuesto por la presente Resolución.

QUINTO: Se deroga la Resolución Ministerial No. 75, de 30 de junio de 1993.

NOTIFÍQUESE al Viceministro que atiende la Asistencia Médica y Social, así como a los Directores Provinciales de Salud, y Directores de Unidades Hospitalarias e Institutos que se subordinan nacionalmente al Ministerio de Salud Pública.

COMUNÍQUESE a cuantas personas naturales o jurídicas deban conocer de la misma.

ARCHÍVESE el original de la presente en la Dirección Jurídica de este Ministerio.

DADA, en la Ciudad de La Habana, en el Ministerio de Salud Pública, a los 27 días del mes de abril de 2007.

Dr. José Ramón Balaguer Cabrera
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CERTIFICO: Que es copia fiel de su original que obra en los archivos de esta Dirección Jurídica. 27 de abril de 2007.


Lda. Tania García Cabello
DIRECTORA JURIDICA



ANEXO A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL NO. 145/2007



**PROGRAMA PARA EL
PERFECCIONAMIENTO CONTÍNUO DE LA
CALIDAD DE LOS SERVICIOS
HOSPITALARIOS**

2007

ÍNDICE

No.	Asunto	Página
I	Introducción.....	3
II	Antecedentes y Justificación.....	3
III	Límites.....	5
IV	Principios.....	5
V	Objetivos. Objetivo General.....	5
	Objetivos Específicos.....	5
VI	Actividades para cumplimentar los objetivos.....	6
	Objetivo No. 1 – Disponer de bases organizativas que permitan el desarrollo integral y permanente de perfeccionamiento de la calidad hospitalaria.	6
	Objetivo No. 2 – Evaluar integralmente la calidad del proceso... asistencial.	7
	Objetivo No. 3 – Evaluar la satisfacción de los pacientes, familiares, trabajadores y otras instituciones relacionadas con.. la actividad hospitalaria.	7
	Objetivos No. 4 – Definir y divulgar la Política de Calidad de la.. Institución.	8
	Objetivo No. 5 – Definir indicadores de calidad para todos los. Niveles de la organización.	8
	Objetivo No. 6 .- Realizar investigaciones necesarias sobre calidad para mejorar y perfeccionar la atención que brinda la institución en busca de la excelencia.	8
VII	Organización	9
	-Política de Calidad de la institución	9
	- Sistema de Control de la Calidad. Enfoque del Control de la Calidad y sus componentes. Visión integral de la Calidad Hospitalaria	10
	-Papel del Jefe de Servicio en el control de Calidad Hospitalaria	11
VIII	Control de Calidad	12
	-Círculos de Calidad	12
	-Comité de Auditoría Médica.	14
	-Unidad Organizativa de Calidad, Objetivos, Funciones, Estructura	16
	-Comités Asesores de Evaluación de la Calidad del Hospital	17
	1-Comité de Evaluación del Proceso Asistencial (CEPA). Objetivos. Funciones.	17
	2- Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica (CEAQ). Objetivo. Funciones. Estructura. Procedimientos	18
	3- Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria (CEMH). Objetivo. Funciones. Estructura. Procedimientos.	20
	4- Comité de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria (CPCIH). Objetivo. Funciones. Estructura. Procedimientos.	21
	5- Comité Fármaco Terapéutico (CFT). Objetivo. Funciones. Estructura. Procedimientos.	24 26
	6- Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional. Objetivo. Funciones. Estructura. Procedimientos.	27
	-Indicadores de Resultados, Resumen	28
	-Glosario	32

-Referencias	34
-Anexos.....	

INTRODUCCIÓN

La política de la Revolución Cubana tiene como premisa que la salud es un derecho de todos; está dirigida a garantizar, junto a la acción de otros organismos y organizaciones, los más altos niveles de calidad de vida del pueblo; brindar ayuda solidaria a los demás países del mundo y aspira a servicios de excelencia a través del mejoramiento permanente de la Calidad.

Es responsabilidad de los trabajadores, funcionarios y directivos ofrecer los servicios hospitalarios sustentados en principios éticos, que reflejen los valores humanos en el plano colectivo e individual, y se manifiesten en un alto compromiso moral con ese encargo de la sociedad.

Debe asumirse una actitud responsable hacia la Calidad, que se convierta en un principio de conducta cotidiana, expresada en el desempeño integral a partir de la sensibilidad humana y el elevado nivel científico y profesional, como resultado del desarrollo de ideas, valores y conocimientos.

En los hospitales se cumple la trascendente tarea de perfeccionar la Calidad, enfrentándola de forma consciente y decidida e implicando a los trabajadores en su desarrollo. Para ello se exige cohesión y sistematicidad en función de obtener avances sustanciales en esta labor transformadora.

La conducción de los procesos de calidad por la dirección de las instituciones hospitalarias parte del ejemplo personal y requiere una elevada maestría y eficiencia en la formación integral de los trabajadores, para que adopten decisiones acertadas en cada momento de actuación. En ese empeño se debe propiciar el análisis de su propia conducta y la del colectivo, estimulándolos a realizar valoraciones con independencia y creatividad, para dar respuesta a los problemas identificados partiendo de los conceptos, principios y valores de la Salud Pública Revolucionaria y la Ética Médica Socialista.

II - ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La falta de acceso universal a los servicios de salud en la mayoría de los países del mundo contribuye a la desigualdad en el estado de salud de los pueblos, lo cual está determinado por los sistemas sociales imperantes. Esta desigualdad se expresa tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados. El sistema social cubano, en cambio, constituye un ejemplo al lograr el acceso pleno a los servicios de salud de todo el pueblo y tiene el reto actual de continuar desarrollándose.

Resulta imprescindible la ejecución de acciones encaminadas a fomentar la calidad de los servicios en las instituciones hospitalarias, con los objetivos de alcanzar la Excelencia

para dar cumplimiento a la Política planteada por la Dirección del País e instrumentar las Proyecciones de la Salud Pública Cubana hasta el 2015.

Es un imperativo disponer de un diseño metodológico que incluya líneas de trabajo para elevar la calidad de la atención médica en los hospitales, con un sistema evaluativo capaz de detectar las alteraciones que puedan aparecer. Esto requiere un programa que permita alcanzar dichas expectativas.

Existen algunos hechos aislados del control a la calidad de la atención médica en Cuba antes de 1959 en clínicas privadas y en el Hospital Calixto García, donde en 1943 se incluyeron en el reglamento de la organización del hospital los comités médicos, la programación y la eficiencia hospitalaria; predominando en esa época un enfoque de interés individual y sin apoyo oficial.

El control sistemático a la calidad de la atención médica hospitalaria en Cuba se inició después del triunfo revolucionario. Con el Reglamento General de Hospitales del año 1961 y el Comité de Evaluación de la Actividades Científicas en 1962, se estableció la confección obligatoria de la historia clínica y luego su evaluación cualitativa.

Posteriormente aparecen los documentos relacionados con la organización y evaluación de la Calidad en Hospitales: los Reglamentos de 1963; 1973 y 1985, el Primer Programa de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria en 1984, el Consejo Médico Auditor y el Consejo Científico en 1986, y en el año 1991 el Comité Fármaco Terapéutico.

En el año 1992 se elaboró el Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Hospitalaria puesto en vigor en el año 1993, que devino en un avance importante para la evaluación de la calidad en los hospitales.

La calidad no se alcanza por generación espontánea, se logra sólo cuando en ella interviene todo el personal que participa en el proceso del servicio hospitalario, y representa la totalidad de las características de una entidad que le confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas dadas por el paciente y familiares.

Como consecuencia del criminal Bloqueo Imperialista y las severas limitaciones del Periodo Especial se produjeron lamentables afectaciones tanto estructurales como en el equipamiento de los hospitales, junto a lo cual aparecieron debilidades y vicios entre nuestros trabajadores y cuadros. Su rectificación hoy constituye una prioridad fundamental para todos.

En el actual proceso de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, como parte de la Batalla de Ideas, es necesaria la transformación de los servicios hospitalarios: los cambios en la mentalidad y la conducta de los trabajadores y cuadros como elemento medular del **Movimiento Colectivo Moral**, la instalación de nuevas tecnologías, la revitalización de las unidades asistenciales y su integración, la universalización de la enseñanza así como una acertada organización y dirección. Todo ello encaminado a asegurar un proceso institucional continuo de atención médica al paciente de elevada calidad, como requisito esencial para alcanzar la **Excelencia**.

III - LÍMITES

-El Programa se aplicará en todos los hospitales del país ajustándose al perfil, categoría y complejidad de cada institución.

IV - PRINCIPIOS

1. El Consejo de Dirección del hospital tiene la responsabilidad de implantar y desarrollar el Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios dirigido de manera esencial hacia el **Paciente**.
2. La Calidad Hospitalaria es una responsabilidad del Director del Hospital junto a todos los trabajadores.
3. El Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios requiere como cimiento a un colectivo de trabajadores motivado, comprometido, con sólidos valores humanos, morales y éticos en correspondencia con la Ideología de la Revolución Cubana y la Ética Médica Socialista.
4. Al Jefe de Servicio le corresponde la misión de dirigir todos los procesos de asistencia médica, docencia e investigación a ese nivel, organizando, exigiendo y controlando el cumplimiento de las tareas con el propósito de alcanzar la Mejoría Continua de la Calidad.
5. La realización del perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios de la Calidad incluirá las etapas de atención de pacientes y familiares y a los procesos de gestión de los recursos humanos, los aseguramientos y la dirección.
6. Asegurar la evaluación integral de la Calidad Técnica y la Calidad Percibida como objetivos inseparables del Programa.
7. Incorporar en la calidad hospitalaria acciones dirigidas a fortalecer su carácter preventivo e integral.
8. La asistencia médica, la docencia y la investigación constituyen los elementos principales de la Calidad y se integran de manera indisoluble en un mismo proceso.
9. El Control de Calidad se realizará interno, mediante auto evaluación, y externo con evaluación retrospectiva y concurrente.
10. La concepción de calidad hospitalaria requiere de un proceso cambio planificado, sistemático y continuo.

V – OBJETIVOS:

Objetivo General

- Mejorar continuamente la Calidad de los servicios hospitalarios en busca de la **excelencia**.

Objetivos Específicos

- 1 Disponer de bases organizativas que permitan el desarrollo integral y permanente para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios.
- 2 Evaluar integralmente la calidad de los procesos hospitalarios y sus resultados.
- 3 Evaluar el estado de opinión y la satisfacción de los pacientes, familiares, trabajadores y otras partes interesadas relacionadas con la actividad hospitalaria.
- 4 Definir y divulgar la Política de Calidad de la institución.
- 5 Definir indicadores de resultados para todos los niveles de la organización y los objetivos.

- 6 Realizar investigaciones necesarias sobre Calidad para mejorar y perfeccionar la atención que brinda la institución.

VI - ACTIVIDADES PARA CUMPLIMENTAR LOS OBJETIVOS

Objetivo No.-1. Disponer de bases organizativas que permitan el desarrollo integral y permanente para el perfeccionamiento continuo de la calidad hospitalaria.

Nivel Central:

- Elaborar, aprobar e implementar el Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios
- Establecer el cronograma para la implementación del programa.
- Disponer de información periódica para el análisis de la marcha del programa.
- Identificar los problemas de calidad de la atención hospitalaria a fin de recomendar soluciones.
- Realizar talleres, seminarios y eventos sobre Calidad hospitalaria.
- Promover las investigaciones.
- Realizar supervisiones, inspecciones y auditorias externas del Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios
- Fijar las principales metas y requisitos de calidad para cada una de las unidades organizativas y procesos/eventos/enfermedades principales.
- Capacitar sobre el Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios.

Niveles Provincial y Municipal

- Dirigir la instrumentación del Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios en los hospitales de su territorio.
- Evaluar periódicamente a través de supervisiones, inspecciones y auditorias los resultados del Programa.
- Identificar los problemas de Calidad en la atención hospitalaria e implementar soluciones que correspondan a esos niveles.
- Asegurar el desarrollo de investigaciones necesarias de la Calidad en los servicios hospitalarios.
- Desarrollar talleres, seminarios y eventos sobre Calidad hospitalaria.
- Capacitar sobre el Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios

En el Hospital:

- Desarrollar el proceso de discusión y capacitación con todos los trabajadores y cuadros e implantar el Programa.
- Establecer la Unidad Organizativa de Calidad y garantizar su funcionamiento.
- Crear los Círculos de Calidad en los servicios y departamentos, que estarán encargados de analizar los problemas que afectan la calidad de la atención y proponer las medidas, de manera sistemática y **sin burocratismo**.
- Designar los comités asesores de calidad de acuerdo con las **necesidades, complejidad y perfil del hospital**.
- Establecer las Bases Normativas Internas para el desarrollo de la calidad en los servicios (Procesos, Manuales de Organización y Procedimientos, Guías de Buenas Prácticas y Protocolos) con la participación de todos los trabajadores.

- Capacitar sobre el Programa a directivos, miembros de los Comités, Círculos de Calidad y trabajadores de acuerdo a sus requerimientos.
- Vigilar y evaluar periódicamente, por parte de la unidad organizativa de calidad el resultado del trabajo, proponiendo al Consejo de Dirección soluciones de impacto a los problemas identificados, para lograr el mejoramiento continuo de la Calidad Hospitalaria.
- Favorecer el adecuado desempeño de los integrantes de los comités y círculos de calidad, sin descuidar el fondo de tiempo, teniendo en cuenta su carácter de activistas y asesores.
- Establecer la auditoría médica como instrumento de control de la calidad
- Realizar las investigaciones necesarias relacionadas con la calidad hospitalaria que incluya la planificación de eventos científicos.

Objetivo No 2. Evaluar integralmente la calidad del proceso asistencial y sus resultados.

- Identificar los principales procesos que deciden la Calidad de la asistencia en cada hospital.
- Evaluar la Calidad de atención hospitalaria de forma retrospectiva, concurrente, prospectiva y mediante el análisis de documentos, en especial la Historia Clínica.
- Analizar integralmente las normas (estándar) de los procesos y los Indicadores de resultados de la Atención Médica .
- Identificar los factores de riesgo para los pacientes y trabajadores que se derivan del proceso asistencial proponiendo las medidas para la prevención.
- Identificar las complicaciones, incidencias y eventos adversos (error médico, malas prácticas y otras) que concurren en los pacientes, proponiéndose las medidas para su prevención y control.
- Evaluar los resultados de la aplicación de la solución a los problemas detectados
- Realizar las investigaciones necesarias sobre la Calidad Hospitalaria.

Objetivo No. 3 - Evaluar la satisfacción de los pacientes, familiares, trabajadores y otras instituciones relacionadas con la actividad hospitalaria.

La evaluación de la satisfacción la realizará el Departamento de Atención de la Población de cada institución hospitalaria de forma activa atendiendo y dando respuesta a:

- Estados de opinión de la población
- Quejas
- Denuncias
- Solicitudes
- Reclamaciones
- Planteamientos
- Sugerencias
- Recomendaciones
- El Departamento de Atención a la Población realizará la Vigilancia de la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores.
- Evaluará y elaborará las propuestas de acciones y medidas preventivas, correctivas y organizativas para elevar el grado de satisfacción de la población.
- Participará en las reuniones de pacientes y acompañantes de los diferentes servicios de la institución.
- Considerar la satisfacción de los trabajadores dentro de la organización, incluyendo el grado de motivación con el trabajo que realizan.

- Incorporar para la evaluación integral de la satisfacción la información oportuna de la Comisión de Ética Médica.
- Mantener de forma priorizada una monitorización continua sobre la solución de las insatisfacciones identificadas.
- Diseñar una estrategia educativa dirigida a todos los trabajadores, que asegure la capacitación en aspectos de la Calidad, haciendo énfasis en la interiorización de los principios y los valores de la Ética Médica Socialista y lo relacionado con la educación formal.
- Establecer el desempeño óptimo de las Normas de Convivencia Hospitalaria.
- Realizar las investigaciones necesarias sobre la Calidad de la asistencia hospitalaria.
- Considerar los resultados de la evaluación de la Calidad de la asistencia hospitalaria como elemento determinante para la obtención de la condición de Colectivo Moral, por ser este uno de los elementos que expresan las reales transformaciones ocurridas en la actitud de los trabajadores.
- Tomar en consideración las opiniones y sugerencias de pacientes, familiares y trabajadores para la organización de los servicios que brinda la institución.
- Mantendrá informado al Consejo de Dirección sobre la vigilancia de la satisfacción de forma operacional y presentará los análisis integrales sobre el tema sistemáticamente.

Objetivo No. 4 Definir y divulgar la Política de Calidad de la institución.

-
- Es responsabilidad de la dirección de la institución hospitalaria elaborar y divulgar a todos los trabajadores y a la población la Política de Calidad del hospital.
 - El diseño de la Política de la Calidad debe estar en correspondencia con la visión de la organización, con sus principios, sus valores compartidos y deseados.
 - La Política de Calidad materializa su propósito a través del cumplimiento de los objetivos de calidad de la institución.

Objetivo No. 5 Definir Indicadores de Calidad para todos los niveles de la organización.

-
- El indicador de Resultados como elemento básico del sistema de **control de calidad (o monitorización)**, constituye una guía para poder evaluar, valorar y controlar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial y permite compararlos con los objetivos o características de Calidad acordados o esperados
 - Los indicadores deben cumplir los siguientes requisitos: validez, confiabilidad, sensibilidad, especificidad y de ser exacto, preciso y fácilmente obtenible.
 - Para el análisis y evaluación de los indicadores deben ser agrupados por procesos.
 - Los Indicadores de Resultados miden la calidad de los Procesos y sus normas (estándar) y de la atención al paciente, de forma directa o indirecta, , reflejan criterios clínicos de actuación, grado de utilización de los servicios, habilidad y desempeño.
 - El producto del proceso se mide por los Indicadores de Resultados que constituyen un instrumento para la mejora continua de la calidad, no deben ser considerados un fin en si mismos y deben estar acompañados de las evaluaciones cualitativas.

Objetivo No. 6 Realizar investigaciones necesarias sobre calidad para mejorar y perfeccionar la atención que brinda la institución en busca de la excelencia.

- Corresponde a las instituciones hospitalarias realizar investigaciones que complementen la información disponible relacionada con las desviaciones identificadas y que producen resultados no deseados en la Calidad de los servicios.
- Necesidad de aplicar el Método Científico para identificar los problemas de calidad, analizar sus factores de riesgo y causas para su solución.
- Incorporar en la planificación de las investigaciones, temáticas dirigidas a la profundización de la Calidad y relacionarlas con las aspiraciones futuras en los servicios hospitalarios .
- Promover propuestas de intercambio sobre temáticas de calidad hospitalaria entre investigadores del centro y otras instituciones.
- Involucrar de forma interdisciplinaria todo el potencial interno del capital humano de la institución en la generación de nuevas acciones, que promuevan el desarrollo de las iniciativas propias en la búsqueda y elaboración de las soluciones a los problemas identificados de la Calidad hospitalaria.

VII. Organización:

- El Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios será jerarquizado por el Director del hospital como máximo responsable.
- Se nombra por Resolución del director del hospital al responsable de la unidad organizativa de calidad para atender la actividad.
- El Director del hospital designará a los Presidentes de los Comités Asesores de Calidad y a sus integrantes.

El Presidente y los integrantes de los comités de calidad realizarán su trabajo por activismo y de manera voluntaria; los mismos serán atendidos por el responsable de la unidad organizativa de calidad.

POLÍTICA DE CALIDAD DE LA INSTITUCIÓN

La Política de Calidad compromete de manera determinante a la Alta Dirección quien la define, la divulga y favorece la creación de un ambiente en el que el personal se encuentre involucrado y el Sistema de perfeccionamiento continuo de la Calidad pueda operar eficazmente. Será reflejada en la Proyección Estratégica del Hospital.

La Política de Calidad se establece para proporcionar un punto de referencia en la conducción de la organización, alcanzar los resultados deseados junto a una utilización eficiente de los recursos. Establece un marco de referencia para la elaboración de los Objetivos de la Calidad.

En la Política de Calidad el logro de los objetivos asegura un impacto positivo sobre la calidad de los servicios, con la eficacia de los procesos y un mejor desempeño proporcionando la satisfacción y confianza a grado óptimo de los servicios prestados.

Premisas de la Política de Calidad

La alta dirección debe asegurarse que la Política de la Calidad:

- Es adecuada al propósito de la organización (Visión)
- Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

- Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.
- Es comunicada y entendida dentro de la organización.
- Es revisada para su continua adecuación.
- La política de calidad de la Institución, debe ser ampliamente conocida por todos y asegurar que se les informe y detalle a cada nuevo profesional, técnico o trabajador

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad mediante el uso de la Política de Calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

SISTEMA DE PERFECCIONAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

Enfoque del Control de Calidad y sus Componentes

- Consejo de Dirección
- Círculos de Calidad (en Servicios, Secciones o Departamentos)
- Auditoría Médica
- Unidad Organizativa de Calidad y los Comités Asesores
- Todos los Profesionales, Técnicos y Trabajadores

Visión integral de la Calidad Hospitalaria

- Situar al paciente en el centro de nuestra atención, análisis y decisiones al definir el Funcionamiento y la organización del hospital.
- El papel determinante del Director y su Consejo de Dirección en la conducción acertada del Colectivo de Trabajadores para lograr los necesarios cambios en la conciencia, expresados en un elevado nivel de motivación y compromiso así como las transformaciones de la conducta y la actitud ante el deber.
Por lo tanto tienen la responsabilidad de la implantación y evaluación permanente del Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios.
- El Reglamento Hospitalario que establece el sistema de normas para la organización y funcionamiento institucional, que incluye el Programa de Calidad y la Comisión de Ética.
- Potenciar al máximo la universalización de la enseñanza en los hospitales para la formación, capacitación y desarrollo del capital humano que demanda la excelencia de los servicios.
- La importancia de mantener actualizados los Manuales de Organización y Procedimientos y utilizarlos sistemáticamente como herramienta de dirección.
- La aplicación de la dirección por procesos (**Ver Anexo 1**) y la elaboración de las Guías de Buenas Prácticas (**Ver Anexo 2**) que pautan la actuación médica a partir de las mejores experiencias y el juicio clínico.
- La prioridad de la instalación, puesta en marcha y eficiente explotación de las Tecnologías, y la preparación del personal, el mantenimiento, la reparación oportuna de las averías, la vigilancia y la evaluación.

- Alcanzar la total integración del hospital con los policlínicos y otras instituciones con el objetivo esencial de conducir al paciente durante su atención médica, mediante un proceso institucional, organizado y continuo que es responsabilidad del Sistema de Salud.
- La calidad de los servicios generales: el confort, la limpieza, el buen gusto, la alimentación y los avituallamientos.
- El suministro oportuno y con calidad de los aseguramientos
- El sistema de conservación, mantenimiento y reparación del inmueble.
- La generalización de los Círculos de Calidad a nivel de los servicios y departamentos, como células para el perfeccionamiento de la Calidad.
- Consolidar los Comités de Calidad como equipos de expertos en condición de activistas y de forma voluntaria, quienes designados por el Director proponen al Consejo de Dirección las políticas institucionales sobre temáticas específicas para la gestión de la calidad y realizan evaluaciones mensuales de las mismas.
- La Unidad Organizativa de Calidad se crea con el propósito de orientar, asesorar y controlar las diferentes actividades relacionadas con el Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios.
- El rescate de la Auditoria Médica en los hospitales como instrumento de insustituible valor para la evaluación de la Historia Clínica y otros documentos a partir de la actuación médica y de otras actividades, en base a indicadores y requisitos conveniados.
- Hacer avanzar de manera armónica y continua la mejoría de la calidad en sus dimensiones técnica y percibida, esta última expresada en la satisfacción de los pacientes, familiares, trabajadores y el reconocimiento de nuestro pueblo como requisitos imprescindibles para alcanzar la condición de **Colectivo Moral**.

Papel del Jefe de Servicios en el perfeccionamiento continuo de la Calidad Hospitalaria:

- El Jefe de Servicios es el cuadro más importante en el aseguramiento de la calidad de la asistencia médica, por tal razón requiere capacidad para dirigir su colectivo así como liderazgo integral en los aspectos político ideológico, ético moral, técnico, científico y docente.
- Deberá ser capaz de organizar, dirigir y controlar los procesos que se producen en el servicio:
 - La Entrega de Guardia.
 - El Pase de Visita (Como un proceso que integra la atención médica y la docencia).
 - La Calidad de la Historia Clínica que debe reflejar la profundidad del proceso de atención al paciente.
 - Las Discusiones de Casos, Seminarios y otras actividades docentes.
 - Las Clínicas- Patológicas y Radiológicas.
 - La Discusión de Piezas Frescas.
 - Elabora y da seguimiento al Plan de Desarrollo Científico de los Profesionales.
 - Mantiene actualizado el Banco de Problemas del Servicio y define en el colectivo las investigaciones que dan respuesta a los mismos.

- La evaluación de los ingresos y casos graves.
- Realiza la evaluación diaria de las Altas de pacientes.
- Garantizar el Pase de Visita por el personal de guardia a los pacientes graves con la periodicidad requerida.
- En los Servicios Quirúrgicos la discusión de la Programación Quirúrgica y su control.
- Exigir y controlar el cumplimiento de lo establecido en la Rutina Operacional de Lista de Espera Quirúrgica.
- Planificar, organizar y controlar la Guardia Médica, la Consulta Externa y las Ínter consultas solicitadas.
- Controlar los activos fijos tangibles, fondos fijos y el consumo de gastables.
- Realiza la evaluación sistemática de la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores.
- Organiza y dirige la Discusión de Fallecidos del servicio.
- Planifica y controla la preparación de sus trabajadores para dar respuesta a los planes contra catástrofes y la Defensa.
- Planifica y controla los planes de preparación de los trabajadores para cumplir misiones internacionalistas.
- Elabora y da cumplimiento al Plan para la Prevención y enfrentamiento de las ilegalidades, delitos y la corrupción..

VIII.- CONTROL DE CALIDAD

CÍRCULOS DE CALIDAD

DEFINICIÓN

Es la célula esencial que controla la calidad a nivel de los servicios o departamentos, constituido por un grupo de trabajadores que de forma voluntaria se comprometen y entrenan para identificar, seleccionar y analizar problemas relacionados con la calidad en su escenario laboral.

Constituyen un grupo de trabajadores que como parte de la gestión de calidad de la institución, y sentido de pertenencia, desarrolla voluntariamente actividades de identificación de problemas de calidad dentro de un mismo servicio o departamento. Lleva a cabo continuamente mejoramiento dentro de la unidad organizativa, el desarrollo individual y colectivo que se preocupa además de las actividades de propuestas de solución de problemas, hacen esfuerzo en la capacitación de los trabajadores y profesionales en el campo de la calidad de la atención médica. El Círculo de Calidad emplea métodos y técnicas de control de calidad con la participación de todos los miembros lo que ocasiona un desarrollo de las capacidades humanas.

Premisas

- La introducción de los Círculos de Calidad deben estar precedidos de la implantación de un programa de control de la calidad.
- Son parte de la gestión de la calidad y sin un programa no podrán subsistir.
- Los directivos deben ser los primero en participar y promover los círculos, además de dar un apoyo sostenido en la capacitación.
- La capacitación debe considerar las técnicas de control de calidad:
 - Identificación de problemas.
 - Análisis causal.
 - Técnicas estadísticas básicas para solución de problemas.

- El número de miembros de cada círculo no debe exceder a 10 trabajadores.
- El Responsable del círculo pudiera ser el Jefe de Servicio o del Departamento.

- Dentro de los aspectos principales que desarrolla el círculo se encuentran:
 - El desarrollo del grupo
 - Evaluar la situación actual
 - Dar solución a los problemas conocidos o identificados
 - Seleccionar las investigaciones necesarias
 - Diseña proyecciones del futuro
 - Auto evaluación

Objetivo:

- Identificar problemas de Calidad, sus causas y proponer soluciones para lograr la mejoría continua de la calidad en la Unidad Organizativa.

Funciones:

- Proponer soluciones a los problemas que influyen negativamente en la calidad de los procesos de la unidad organizativa.
- Analizar el comportamiento de la Adherencia a las Guías de Buenas Prácticas Clínicas en el servicio o departamento
- Monitorear las propuestas de soluciones realizadas a los problemas identificados, así como el desempeño de los indicadores de calidad de su área.
- Mantener la información de forma periódica y oportuna a la Unidad o Jefe de Unidad Organizativa o servicio, con retroalimentación hacia los trabajadores.
- Mantener vigilancia de la confiabilidad de los instrumentos de medición.
- Favorecer la capacitación del Grupo y de los trabajadores en materia del Programa de Calidad.
- Proponer y realizar investigaciones necesarias.

Estructura:

- Responsable (Líder o Coordinador)
- Registrador
- Miembros: oscilan entre 3 a 9 trabajadores (en dependencia de la complejidad del servicio o departamento).

Procedimientos:

- El Círculo de Calidad se reunirá periódicamente, como mínimo una vez al mes, en dependencia de la vigilancia de sus indicadores.
- Elaborará una **información elemental sin burocratismo** que incluya los problemas identificados, sus causas y la propuesta de soluciones.
- Verificará la evaluación de las soluciones propuestas, identificará nuevas áreas de mejora cíclicamente.

Aspectos que se podrán analizar de acuerdo a la problemática:

- Seguimientos de las soluciones propuestas.
- Indicadores básicos de calidad en el servicio o departamento. Identificación de problemas y sugerencias para su corrección.

- Análisis del comportamiento de la Adherencia a las principales Guías de Buenas Prácticas Clínicas.
- Discusión de los Casos Centinelas
- Análisis de la Satisfacción
- Propuestas de nuevas soluciones.

Es una reunión dinámica, que su duración oscila entre 45 a 60 minutos, pueden ser invitados los profesores y otros trabajadores de interés.

Selección de los temas

Deben estar basados en la situación actual y las proyecciones futuras del servicio o departamento a partir del Trazado Estratégico Institucional y del Análisis de Situación de Salud . Además de tener en cuenta los resultados de los Exámenes de Competencia y Evaluación del Desempeño de los trabajadores del área y las Evaluaciones de la Adherencia a las Guías de Buenas Prácticas.

COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA (CAM): (Ver Anexo No 3)

Cada hospital conformará un Equipo de Auditoria Médica cuyos miembros serán aprobados o revocados por el Consejo de Dirección, que será el encargado de su certificación en coordinación con las Oficinas Territoriales de Normalización.

El Equipo Auditor estará subordinado al Director del Hospital y el responsable será considerado como miembro permanente del Consejo de Dirección, por el importante papel que desempeña en el Control de la calidad de la atención de salud

Definición:

El Comité de Auditoria Médica es uno de los órganos asesores de la Dirección cuya función es la de examinar el Proceso y Resultados de la atención médica del hospital, a fin de comprobar si se ajusta a las normas y reglamentos aprobados y muy especialmente la de examinar la Historia Clínica (HC) aprobada como el documento principal de la Institución.

El Comité de Auditoria Médica tiene la misión de evaluar la calidad de la atención médica integral por la fuente primaria que es el Expediente o Historia Clínica y de todos los documentos e informes relacionados con la atención recibida por el paciente

Por tanto, se comprobará el correcto llenado de la Historia Clínica, según lo normado, si es legible, la correlación diagnóstico tratamiento, el cumplimiento adecuado de las indicaciones, de la conducta y procedimientos del médico y de enfermería, la administración de medicamentos, la revisión de los informes diagnóstico del Laboratorio clínico, Radiología y otros, la Correlación Clínico patológica, así como los resultados finales del proceso de atención de salud incluyendo los que no sean satisfactorios.

Apoyará al Comité de Ética de la Institución con relación incumplimientos de la Ética y de daños o Eventos Adverso, por Error Médico o por Infracción o Falta médica del servicio o departamento auditado (ver Glosario).

Finalidad de la Auditoria Médica:

- Perfeccionar la Calidad de la Atención para la Seguridad del Paciente
- Educar y entrenar a los directivos, profesionales y Trabajadores
- Hacer recomendaciones y sugerencias oportunas a la Dirección y presentar al Consejo de Dirección,

Quienes lo informaran a los Servicios de atención médica y de apoyo

Organización:

El equipo auditor estará constituido por un jefe y un número de miembros según se consideren necesarios de acuerdo con las características de la Institución

Los miembros serán profesionales con capacidad científico-técnica demostrada, integridad y prestigio en su colectivo de trabajo, uno de ellos jerarquizará el grupo.

El Comité de Auditoria Médica será seleccionado por el Director del Hospital y será aprobado por el Consejo de Dirección.

Además, pueden ser convocados otros especialistas que se consideren necesarios de acuerdo a su reconocimiento científico, tanto del hospital o incluso, cuando sea requerido, de otra institución.

Procedimiento:

- El método utilizado para la recopilación de la información durante el proceso de auditoria puede incluir entrevistas, observación de actividades, para buscar información, pero la Auditoria se cumplirá por la revisión de las Historia Clínica y de otros Documentos relacionados con el paciente. .
 - La entrevista persigue verificar si el personal conoce sus responsabilidades y conocer lo que se está realizando realmente y su protagonismo.
 - La observación de actividades verificar la materialización de procedimientos durante el proceso de atención al paciente.
 - Se confeccionaran las Guías de Observación para los procesos o actuaciones en el servicio o departamento a auditar
 - La revisión de la Historia Clínica y otros documentos, comprueba que estos estén disponibles en los lugares de uso, verifica que cada espacio es llenado, firmado y fechado, si así se requiere y que los documentos en usos se correspondan con las versiones vigentes
 - Se diseña un plan anual de auditoria por el Auditor Principal y se aprueba por el director de la institución.
 - Para el Comité de Auditoria Médica es muy importante conocer y estudiar los Eventos Adversos que ocurran, para determinar sus causas y apoyar a la Comisión de Ética.
 - Para la revisión mensual se tomará una muestra al azar de Historias Clínicas de los Egresos Vivos y de otros egresos de Fallecidos seleccionados, dentro del mes siguiente, de cada uno de los servicios de la institución. En las unidades menos complejas y que su nivel de actividad sea bajo se evaluará el 100% del total de los fallecidos.
 - La selección de las Historia Clínica será de un 20,0 % del total de Egresos y superior a los 900 Egresos será del 15 %.
 - La selección de las Historias Clínica al azar se realizará por el Departamento de Registros Médicos, teniendo en cuenta que se correspondan con el porcentaje antes mencionado y se asegure la extracción del Archivo al siguiente mes de egresado el paciente. Concluido el estudio se entregarán las Historias Clínicas al Departamento de Registros Médicos para su conservación en el archivo.
- Para estudiar la historia clínica los miembros del Comité utilizarán como referencia las variables contempladas en el Anexo No 3 y para su calificación se utilizaran las categorías de:
- Muy Satisfactorio
 - Satisfactorio

- No Satisfactorio, en este caso se debe identificar los problemas o Eventos adversos y determinar el origen o causas del mismo
- La Conclusión mensual del Comité de Auditoría Médica será analizada por el Comité y se informará primero a la Dirección y después a los Servicios correspondientes dentro del mes del control.

UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD

- Es la encargada de orientar, asesorar y controlar las diferentes actividades relacionadas con el Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios y estará subordinada al Director del Hospital.
- El Jefe de la unidad organizativa de calidad es miembro del Consejo de Dirección de la institución.
- Cada hospital ajustándose a su perfil, categoría, complejidad y necesidades constituirá los Comités Asesores para el cumplimiento del Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios
- En las unidades menos complejas, de acuerdo a los profesionales disponibles y nivel de actividad se establecerá un solo Órgano Asesor evaluador o se designará un profesional, para todas las actividades relacionadas con el Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios

Objetivo:

- Perfeccionar el proceso del control de calidad para lograr la mejora continua.

Funciones:

- Adecuar, implementar y desarrollar el Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios .
- Capacitar los directivos, miembros de los Comités y de los Círculos de Calidad, y al resto de los trabajadores.
- Favorecer el desarrollo de los Círculos de Calidad incorporando para su análisis la información de sus actividades y resultados.
- Planificar supervisiones que aseguren el control y monitoreo a los diferentes Comités, Círculos y unidades organizativas que permitan apreciar el desarrollo del programa.
- Diseñar el desarrollo de investigaciones relacionadas con la Calidad Hospitalaria en función de los problemas identificados.
- Realizar el análisis mensual del control de la Calidad en unión de los presidentes de los comités asesores, círculos de calidad y los invitados que se consideren necesarios. Los resultados del análisis son llevados a un informe resumen.
- Presentará información mensual al Consejo de Dirección sobre la marcha del Programa y de sus resultados proponiendo soluciones y mejoras de procesos.

Estructura:

- Responsable de la Unidad Organizativa de Calidad.
- Participarán en las actividades de la unidad los Presidentes de los Comités así como los Responsables de los Círculos de Calidad y otros invitados en dependencia de intereses específicos.
- Esta estructura se ajustará a las características, complejidad y categoría de cada hospital.

De acuerdo a las definiciones del presente Programa se podrán crear los siguientes Comités Asesores:

- 1- Comité de Evaluación del Proceso Asistencial (CEPA)
- 2- Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica (CAQ)
- 3- Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria (CAMH)
- 4- Comité de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria (CPCIH)
- 5- Comité Fármaco Terapéutico (CFT)
- 6- Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional (CEMT).

En los Hospitales Ginecobstétricos y Materno Infantiles se añadirán los Comités:

- Evaluación de las Cesáreas.
- Evaluación de la Atención Perinatal.

COMITÉS ASESORES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL

El Presidente y los integrantes de los Comités de Calidad son designados por el Director del Hospital y atendidos por el Responsable de la Unidad Organizativa de Calidad de la entidad; los mismos desarrollarán las tareas como activismo y de forma voluntaria.

1 Comité de Evaluación del Proceso de Asistencial (CEPA)

Objetivo

- Evaluar la calidad de las actividades que se desarrollan en el proceso de atención de los pacientes de forma retrospectiva y concurrente.

Funciones

Evaluar el resultado de la calidad del proceso de la atención médica de forma Integral y permanente que se brinda en el hospital a través del análisis de las actividades asistenciales, identificando los problemas y brindando las soluciones pertinentes. Esta evaluación debe contemplar la efectividad de esos resultados y se llevará a cabo de la forma siguiente:

- Valoración mediante la observación participativa y preguntas del manejo y atención del paciente ingresado en Sala, en Unidades de Cuidados Progresivos, Servicio de Urgencia, Consulta Externa, Unidad Quirúrgica y cualquier otro lugar del hospital donde se encuentre el paciente (concurrente).
- Evaluación de Historias Clínicas de forma retrospectiva según el muestreo descrito en la Evaluación Interna.
- Realizar las investigaciones que se consideren oportunas en relación con determinado aspecto o problema identificado.
- Mantener información periódica a la unidad organizativa de calidad del resultado de los análisis realizados en el comité.

Estructura

- El Comité de Evaluación del Proceso de Atención estará constituido por un Presidente y otros miembros que se estimen pertinente, asegurando la representación de enfermería en el mismo.

- La composición y número de miembros del Comité de Evaluación del Proceso de Atención estará de acuerdo con el tipo, perfil y número de especialidades con que disponga el hospital, debiendo integrarlo los médicos, profesionales, técnicos y otros trabajadores de reconocido prestigio y autoridad en el hospital.

Procedimientos

El Comité de Evaluación del Proceso Asistencial analizará la información que brinden sus integrantes, recogida en el trabajo de identificación de problemas en el proceso asistencial. Este trabajo se llevará a cabo de forma concurrente y retrospectiva.

La Evaluación Concurrente se realizará mediante el siguiente procedimiento:

- El Comité llevará a cabo visitas a los servicios, salas y departamentos para evaluar el manejo del paciente ingresado en el momento en que la atención médica se está produciendo, revisando técnicas y procedimientos médicos y paramédicos, pase de visita, discusión de casos, así como la calidad de la Historia Clínica, debiendo ser visitadas un número de salas mensualmente, que estará en dependencia de las necesidades y características de cada institución hospitalaria.
- Incluye entrevistas, encuestas, visitas a los servicios de Urgencia, Consulta Externa y cualquier lugar donde se encuentre el paciente, para valorar su atención
- Todas las visitas que se desarrollen por el Comité a las diferentes áreas del hospital deben ser sorpresivas.

2. Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica (CEAQ) (Ver Anexo 4)

Objetivo:

- Evaluar de forma integral todas las acciones que se realizan en el proceso de atención al paciente durante la actividad quirúrgica.

Funciones:

- Evaluar los procedimientos que se llevan a cabo durante el pre-operatorio, el acto anestésico quirúrgico y el post-operatorio.
- Determinar la plena justificación médica de la intervención quirúrgica practicada.
- Precisar si la magnitud de la intervención realizada es adecuada, según lo establecido para las diferentes especialidades en las Guías de Buenas Prácticas.
- Validar los diagnósticos preoperatorios con los hallazgos quirúrgicos y los diagnósticos anatomopatológicos cuando se haya extirpado tejido, determinando el índice de correlación quirúrgico-patológico.
- Evaluar los accidentes quirúrgicos y anestésicos teniendo en cuenta sus causas, la trascendencia de éstos y la responsabilidad individual.
- Evaluar el comportamiento de la infección posquirúrgica en Sitios Quirúrgicos (incluye infección en el Sitio Quirúrgico Limpio).
- Evaluar la totalidad de las reintervenciones en cirugías electivas y urgentes
- Revisar situación de aseguramientos y de la capacidad disponible.
- Realizar encuestas y entrevistas a usuarios y prestadores.
- Favorecer el desempeño de los profesionales a partir de las experiencias encontrada en el análisis de los procesos.

Estructura:

El Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica estará integrado por un Presidente y Cirujanos de diversas especialidades, patólogos, anesestesiólogos, enfermeras o cualquier

otro personal que resulte necesario, sin faltar la representación de cada uno de los servicios quirúrgicos de acuerdo a la complejidad de la institución. El presidente, deberá ser un especialista quirúrgico con experiencia profesional, administrativa y ganado prestigio en la práctica quirúrgica.

A nivel del servicio quirúrgico se designará un especialista quirúrgico con experiencia profesional, administrativa y ganado prestigio en la práctica quirúrgica encargado del control de la información dentro del colectivo de cirujanos.

Procedimientos: (Anexo No 4)

- El Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica se reunirá periódicamente para analizar la información recogida por sus miembros durante el trabajo de identificación de problemas.
- Dadas las características de los resultados de las evaluaciones del trabajo y los problemas detectados se podrán convocar reuniones extraordinarias que se entiendan necesarias.
- Realizará sus funciones a través de evaluaciones concurrentes y retrospectivas.

Evaluación Concurrente:

- Esta evaluación se llevará a cabo por el Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica, en visitas a la unidad quirúrgica durante la realización del proceder anestésico-quirúrgico, evaluará todos los procesos durante el acto quirúrgico y en el pre y post-operatorio.
- Si durante el proceso de evaluación concurrente se detectan deficiencias que se considere puedan tener serias consecuencias, se garantizará su solución inmediata, comunicándolo rápidamente a las instancias administrativas correspondientes.
- El Comité llevará a cabo visitas a los servicios, salas y departamentos para evaluar el manejo del paciente quirúrgico ingresado, en el momento en que la atención médica se está produciendo, revisando técnicas y procedimientos médicos y paramédicos, pase de visita, discusión de casos, así como la calidad de la Historia Clínica, debiendo ser visitadas un número de salas mensualmente, que estará en dependencia de las necesidades y características de cada institución hospitalaria.
- Incluye entrevistas, encuestas, visitas a los servicios de Urgencia, Consulta Externa y cualquier lugar donde se encuentre el paciente, para valorar su atención
- Todas las visitas que se desarrollen por el Comité a las diferentes áreas del hospital deben ser sorpresivas.

Evaluación Retrospectiva

Los evaluadores revisarán los documentos que a continuación se relacionan, para calificar la atención médica quirúrgica en la Historia Clínica, que incluyen:

- El anuncio operatorio
- El informe operatorio
- El informe del estudio histológico, si lo hubiera.
- El informe de necropsia
- Opiniones de especialistas consultados.
- Informe anestésico.

El resultado de la evaluación retrospectiva y concurrente debe informarse de forma periódica a la unidad organizativa de calidad.

- La evaluación debe realizarse a todas las intervenciones quirúrgicas haciendo énfasis a las que no obtuvieron la calificación de A-1 ni B-1 y los accidentes quirúrgicos y anestésicos; y la totalidad de las reintervenciones, tanto urgentes como electivas.
- Evaluar de la actividad quirúrgica el análisis de los indicadores de resultado del programa Quirúrgico:
 - Cumplimiento del Plan de Intervenciones Quirúrgicas de la Unidad y por Servicios y Especialidades. Causas de incumplimiento y medidas tomadas.
 - % de Cirugía Mayor
 - % de Cirugía Mayor Electiva
 - % de Cirugía Mayor de Urgencia
 - % de Cirugía Mayor Electiva Ambulatoria
 - % de Reintervenciones.
 - % de Cirugía de Mínimo Acceso del Total de Cirugías Mayores
 - % de Infecciones en el Sitio Quirúrgico Limpio
 - Rendimiento Quirúrgico por salón y por cirujano
 - Índice de Correlación Quirúrgico-Patológico
 - Número de operaciones suspendidas, de ellas por causas del paciente o causas institucionales.
 - Analgesia Quirúrgica Acupuntural

3 Comité Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria (CEMH)

Objetivo:

- Evaluar los fallecidos del hospital, a fin de obtener la información que permita establecer un control adecuado y un mejoramiento progresivo de la calidad asistencial, docente y científica del hospital

Funciones:

- Evaluar la calidad de la atención médica que se brinda en el hospital, a través del análisis de los fallecidos y lograr identificar los problemas existentes, precisando las soluciones pertinentes. Esta evaluación debe llevar implícita la valoración de la efectividad de los resultados y debe tener en cuenta la revisión de todos los fallecidos haciendo énfasis en los que se han identificado problemas o dificultades.
- Seleccionar los fallecidos que por su interés docente o científico ameriten una Discusión especial en Reuniones Clínico-Patológicas generales.
- Rendir información periódica del trabajo realizado y de los pormenores de la evaluación a la unidad organizativa de calidad. En caso de situaciones apremiantes, las viabilizará a través de las estructuras administrativas, para su solución.
- Realizar investigaciones necesarias.

Estructura:

- El Comité de Evaluación de la Mortalidad estará integrado por su Presidente y tantos miembros como resulte necesario principalmente de los servicios que influyan en la mortalidad hospitalaria.

Procedimientos:

Este Comité debe:

- Reunirse periódicamente para analizar los informes de las evaluaciones de todos los fallecidos de cada servicio. Esta reunión se efectuará antes de la reunión de análisis de fallecidos del hospital y después de la del servicio, con el fin de ratificar o no la evaluación dada por éste.
- Conocer mediante el informe del departamento de Registros Médicos, el número de fallecidos correspondientes a cada mes, por servicio, y el número de necropsias realizadas.
- Controlar mediante el informe del servicio, del número de fallecidos evaluados y no evaluados. Precisiéndose en los caso no revisados sus causas.
- Recomendar las medidas a tomar cuando se incumpla el análisis del 100% de los fallecidos en los servicios.
- Registrar las defunciones en la que se ha detectado problemas en la atención médica de cada servicio y el análisis de éstos, informando de inmediato a la unidad organizativa de calidad acerca de cualquier desviación detectada.
- Evaluar en lo referente a la Mortalidad y Letalidad, causas, tasas y acciones encaminadas al mejoramiento del estado de salud de la población, haciendo énfasis en las enfermedades determinantes.
- Vigilar el comportamiento de indicadores trazadores como:
 - Letalidad por las principales causas por servicio
 - Índice de necropsias por servicios
 - Concordancia Clínico-Patológica
 - Índice de Reparos de Certificados Médicos de Defunción
- Establecer las coordinaciones necesarias con medicina forense para la obtención de las necropsias médico legales de los pacientes fallecidos en la institución hospitalaria de que se trate.

Parámetros para Establecer el Fallecido con Problemas en la Atención Médica:

- Se considerará un fallecido con problemas en la atención médica cuando en el análisis de éste en el Servicio, en el Comité de Evaluación de la Mortalidad o en la Reunión de Evaluación de la Mortalidad del hospital, se concluya que no hubo correlación clínico-patológica o en el proceso de diagnóstico y/o tratamiento ocurrieran, eventos adversos por diferentes causas, como omisiones, imprecisiones o errores, que afectaron el resultado de la atención médica.

4 Comité de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria (CPCIH) (Ver Anexo No 5)

El Comité es un grupo multidisciplinario que diseñan estrategias de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Evalúan la situación local de las infecciones intrahospitalarias y presentan propuestas para solucionar los problemas a la unidad organizativa de calidad.

Objetivos:

- Contribuir a mejorar la calidad de la atención hospitalaria y materializar con la máxima eficiencia los objetivos del programa de Control y Prevención de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros del comité, así como, las de los servicios o departamentos vinculados con la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.

- Garantizar el sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias tomando como base las necesidades y peculiaridades de cada hospital.
- Definir la magnitud de las infecciones intrahospitalarias y de la mortalidad por esta causa, determinando servicios y localización de infecciones más frecuentes y los factores de riesgo asociados.
- Establecer prioridades entre los problemas de infecciones y de mortalidad identificados, definir estrategias de prevención y control para aquellos problemas considerados de primer orden dentro del hospital.
- Elaborar las normas y procedimientos para la prevención de las infecciones intrahospitalarias, sobre la base de las indicaciones nacionales, ajustadas a las condiciones institucionales.
- Mantener actualizados los aspectos microbiológicos relacionados con las infecciones intrahospitalarias, en especial los mapas microbianos por servicios. La sensibilidad y resistencia a los antimicrobianos en uso, que debe ser la base para el desarrollo de una política adecuada de racionalización en el uso de los antibióticos, antisépticos, y desinfectantes.
- Sistematizar la atención médica integral del equipo de salud del hospital, controlando los riesgos laborales (biológicos) en el medio hospitalario, con el fin de disminuir la morbilidad por estas causas, exigiendo el cumplimiento de los programas de vacunación establecidos y otros que se determinen en el plan de acción diseñado a partir de la realización del Análisis de Situación de Salud.
- Establecer y evaluar el cumplimiento de las acciones de capacitación al personal y a los miembros del comité en relación a la prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias, así como el impacto de estas en los indicadores epidemiológicos.
- Controlar que en el hospital se garantice el saneamiento ambiental básico.

:

Funciones

El Comité tiene asignada las siguientes funciones:

- Elaborar documentos (normas, guías, políticas) sobre la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias en pacientes y personal;
- Cumplimentar lo establecido en las normas de bioseguridad de la institución; realizar programas de capacitación del personal; evaluar el cumplimiento e impacto de las intervenciones aplicadas.
- Intervenir en las siguientes áreas de su competencia: sistemas de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias, políticas de esterilización, desinfección y antisepsia; sistema de aislamiento de pacientes infectados; políticas de uso de antibióticos; prevención de infecciones en el personal; prevención y evaluación de las infecciones asociadas a procedimientos Invasivos, manejo de los brotes epidémicos; evaluación de nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento.
- Desarrollar sus tareas en cada una de las áreas de trabajo a partir de rutinas y procedimientos (que se hace, quien lo hace, como lo hace y que reglas generales se tienen en cuenta) además de definir indicadores a alcanzar, propósitos y evaluación. Por medio de las supervisiones, se asegura el estricto control de esta actividad.
- Establecer relaciones de coordinaciones con otros comités hospitalarios, así como, coordinaciones para estudios específicos no realizados en el hospital con centros como el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí y los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología.
- Realizar reuniones con la periodicidad requerida, como mínimo mensualmente, y contarán con un orden del día que debe ser conocido por cada uno de los miembros con antelación a la misma. La agenda debe incluir como mínimo los siguientes aspectos:

1. Informe mensual sobre la incidencia de infecciones, tasas, frecuencias de localizaciones, microorganismos aislados por servicios y otros indicadores necesarios, conducido por el Departamento de Epidemiología.
 2. Informe de Microbiología sobre aislamiento de microorganismos, análisis de las tendencias de sensibilidad / resistencia y otros.
 3. Informe sobre la mortalidad y letalidad relacionadas con la sepsis.
 4. Evaluación de los resultados de las acciones preventivas adoptadas en función de la disminución de la incidencia de infecciones intrahospitalarias, de la mortalidad y letalidad por estas causas.
 5. Información relacionada con la esterilización, antisépticos y antibióticos y estado higiénico sanitario del hospital cuya periodicidad lo define el comité según las necesidades institucionales.
- Promover la actualización periódica del programa institucional de prevención y control de infecciones, y de las normas y procedimientos.
 - Realizar proyecciones de trabajo que incluyan el Diagnóstico de Situación de las Infecciones Intrahospitalarias.

Estructura

Personal de Control de Infecciones.

- Existen tres integrantes vitales para el funcionamiento adecuado del comité: el Médico en función de la Epidemiología, la Enfermera Vigilante Epidemiológica y el Microbiólogo.

Médico responsable de las funciones de Epidemiología

- Cada hospital debe contar con un Epidemiólogo hospitalario o en su defecto, designar un médico de plantilla responsable de esta actividad, en función del número de camas y complejidad del hospital, para que trabaje en equipo con la Enfermera Vigilante Epidemiológica y el resto del equipo del comité.

Procedimientos (Ver Anexo No 5)

- Mantener actualización permanente del médico dedicado a las infecciones intrahospitalarias, asegurando su adecuada visión hacia su prevención y control.

Principales tareas:

1. Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
2. Proponer, planificar y realizar las investigaciones que den respuesta a los problemas relacionados con las infecciones intrahospitalarias.
3. Evaluar con frecuencia semanal la información epidemiológica disponible, realizar análisis mensuales de la incidencia de infecciones intrahospitalarias identificando tasas, frecuencias, localizaciones, aislamientos de interés, afectación por servicio, tendencias u otras variaciones del comportamiento de las infecciones.
4. Realizar estudios sobre la mortalidad y letalidad hospitalaria de causa infecciosa y sus factores de riesgo asociados, así como otros indicadores necesarios. Compartiendo esta información como miembro activo del Comité de Análisis de la Mortalidad Hospitalaria. Emite informes con las conclusiones de dichos estudios y las recomendaciones pertinentes.
5. Evaluar los resultados de las acciones preventivas adoptadas en función de los problemas identificados.

Enfermera de Vigilancia Epidemiológica (EVE)

Principales tareas:

1. Realizar actividades de vigilancia epidemiológica: pesquisa de casos sépticos según las definiciones del programa, tiene la responsabilidad de notificar en coordinación con el Médico de asistencia el caso en los registros oficiales, participa en la consolidación y análisis de los datos de infecciones, tasas, frecuencia de infecciones por servicios, localizaciones, microorganismos aislados, e informa los resultados.
2. Participar en los estudios planificados para la identificación de los factores de riesgo, manejo de brotes epidémicos, prevalencias para la evaluación de la eficiencia del sistema de vigilancia epidemiológica así como en otras investigaciones.
3. Participar en la adecuación del programa de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, de las normas, procedimientos, programas de capacitación y orientación en materia de infecciones además supervisa su cumplimiento.
4. Asesorar a los miembros del equipo de salud en materia de infecciones intrahospitalarias.

Cada hospital debe contar con las Enfermeras Vigilantes Epidemiológicas necesarias debiendo tenerse en consideración la complejidad de cada institución. Deben ser licenciadas en Enfermería o con Curso Post-Básico en Vigilancia Epidemiológica, con experiencia de trabajo en servicios de riesgo y conocimientos en Epidemiología, Estadística, Microbiología, así como capacitación en aspectos específicos de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, técnicas de supervisión y destreza para realizar adiestramiento formal e incidental.

Médico responsable de las funciones de Microbiología

El Microbiólogo designado por el hospital para el comité debe laborar de forma integrada junto al Epidemiólogo hospitalario y las Enfermeras Vigilantes Epidemiológicas, así como con el equipo que realiza actividades relacionadas con la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.

Principales tareas:

1. Garantizar el diagnóstico e información de los patógenos causantes de las infecciones intrahospitalarias, detectando su comportamiento inusuales en muestras, salas o servicios y analiza las tendencias de la sensibilidad/resistencia.
2. El laboratorio de Microbiología emite las normas para la toma y el envío de muestras y garantiza además la capacitación necesaria.
3. Garantizar la determinación de especies por los métodos establecidos y en su defecto coordinar con el laboratorio de referencia provincial.
4. Participar en la selección y recomendaciones de uso prudente de antimicrobianos, desinfectantes y antisépticos.
5. Participar en la evaluación y normativas de Bioseguridad.

7.5 Comité Fármaco Terapéutico (CFT).

Objetivos:

- Asesorar al equipo de dirección del hospital en la formulación e implementación de las políticas relacionadas con la selección, prescripción, dispensación y uso racional de los medicamentos.

- Participar en la formulación de programas diseñados para satisfacer las necesidades del equipo de salud relacionados con el conocimiento y uso adecuado de los medicamentos.

Funciones:

- Elaborar y actualizar periódicamente el Cuadro Básico de Medicamentos de la institución a partir del cuadro básico nacional.
- Elaborar y actualizar periódicamente la guía fármaco terapéutica para la práctica clínica de la institución, así como las instrucciones y procedimientos para su aplicación.
- Controlar el cumplimiento de la Guía Fármaco Terapéutica y la calidad de la prescripción médica.
- Controlar y evaluar la aplicación del Programa Nacional de Medicamentos.
- Participar en el proceso de programación de necesidades de medicamentos como parte del sistema de administración del suministro.
- Conocer los resultados del control establecido por la Instrucción General No 206 del Viceministerio de Economía del MINSAP.
- Fomentar la investigación sobre utilización de medicamentos.
- Fomentar y participar en las actividades de educación continua en terapéutica dirigida al equipo sanitario.
- Desarrollar y controlar la actividad de Fármaco Vigilancia (Sistema de Reportes de Sospechas de Reacciones Adversas a medicamentos).
- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con relación a la prescripción, dispensación y uso de medicamentos.
- Fomentar la prescripción y uso de fármacos y técnicas de Medicina Natural y Tradicional.
- Gerenciar la confección y aprobación de la Política de Antibióticos de la institución.
- Fomentar el uso de las consultas terapéuticas.
- Asesorar en toda la actividad relacionada con la promoción del uso racional de medicamentos.

Estructura:

El Comité estará integrado por un Presidente y tantos miembros como sean necesarios de acuerdo a la complejidad de los servicios asistenciales que posee el hospital.

Procedimientos:

El Comité se reunirá periódicamente para analizar la información recogida por sus miembros durante el trabajo de identificación de problemas.

El trabajo se llevará a cabo mediante Evaluación Concurrente y Recurrente:

- a) Visitas semanales sorpresivas a los servicios, salas y departamentos de la institución revisando una muestra de Historias Clínicas evaluando los medicamentos indicados a pacientes ingresados teniendo en cuenta la pertinencia, oportunidad, dosis y tiempo de prescripción, reacciones adversas, aplicación de la Medicina Natural y Tradicional y realizará encuestas a pacientes y familiares.
- b) Visita a la Farmacia Comunitaria vinculada a su Consulta Externa y Servicio de Urgencia y Emergencia evaluando la prescripción médica en recetas y certificados de medicamentos controlados. Realizará encuestas a pacientes y familiares
- c) Revisión de Hojas de Cargo de Consulta Externa y Urgencias y Emergencias para evaluar la pertinencia y control del paciente al que se le indicó medicamentos

7.6 Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional.

Objetivo:

- Es el órgano encargado de revisar las prácticas transfusionales, la indicación médica y la distribución, manipulación y administración de la sangre y sus componentes.

Funciones:

- Revisión de las prácticas transfusionales del centro.
 1. Número de unidades desechadas en los servicios clínicos y quirúrgicos.
 2. Unidades antológicas y su correcto empleo.
 3. Procedimiento en la administración de sangre y sus componentes.
 4. Evaluación correcta utilización de componentes especiales (desleucocitados, irradiados, fenotipazos)
- Revisión de la documentación relacionada con la transfusión de sangre.
 1. Solicitud médica de transfusión. Evaluación de la indicación.
 2. Reacciones adversas.
- Evaluación del grado de respuesta del servicio de transfusiones ante la demanda de sangre y sus componentes.
- Promover educación continuada del personal así como las investigaciones.
- Evaluar el grado de satisfacción de pacientes y familiares.

Estructura:

- El Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional estará integrado por su Presidente, un Secretario y tantos miembros como resulte necesario.
- El Comité debe estar integrado por médicos especialistas de diversos servicios, representante del Servicio de Medicina Transfusional, enfermeras, estadísticos y otro personal que se estime necesario.

Procedimientos:

Este Comité debe:

- 1.- Reunirse mensualmente para analizar los informes de las evaluaciones de todos integrantes en cada servicio donde se realizó algún procedimiento y práctica transfusional.
- 2.-Controlar mediante el informe del servicio de transfusiones , estadística y sus integrantes el número de unidades desechadas en los servicios clínicos y quirúrgicos, unidades antológicas y su correcto empleo y procedimiento en la administración de sangre y sus componentes.
- 3.- Evaluación correcta utilización de componentes especiales (desleucocitados, irradiados, fenotipazos, precisándose en los caso no revisados sus causas.

- 4.- En las visitas a los servicios clínicos y quirúrgicos de las instituciones hospitalarias se hará una revisión de la documentación relacionada con la transfusión de sangre (Solicitud médica de transfusión. Evaluación de la indicación. Reacciones adversas.)
- 5.- Evaluación del grado de respuesta del servicio de transfusiones ante la demanda de sangre y sus componentes.
- 6.- Verificará si existen líneas de investigaciones.
- 7.- Se evaluará el grado de satisfacción de pacientes y familiares.

RESUMEN DE INDICADORES DE RESULTADOS

Estos Indicadores miden el producto de los Procesos de Atención, es decir de su Calidad para Evaluarlos o compararlos con los objetivos o características acordados o esperados. (Pueden ser utilizados también los Indicadores de Desempeño, ver en el Glosario)

- * Porcentaje del grado de satisfacción de pacientes y familiares, de quejas y demandas.
- * Porcentaje del grado de satisfacción de los trabajadores.
- * Porcentajes de reingreso, reintervenciones quirúrgicas y sus causas
- * Porcentaje Operaciones injustificadas o exageradas y complicaciones anestésicas graves
- * Prevalencia de Eventos Adversos de la atención médica y producidos por Error Médico, de Equipos médicos, medicamentos, de equipos, post transfusionales y otros. (Ver Resolución No 218/2000 del Ministro)
- * Tasa de infecciones intrahospitalaria, por tipo, Global y por Servicio,
- * Número de Brote de infección, Global y por Servicio
- * Letalidad de la infección intrahospitalaria, según tipo, Global y por Servicio
- * Porcentaje de mortalidad bruta y neta y por servicio
- * Mortalidad por infección intrahospitalaria, según tipo, Global y por Servicio
- * Mortalidad Materna
- * Mortalidad infantil, fetal tardía y neonatal precoz
- * Mortalidad peri operatoria y anestésica
- * Letalidad por diferentes Enfermedades: Crónicas: IAM, AVE, Asma, Diabetes.
- * Índice de necropsia o autopsia
- * Correlación diagnóstica clínico-patológica y por Servicio
- * Porcentaje de fallecidos con deficiencias detectadas en el diagnóstico, evolución, conducta o Tratamiento.
- * Indicadores de utilización de la cama: PE, IS, IO y Rotación
- * Costo día paciente, días camas, costo egreso y por consulta

GLOSARIO

Auditoria Médica: revisión metódica o una investigación retrospectiva de recursos y actividades para examinar el conocimiento médico revelado por el expediente clínico ⁶

Auditoria de calidad: es la evaluación sistemática de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad, para verificar de forma independiente e informar del cumplimiento de los requisitos operativos del Programa de Calidad. ²⁰

Buenas prácticas: cumplimiento óptimo de las normas, procedimientos y guías aprobados o establecidos por el sistema o institución de salud para asegurar la calidad de la atención médica ²⁰

Calidad de la atención de salud: Existe Calidad de la atención de salud, cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen a los requisitos de los Pacientes (usuarios, clientes), de los Trabajadores y, además se cumplen las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema ⁷

Código de Ética: Conjunto de estándares para la construcción y funcionamiento de los principios de la moral aplicados a las acciones humanas. ²⁰

Continuidad: Componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo. ²⁰

Control: función del proceso de administración que se lleva a cabo para conocer y evaluar las actividades que se desarrollan y sus resultados en un sistema social o institución, a fin de dar solución a los defectos o incumplimientos detectados y que puede ser interno o externo. ²⁰

Control administrativo: se utiliza en las tareas día-día a fin de que el cumplimiento de las actividades en el proceso de atención se ajuste a lo acordado a fin de detectar defectos para corregirlo y mejorar el desempeño y eficacia. ⁸

Control de calidad: es la actividad que periódicamente se dirige a conocer las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, esta es monitorizada (medida), los resultados estudiados, de manera que sus diferencias puedan ser corregidas” ⁹

Calidad, Garantía de: Aplicación de medidas correctivas dirigidas a controlar o eliminar las causas de los problemas identificados, con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica y se considera que está implícita en el control de calidad

Característica de calidad: son los valores, objetivos, metas que se desean alcanzar por una institución, servicio y sus trabajadores, en un plazo determinado, medidos por un número, porcentaje, razón o tasa, para compararlos con los resultados obtenidos

Dimensión: son los rasgos que nos permiten hacer una primera división de la variable en estudio, ejemplo: mortalidad hospitalaria y la mortalidad post operatoria como dimensión

Error Médico (EM) se define como: “todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponde con el real problema de salud de la persona que está siendo atendida”, por tanto, excluye las malas prácticas, imprudencias e infracciones.¹⁰

EM se define también como el resultado de una equivocación, donde no exista mala fe ni elementos de mala práctica, negligencia, indolencia o despreocupación, ni incapacidad e ignorancia profesional”¹¹

Evento Adverso: daño o lesiones causadas en el proceso de la atención médica, que en su mayoría pueden ser prevenibles con los conocimientos actuales de la medicina.¹²

Eventos adversos inevitables: resulta de complicaciones en que no se pueden prevenir, dado los actuales conocimientos de la medicina¹³

Evaluación retrospectiva: actividad que se realiza para medir una variable de los procesos y compararlas con las normas establecidas y en una investigación de caso-control

Evaluación concurrente: actividad que se realiza para comparar los sucesos o procesos en el momento que se están produciendo según lo esperado o normado

Evaluación prospectiva: se registra la información de una variable o dimensión en la medida en que van ocurriendo los hechos o en una investigación de cohorte

Eficacia: es la medida del cumplimiento de actividades o de hacer bien las cosas reflejado en el resultado como cumplimiento de los objetivos (mide la actuación administrativa)

Efectividad: mide el impacto (en personas) resultado de un programa, acción o actividad que contribuye a reducir o eliminar un problema

Eficiencia: es la cualidad de la actuación de un sistema o institución para alcanzar el objetivo minimizando el empleo de recursos. También se considera como la relación entre resultados obtenidos en actividad dada y los recursos, expresados en valores monetarios

La Eficiencia ha sido considerada como **Social, Médica y Económica**

En la actualidad se enfocan tres formas:¹⁵

- E. Técnica:** como obtención de un producto minimizando recursos en el proceso
- E. de Gestión** cuando se obtiene un producto o resultado minimizando costos

-E. Económica por la producción y distribución de bienes y servicios que más valora la Sociedad

Equipo de salud: grupo de personas del sector de la salud que realizan diferentes aportes con una metodología compartida, un objetivo común, centrado en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud, así como las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ; donde cada miembro tiene claramente asumidas sus propias funciones y los intereses comunes, y todos los miembros comporten la responsabilidad de los resultados.²⁰

Estándar: nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.²⁰

Estrategia: acción de largo y mediano plazo necesaria para alcanzar la visión, camino que se ha de seguir para garantizar la supervivencia y posiciones futuras favorables²⁰

Falta Medica (Mal Practice), Infracciones o Imprudencias que, incluye: la negligencia, abandono, mala fe, incapacidad, indolencia o desprecio, impericia, incluso violación de normas disciplinarias, de trabajo y éticas, sea por omisión o comisión, que pueden ser sancionadas desde el punto de vista legal, civil o administrativo, siempre que exista una relación de causa - efecto^{10, 11}

La F M implica responsabilidad moral y legal del profesional de salud y de acuerdo con la esfera jurídica en la que se produce, puede ser penal, civil o administrativa, según este previsto en la ley (Lancís)¹⁰

Guías de Prácticas Clínicas: son “recomendaciones” elaboradas sistemáticamente para asistir las decisiones de los profesionales sanitarios y de los pacientes sobre los cuidados de salud apropiados en circunstancias clínicas específicas.¹⁹

latrogenia (o latropatogenia), daño, lesión, afectación, discapacidad, que puede ser medida y causada por la acción del “médico”¹⁰

Indicador de Resultado: forma de medir una variable o su dimensión, puede ser una razón, un índice, proporción o porcentaje, por ejemplo: de la variable operaciones, el porcentaje de operaciones injustificadas; del IAM la tasa de letalidad.

Indicador de Desempeño: son los resultados de un proceso expresados en forma relativa, como porcentaje, mediante la fórmula de dividir lo alcanzado en un período dado, entre lo deseado u objetivo y multiplicado por 100.

Misión: razón de ser de un sistema o institución, que identifica las necesidades de sus pacientes (usuarios, clientes) que deben ser atendidas y formulada de forma sencilla, alcanzable, motivadora, cuyo producto o resultados debe reflejar los beneficios que alcanzará el paciente.

Monitoreo: vigilancia constante y medición sistemática de un fenómeno, se utiliza para detectar tempranamente cualquier alejamiento del buen manejo o estándar del proceso y su corrección inmediata²⁰

Norma: regla que trata de uniformar las acciones y actividades que se realizan en un sistema, para lograr buenas prácticas e imprescindible para la mayor eficacia, eliminando las causas de los problemas

Objetivos: significa lo que se desea alcanzar en un período determinado, Según el período puede ser: Objetivo a corto plazo (operacional), a mediano plazo y a largo plazo (meta)

Paciente: persona presuntamente sana o enferma, que recibe atención en un servicio de salud de salud, que también se le denomina como usuario, cliente externo, beneficiario.

Pertinencia: cualidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate.²⁰

Prevención y control de infecciones: programa de asistencia en salud de la organización incluyendo normas y procedimientos para la supervisión, prevención y control de la infección.²⁰

Proceso: se relaciona con algo que está en movimiento constante en un sistema o una institución y que utiliza un conjunto de recursos humanos, materiales y financieros y otros insumos para alcanzar un producto, efecto, impacto o resultado

Procedimiento: secuencia de actividades relacionadas entre sí que especifican sus formas de ejecución para llevarlas a la práctica o descripción pormenorizada para la ejecución de una actividad que se realiza rutinariamente^{17, 18}

Resultado: es el producto, efecto o impacto de un proceso, que debe ser evaluado o comparado con el objetivo a alcanzar o característica de calidad que permite evaluar el desempeño

Seguridad del Paciente: “la iniciativa diseñada para prevenir un evento adverso producto de un error médico y también de las malas prácticas”¹⁴

Variable: características de las personas, cosas y fenómenos que son objeto de búsqueda respecto a la unidad de observación, susceptible de ser medida y que toma diferentes valores (variabilidad estadística).

Generalmente se clasifican en:

V. cualitativas y cuantitativas (de resultados o desempeño)

V. Independientes (del proceso) y dependientes (como producto o resultados)

Visión: surge de la Misión y se formula como un ideal con enfoque de futuro de cambios o mejoramiento óptimo y posible¹⁶

REFERENCIAS

1. MINSAP. Reglamento General de Hospitales 1961
2. MINSAP. Comité de Evaluación de las Actividades Científicas 1962
3. MINSAP Reglamento General de hospitales 1963,1973, 1985
4. MINSAP. Comité Médico Auditor 1986.
5. MINSAP. Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica. 1993
6. OPS file: //A:-Glosario de términos-modelo de garantía de calidad. HTM
7. Ramos D, B N. Control de Calidad de la Atención de Salud Editorial Ciencias Médicas. 2004.
8. Stoner, Gilbert, Freman, ADMINISTRACIÓN. E. Person educ sexta edición Hispanoamericana, México 1996
9. Donabedian Calidad de la Atención Médica. Rev. de Salud Pública. México 1990: 225-231
10. Temas de Ética Médica. ISCM-H 1986: 51-72
11. Alonso, Varón V S. Ramírez A y Ortega, Ética y Deontología Médica 1979 pp 96-100
12. AHRQ Agencia de Investigación de la Calidad de los Servicios Médicos EUA 2000
13. To err is human. Instituto de medicina (IOM) EUA 1999
14. Quality of care: Patient Security. WHO Diciembre 2003
15. Gálvez, G. A. N. El Concepto de Eficiencia en Salud: C. Habana 2002
16. Peter Babich A: BNZzon 29/12/2000
17. OPS file://A:- Glosario de términos-Modelo de Garantía.htm
18. Manual de Normas y Procedimientos OPS-OMS1990
19. Field MJ, Lohr MJ, editors. Clinical Prctice Guidelines. Directions for a New Program. Washington, DC. National Academy Press, 1990).
20. Glosario de Términos en Marketing de Salud. 2003
21. Santos Peña M. Auditorias de Calidad. Boletín IRAM. Buenos Aires, Feb 2003.
22. Corona LA. Modelo teórico del método clínico a partir de la concepción de la asistencia médica como un proceso de toma de decisiones. HGAL. Publicado en el CD III Seminario Internacional Docencia Universitaria, 2004. ISBN 959-257-061-2.
23. Corona L A. El método Clínico como forma de aprendizaje en la carrera de Medicina. Medisur. 3 (1). 2005
24. Corona L A. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Algunas consideraciones éticas para el médico en formación. Medisur. 3 (1). 2005

25. Corona LA. La atención médica como proceso. Aplicación del enfoque sistémico al estudio de la asistencia médica. *Medisur* 2005; 3(2):112-120.
26. Corona LA. Algunas consideraciones sobre la toma de decisiones en el campo de la asistencia médica. *Medisur* 2005; 3(2):121-127.
27. De Armas L, Capote Y. Adherencia a las Buena práctica de Enfermería en RPM. Hospital universitario GAL Cienfuegos 2003. *Revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud Scientia* 2005;10 (supl):87 ISSN:1135-9528.
28. Espinosa A, Quintero Y, Cutiño Y, Romero AJ, Bernal JL. Mortalidad del adulto en tres provincias cubanas EN Iñiguez L, Pérez OE. Heterogeneidad social en la Cuba actual. Ciudad de La Habana: Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humano. Universidad de La Habana 2004: 163-194.
29. Espinosa AA, Romero AJ, Misas M, Fresneda O. Asistencia al enfermo terminal en la atención primaria de salud. *Rev Finlay* 2005;10:132-143.
30. Espinosa-Brito AD, Espinosa-Roca AA,. Del Sol-Padrón LG, Bermúdez-López JM. Clinical and communication skills. Learnt side by side in Cuba. *BMJ Rapid Response*. <http://bmj.com/cgi/eletters/330/7488/374#98792>, 3 Mar 2005
31. Espinosa AD, Espinosa AA, Ordúñez P. ¿Realmente sabemos qué significa la expectativa de vida? Editorial. *Rev Finlay* 2005 (en prensa).
32. Guerra T, Fernández J, Fuentes I, Cabrera M, Prieto L, Dita L. Evaluación de la información que se le brinda al paciente antes de ser transfundido. *Memorias de Hematología* 2005. CD. ISBN 959-7164-88-4.
33. Iraola M, Ordúñez P, Rojas O. ¿Hay diferencias en la población que utiliza el servicio de urgencias hospitalario?. *Rev Calidad Asistencial* 2005;20(3):157-8.
34. Mur N, Teope S. Manual para las buenas Prácticas de la Enfermera Obstetra. *Medisur* 2005;2(3).
35. Mur Villar N. La formación académica en enfermería. *Revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud Scientia* 2005;10 (supl):92. ISSN:1135-9528.
36. Ordúñez P. Preventive Medicine: misuse and misinterpretation. *BMJ* 2005; Rapid Responses published for Godlee, 330 (7497)
37. Ordúñez-García P, La Rosa Y. NICE Guidelines: a contribution to rationalising hypertension care globally *BMJ* 2005; 330: 309 Rapid Responses published
38. Romero J. Asistencia al adulto mayor en la atención primaria de salud. *Rev Finlay*, 2005;10:114-121.
39. Romero AJ Atención al adulto mayor hospitalizado. *Rev Finlay* 2005;10:122-131.
40. Romero AJ, Espinosa AA, Fresneda O, Misas M. Atención hospitalaria al paciente con enfermedad terminal. *Rev Finlay* 2005;10:144-147.
41. Romero AJ. Marco Teórico de Cuidados al anciano terminal. *Rev. Geriatrika*.2005.
42. Romero AJ, Olascoaga F. Palliative care in chronic disease in the elderly. *BMJ Rapid Response*. 2005;330(7492):611-12.
43. Tamayo S, Caballero JE, Benet M, Espinosa A, Ordúñez P, Casanova MF, Castellanos M, Miranda Y. Estrategia de Ciencia e Innovación Tecnológica de Cienfuegos: un proyecto que contribuye al desarrollo del Sistema Provincial de Salud (editorial). *Medisur* 2005;3(2):4-7. Disponible en [http://medisur.cfg.sld.cu/p_revist.asp?id=28]
44. Villanueva N, Iraola MD, Falcón A, Fábregas F, Valladares F. Vía clínica en el infarto agudo del miocardio. Diseño, ensayo piloto y propuesta definitiva. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20(3): 140-151

DADO en el Ministerio de Salud Pública, en la Ciudad de La Habana, a los 27 días del mes de abril de 2007.

ANEXO NO. 1 A LA RESOLUCIÓN NO. 145/2007

“SOBRE ENFOQUE BASADO EN PROCESOS”

Concepto

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Es necesaria la **identificación de los principales procesos** en los servicios hospitalarios para un adecuado desarrollo de un sistema de **perfeccionamiento y control de la calidad** y su aplicación a través de la organización, así como determinar la secuencia e **interacción** de los mismos.

Clasificación

Existen diferentes criterios para clasificar los procesos que se desarrollan en una institución hospitalaria.

- Procesos de la alta dirección (Responsabilidad de la dirección)
- Procesos de control de recursos
- Procesos de realización del servicio
- Procesos de análisis, medición y mejora

Una vez realizado el análisis de la identificación de los principales procesos en el hospital se va definiendo lo que debe hacerse, cómo debe hacerse y como controlar cada proceso, en función de un indicador de calidad establecido, sin descuidar la satisfacción que se va alcanzando, dirigido al cumplimiento de la misión de la organización.

Un enfoque basado en procesos, cuando se utiliza dentro de un sistema de perfeccionamiento de la calidad, enfatiza la importancia de:

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos para la atención al paciente, a partir de las necesidades y expectativas establecidas, generalmente implícitas u

obligadas de los servicios hospitalarios al paciente bajo el sistema de perfeccionamiento de calidad implantado.

- La necesidad de considerar los procesos bajo la convicción de cada trabajador de que aportan mejora para la atención del paciente.
- La obtención de los resultados del desempeño de cada trabajador y la eficacia de los procesos que realizan.
- Las mediciones que se realicen comprueban el cumplimiento de los procesos hacia el paciente y permiten la evaluación del ciclo de mejora continua.

Aplicación práctica:

- Los procesos en una institución hospitalaria pueden ser identificados como: Guías de Prácticas Clínicas, Procesos Normalizados de Operaciones, Procedimientos o Protocolos.
- Identificar los procesos claves a nivel de la institución, de los servicios o departamentos es esencial para su control y evaluación.
- Es imprescindible reconocer la interacción entre los procesos, donde en un elevado número de ellos media como centro la atención del paciente.

DADO en el Ministerio de Salud Pública, en la Ciudad de La Habana, a los 27 días del mes de abril de 2007.

ANEXO NO. 2 A LA RESOLUCIÓN NO. 145/2007
“SOBRE GUÍAS DE BUENAS PRACTICAS CLÍNICAS”

Definición:

Constituyen un conjunto de orientaciones, bien sistematizadas, que pautan la actuación médica frente a un paciente con determinada situación clínica, basadas en las que se consideran como las mejores, entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento para tal condición, en un momento y lugar.

Propósitos

La elaboración y la implementación de Guías de Buenas Prácticas Clínicas tienen como propósitos basados en información objetiva, utilizar un método que, acompañado del juicio clínico, favorezca decisiones racionales, estableciendo criterios de prioridad en la actuación.

Elaboración e Implementación de las Guías

- Revisión exhaustiva de la literatura por expertos
- Proceso que descansa en el juicio o consenso de un grupo interno y que usa poco o nada expertos externos en revisar la literatura, que utiliza otro grupo de "oponentes" para confeccionar la versión final. La mayoría de las guías así redactadas toman la forma de algoritmos
- Una combinación de ambos métodos

Sugerencias prácticas:

- Identificación de los principales problemas de morbilidad y mortalidad en cada servicio.
- Designación de autores y grupos
- Revisión de la literatura y discusiones previas
- Redacción de la Guía y presentación
- Discusión colectiva y nuevas sugerencias
- Conciliación y aprobación
- Publicación de las Guías (en dependencia del soporte disponible)
- Revisión, actualización y evaluación de la Adherencia a las Guías.
- Inclusión de nuevas Guías

Implementación de las Guías

Fase I. Elaboración de Guías propias (organizar)

Paso 1. Voluntad institucional. Crear Grupo Directivo.

Paso 2. Definir el propósito, los objetivos y las prioridades.

Paso 3. Definir los aspectos metodológicos de la obtención y evaluación de la información.

Paso 4. Constituir un equipo integrado por profesionales de las diferentes especialidades en los servicios, de reconocido prestigio, que a través de la revisión y análisis de la información científica junto a la experiencia y los conocimientos acumulados que formule recomendaciones para confeccionar las Guías.

Paso 5. Lograr el consenso y evaluar la viabilidad de la implementación.

Fase II. Inicio de la implementación (empezar)

Paso 6. Evaluar los principales problemas de salud que atiende la institución.

Paso 7. Diseño de las Guías teniendo en cuenta las orientaciones metodológicas del MINSAP, que integre el diagnóstico inicial con la información científica disponible.

Paso 8. Implementar las decisiones a partir de las ventajas potenciales encontradas y minimizar las posibles barreras.

Fase III. Demostración de su funcionalidad (proyecto de demostración)

Paso 9. Diseñar el proyecto de la Guía para su demostración.

Paso 10. Alcanzar el consenso necesario

Paso 11. Proporcionar la capacitación

Paso 12. Evaluación por el Órgano Nacional de Acreditación y Certificación del Buró Regulatorio

Paso 13. Incorporar las rectificaciones a partir de su aplicación.

Fase IV. Vigilancia y Evaluación de Adherencia (valorar el impacto)

Paso 14. Constituir el equipo de evaluación

Paso 15. Definir los objetivos, indicadores y sistema de información

Paso 16. Construir el Instrumento de evaluación

Paso 17. Llevar a cabo el proceso de evaluación

Paso 18. Llegar a conclusiones sobre el impacto de la implementación de las Guías

Fase V. Generalización (extender las guías)

Paso 19. Preparar el plan para generalizar la aplicación del programa

Paso 20. Realizar los cambios de política y programación

Paso 21. Aplicar un sistema de corrección con un método participativo

Paso 22. Iniciar la generalización

Fase V. Actualización de las Guías (revisar y actualizar las guías)

Paso 23. Constituir el equipo de revisión

Paso 24. Análisis de la información pertinente relacionada con la actualización científicas.

Paso 25. Reeditar las Guías o crear nuevas

Paso 26. Publicar las Guías actualizadas

Recomendaciones para la búsqueda de información científica necesaria para la confección y actualización de la Guías

- Selección de las publicaciones a revisar
- ¿Qué, quién, dónde, cuándo, por qué, para qué?
- Valorar el diseño de las investigaciones
- Comparar resultados contradictorios
- Evaluación integral de la literatura médica disponible.

Ventajas de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas

- Las mejores Guías están escritas por los profesionales con experiencia en el problema clínico que tratan.
- El trabajo en equipos favorece a un mejor desempeño en la misión a ellos encomendada.
- Las Guías producen un equilibrio entre la práctica y la academia, entre las diferentes especialidades médicas, entre los médicos y los administradores. Se incrementa el interés profesional por la aplicación de las Guías.
- Los profesionales que integran el equipo de autoría de las Guías poseen mayor tiempo para revisar las publicaciones disponibles que el resto del personal involucrado en la atención de los pacientes.

Adherencia (Cumplimiento) a las Guías de Buenas Prácticas Clínicas

La evaluación del cumplimiento de las Guías logra medir su impacto en la calidad de la atención que recibe el paciente. Se logra conocer la brecha entre lo que se sabe y se dice que se debe hacer y realmente lo que se hace.

La evaluación de las Guías de Prácticas Clínicas se realiza confeccionando un instrumento de evaluación donde se deben considerar preguntas básicas, complementarias y específicas, a partir de lo acordado y aprobado en las guías publicadas. Se sugiere ponderar sobre 100 puntos la calificación total del instrumento evaluativo. Si la evaluación es superior a 90 puntos hay Adherencia a la guía, si es inferior a 90 puntos no hay una adecuada adherencia a lo acordado en la guía.

La evaluación de la adherencia permite identificar las posibles áreas de mejora para prevenir o corregir errores detectados en el proceso de atención al paciente.

GUIAS DE BUENAS PRACTICAS CLINICAS (INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LAS MISMAS)

Ejemplos prácticos de instrumento de evaluación de una Guía de Buenas Prácticas Clínicas:

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL ASMA BRONQUIAL EN URGENCIAS

	Preguntas	Puntuación obtenida
--	-----------	---------------------

Preguntas Básicas		
A	Orden de ingreso con síntomas y signos compatibles con una crisis de asma bronquial.	
B	Existe correspondencia entre el diagnóstico y la terapéutica.	
C	Clasificación de la crisis.	
D	Ubicación adecuada.	
Preguntas complementarias		
1	Participación del especialista al ingreso.	10
2	Se identifican factores precipitantes y se corrigen.	10
3	Uso de tratamiento no farmacológico según Guía de Buena Práctica Clínica.	15
4	Uso de tratamiento no farmacológico según Guía de Buena Práctica Clínica.	15
5	Se justifica el uso del antibiótico.	10
6	Se especifica contrarreferencia en la historia clínica.	10
7	Se realizó Rx de tórax.	10
8	Se realizó gasometría.	10
9	Se realizó espirometría convencional al ingreso	10
	Total	100

Si no se cumple una de las preguntas básicas no existe adherencia a las guías
Evaluación:

Puntuación	Desempeño
90 – 100	Excelente
80-89	Notable
70-79	Adecuado
60-69	Suficiente
< 60	Deficiente

DADO en el Ministerio de Salud Pública, en la Ciudad de La Habana, a los 27 días del mes de abril de 2007.

**ANEXO No. 3
RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 145/2007**

“COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA (CAM)”.

PARÁMETROS DE EVALUACION DE LA HISTORIA CLÍNICA

Evaluar la Historia Clínica; Acápites

HC No: _____ **Egresos Vivo** _____ **E. Fallecido** _____

Paciente : Nombre _____ **Apellidos** _____

Fecha de Egreso. Día ____ Mes ____ Año _____

Fecha Evaluación: Día ____ Mes. ____ Año _____

Nombre del Evaluador: _____ Fecha de Evaluación. _____

ACÁPITES

EVALUACIÓN

Muy Satisf. Satisf. No Satisf.

Generales:

- | | |
|--|-------|
| 1. Calidad Hoja de Ingreso..... | _____ |
| 2. Conducta seguida en observación..... | _____ |
| 3. Orden de Ingreso..... | _____ |
| 4. Anamnesis..... | _____ |
| 5. Discusión Diagnóstica..... | _____ |
| 6. Indicación Investigaciones Necesarias..... | _____ |
| 7. Calidad de las Investigaciones..... | _____ |
| 8. Diagnóstico..... | _____ |
| 9. Tratamiento..... | _____ |
| 10. Calidad de las Evoluciones Médicas..... | _____ |
| 11. Cumplimiento indicaciones por Enfermería.... | _____ |
| 12. Calidad Observaciones de Enfermería..... | _____ |
| 13. Indicación y Técnicas Quirúrgica..... | _____ |
| 14. Calidad del Informe Operatorio..... | _____ |
| 15. Calidad de Informe y atención Anestésica... | _____ |
| 16. Seguimiento del Embarazo..... | _____ |
| 17. Seguimiento del trabajo de Partos..... | _____ |
| 18. Atención al parto y recién nacido..... | _____ |
| 19. Psiquiatría: estudio social..... | _____ |
| 20. Examen psiquiátrico..... | _____ |

21. Examen Psicológico y Psicométrico..... _____
 22. Calidad de la Hoja de Egreso..... _____

COMENTARIOS:

Firma del Evaluador:

Normas a tener en cuenta para Control y Auditoria de cada Acápite de la Historia Clínica

Hoja de admisión o Ingreso:

- Presencia de forma legible en el modelo oficial, de todos los acápites.

Conducta seguida en Sala de Observación:

- Presencia de la historia de observación (micro historia).
- Manejo terapéutico adecuado que incluya dosis y vía de administración
- Realización de investigaciones de urgencias necesarias
- Presencia de la impresión diagnóstica.

De los datos de ingreso:

- Presencia de la Orden de ingreso
- Notificación de la presencia de reacciones alérgicas
- Presencia de la impresión diagnóstica.
- Conducta a seguir reflejada de forma adecuada
- Presencia de fecha y hora de ingreso aparecer
- Acreditado por la firma y cuño del médico

De la anamnesis:

- Historia de la Enfermedad Actual adecuada
- Antecedentes Patológicos reflejados de forma adecuada
- Interrogatorio completo
- Historia Psico-Social completa

Del Examen Físico:

- Examen Físico en correspondencia con el cuadro clínico.
- Examen Físico General adecuado
- Examen Físico Regional adecuado
- Descripción adecuada del examen físico por aparatos que incluya, mensuraciones del peso y talla, fondo de ojo, tacto rectal y otras, según requerimientos de la enfermedad.
- Descripción de la evaluación nutricional

De la Discusión Diagnóstica:

- Discusión diagnóstica realizada

- Discusión diagnóstica adecuada
- Realización de la discusión diagnóstica antes de 48 horas, y en las primeras 24 horas en el paciente grave.
- Diagnósticos sindrómico, nosológico y diferencial adecuados, que incluyan el fundamento científico
- Descripción de la discusión en colectivo de pacientes graves.
- Presencia de Conducta a seguir y Pronóstico

De la indicación de investigaciones:

- Realización de las investigaciones necesarias
- Investigaciones justificadas

De la calidad de las investigaciones:

- Correlación de resultados de investigaciones con el cuadro clínico
- Calidad de informes de investigaciones.
- Presencia de resultados de estudios histológicos
- Presencia de informes de necropsias

Del diagnóstico:

- Diagnóstico adecuado
- Correlación entre diagnóstico inicial y al egreso
- Correlación clínico-patológica en caso de los fallecidos (necropsia)
- Correspondencia entre diagnóstico pre y postoperatorio
- Diagnóstico oportuno de las complicaciones.

Del tratamiento

- Indicación de los medicamentos, sangre, derivados y acciones apropiadas para garantizar el tratamiento del enfermo
- Dosificación y vías de administración
- Cumplimiento de normas de especialidad
- Manejo higiénico dietético adecuado
- Indicaciones de procedimientos fisioterapéuticos.

De la calidad de las evoluciones médicas

- Reflejo adecuado del estado del paciente en la evaluación médica,
- Reflejo de la conducta seguida acompañado del pensamiento médico.
- Indicación e interpretación adecuada de la Interconsulta necesaria.
- Interpretación adecuada de los resultados de complementarios.
- Interpretación adecuada de los cambios terapéuticos
- Evolución con la periodicidad requerida.
- Evolución adecuada de los pacientes graves.
- Acreditación de las evoluciones de enfermería con la firma y cuño del médico
- Realización por el médico del cierre de hoja de Balance Hidromineral
- Reflejo de fecha, hora, e identificación del nombre del médico
- Reflejo en la evolución en caso de traslado
- Interpretación del pensamiento médico en los fallecidos
- Existe comentarios sobre la infección nosocomial en caso de estar presente la misma.

Del cumplimiento de Indicaciones y Observaciones de Enfermería

- Cumplimiento adecuado de los horarios de las indicaciones médicas.
- Reflejo del cumplimiento adecuado de signos vitales con la frecuencia indicada.
- Especificación en la observación de la ejecución y la hora de cada proceder (sonda Levín, lavado gástrico. etc.).
- Registro adecuado de los pacientes con indicación de balance hidromineral, Benedict e Imbert.
- Realización de las observaciones con la frecuencia necesaria según estado del paciente, incluyendo la recepción del paciente.
- Reflejo de la fecha, hora e identificación de la enfermera
- Registro de la fecha, hora, conducta, condiciones al ingreso y traslado del paciente.

De la Confección de Historia Clínica:

- Confección de la Historia Clínica adecuada y con letra legible.
- El expediente clínico correctamente ordenado
- Confección adecuada de los Modelos.
- Conservación adecuada de la Historia Clínica.

De la indicación y técnica quirúrgica

- Indicación y técnica quirúrgica adecuada
- Presencia de accidente quirúrgico
- Suspensión de operaciones, causas
- Informe operatorio adecuado

De la atención anestésica

- Informe de anestesia adecuado
- Realización de la Consulta preoperatoria adecuada
- El transoperatorio refleja con claridad el proceder realizado
- Presencia de accidente anestésico
- Evaluación del paciente al alta de recuperación reflejada de forma adecuada

Del seguimiento del trabajo de parto

- Seguimiento y jerarquización adecuados del trabajo de parto.
- Control de acuerdo a lo normado del foco fetal y la dinámica uterina
- Administración terapéutica adecuada
- Diagnóstico oportuno del sufrimiento fetal

De la Atención al parto y recién nacido

- Atención adecuada al parto y al recién nacido
- El parto realizado por el personal indicado de acuerdo con las normas
- Adecuada atención del recién nacido con hipoxia
- Instrumentación del parto adecuada si fuere necesario
- Atención adecuada de alumbramiento
- Cumplimiento adecuado de las normas del parto pretérmino
- Se reflejan de forma adecuada los comentarios de alrededor de la infección Intrahospitalaria si existiera
- Adecuada conducta en el puerperio inmediato.

Del estudio social y examen psiquiátrico

- Presencia en la Historia Clínica de los modelos TS y TS2
- Historia Social Siquiátrica actualizada
- Se refleja la valoración social integral del paciente.
- Los aspectos psicosociales aportados contribuyen al diagnóstico
- Se reflejan las acciones realizadas por Trabajador Social y el equipo de salud.
- La evolución se realiza con la periodicidad establecida. La confección es adecuada y con la letra ilegible
- El examen Psiquiátrico es adecuado
- Se refleja examen psiquiátrico de paciente que no coopera

De la calidad de la Hoja de Egreso

- Da respuesta a todo lo solicitado en el modelo oficial
- Se refleja los resultados, diagnósticos y estado del paciente al egreso

Variables

Variables que se tendrán en cuenta para la evaluación del Proceso de la Atención Médica a través de la Historia Clínica, **de forma concurrente y retrospectiva:**

Generales

- Si la atención al paciente grave es priorizada y jerarquizada.
- Si el paciente es atendido por el servicio requerido.
- Calidad de la historia clínica, sus evoluciones periódicas que reflejen el estado del paciente, resultados de las investigaciones, la terapéutica y resto de actuaciones recibidas junto al pensamiento médico.
- Si el diagnóstico y tratamiento cumple las Normas, Guías de Buenas Prácticas o Protocolos establecidos.
- Si existe uso adecuado y racional de exámenes complementarios.
- Si el cumplimiento de indicaciones se realiza de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Si los resultados de investigaciones, estado del paciente y tratamiento son comentados en el expediente clínico.
- Si la indicación de dietas y certificados médicos es adecuada y se controlan según los procedimientos establecidos.
- Si los procedimientos que realizan los internos, residentes y personal de enfermería se corresponden con el desempeño esperado.
- Si los procedimientos que se realizan sobre el paciente cumplen las normas técnicas.
- Cumplimiento del horario y dedicación del médico y enfermeras a pacientes y familiares.
- Si se cumplen lo aprobado en la integración con otras instituciones, en especial el nivel primario, incluyendo la Referencia y Contra referencia

De hospitalización

- Cumplimiento del ingreso precoz en las afecciones que por sus características clínicas así lo requieran.
- Ubicación adecuada del paciente en el servicio que requiera por su estado de salud.
- Cumplimiento de requisitos del pase de visita colectivo con participación de la enfermera y discusión diagnóstica.
- Si la estadía es la correcta.

- Si se realizan las investigaciones incluyendo las de urgencia.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de complicaciones.
- Si se analizan los eventos adversos, de error médico, de medicamentos, equipos, de mala práctica o iatrogenias.
- Se analizan los riesgos hospitalarios para el paciente.
- Preparación apropiada para investigaciones y procedimientos.
- Cumplimiento de normas técnicas en unidad quirúrgica, de partos y áreas cerradas.
- Si se cumple integralidad de las acciones por trabajo en equipo multidisciplinario e institucionales.

Unidad Quirúrgica y Anestesiología

- Si existe programación quirúrgica y se cumple.
- Verificar cumplimiento de Normas, Procedimientos y Guías Prácticas Clínicas.
- Verificar la calidad de la atención y tiempo en pre y post-operatorio.
- Eventos adversos en el período peri operatorio.
- Adecuada indicación y técnica quirúrgica.
- Se produjo accidente quirúrgico.
- Suspensión de operaciones, causas.
- El informe operatorio es adecuado
- Informe de anestesia adecuado
- Consulta preoperatoria adecuada
- Evolución postoperatoria adecuada
- Se produjo accidente anestésico
- Evolución del paciente al alta de recuperación.

En Servicios de Urgencias - Emergencia

- Tiempo de espera
- Tiempo entre atención de urgencias y hospitalización
- Registro adecuado de pacientes atendidos
- Calidad de la historia clínica en observación.
- Cumplimiento de requisitos para el traslado de pacientes.
- Atención priorizada al paciente grave en UCIE
- Ingresos en unidades de cuidados progresivos según Guías de Buenas Prácticas o Protocolos terapéuticos.

Servicios de Diagnósticos

- Registros de resultados de investigaciones
- Reacciones adversas, complicaciones.
- Proporción de películas dañadas o no útiles
- Calidad de los informes de Medios Diagnósticos (Laboratorio Clínico, Microbiología, Imagenología y Anatomía Patológica)
- Control de las investigaciones injustificadas

De otras áreas

De Admisión y Registros Médicos

- Adecuada información para el Paciente y población en general
- Datos de identidad del paciente
- Tiempo utilizado en el ingreso electivo y el ingreso urgente.
- Control de camas disponibles adecuado
- Registro del Movimiento Hospitalario.

- Registro de Certificados de Defunción.
- Tiempo de espera
- Listas de espera en todos los servicios
- Control de dietas emitidas
- Control de certificados médicos, diagnósticos y de medicamentos por tarjeta-control

De Servicio Social

- Resolutividad a los requerimientos de solicitud de servicios

De Alimentación

- Control adecuado de las dietas según indicación médica.
- Calidad de los alimentos recibidos por el paciente, según normas de dietoterapia.
- Muestras de control (muestras testigos)
- Cumplimiento del horario de distribución de alimentos.
- Higiene y normas de elaboración de alimentos.

De higiene y ropa

- Verificación de higiene de habitaciones, servicios sanitarios y locales.
- Cobertura de ropa de cama y personal para los pacientes
- Verificación del estado y condiciones de ropa de cama y personal.

DADO en el Ministerio de Salud Pública, en la Ciudad de La Habana, a los 27 días del mes de abril de 2007.

ANEXO NO. 4 A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL NO. 145/2007

“SOBRE COMITÉ DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA (CEAQ)”

INFORMACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR EL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Metodología de la Evaluación Retrospectiva de las Intervenciones Quirúrgicas

- La justificación de la intervención quirúrgica se determinará por los elementos de juicio que tuvo el cirujano antes de decidir la operación y nunca por los hallazgos operatorios o el resultado de las biopsias.
- Debe analizarse cuidadosamente el acatamiento exacto de las normas nacionales al respecto, aprobadas por el MINSAP.
- Toda justificación tiene que contemplar los puntos siguientes:
 - Si la afección es de tratamiento quirúrgico
 - Si en el enfermo operado estaba indicado el tratamiento quirúrgico
 - Si el tipo de intervención fue el adecuado
- La magnitud de la intervención se catalogará de suficiente, insuficiente o exagerada. Se entenderá por insuficiente cuando el propósito que se perseguía era factible, no habiéndose logrado o habiéndose alcanzado sólo parcialmente. Se entenderá por exagerada, cuando el cirujano ha ido más allá de lo requerido y normado para lograr su propósito. La operación injustificada es, ya en sí, exagerada y no es necesario (en estos pacientes) señalarlo como tal, sólo se calificará como injustificada. De ocurrir un accidente en el período transoperatorio, el procedimiento utilizado para corregirlo no se catalogará de exagerado, si se ajusta a las normas.
- Se considerará como accidente quirúrgico el que ocurre durante los procedimientos operatorios y que pudo ser evitado. Se tendrá en cuenta si dio lugar a complicaciones o a la muerte del paciente. Hay que decir si el médico que operaba era interno, residente o especialista.
- El diagnóstico será correcto cuando el resultado de la intervención o la biopsia confirmen el diagnóstico etiológico planteado en el anuncio operatorio.
- Los diagnósticos sindrómicos serán catalogados como errores, excepto en las situaciones siguientes:
 - Nódulo de glándula mamaria
 - Nódulo de la glándula tiroides
 - En los pacientes de hemorragia intra abdominal traumática
 - En la perforación de víscera de origen traumático
 - En las lesiones nodulares del pulmón

- En aquellos pacientes en quienes las normas aprobadas no se hayan cumplido, el cirujano especialista debe explicar –en el informe operatorio- las razones de este incumplimiento, las cuales serán discutidas por el colectivo que calificará el proceder.
- La evaluación se realizará para el comité y para el servicio por una calificación cuyos grados o notas se representen por letras mayúsculas o números, como se determina a continuación:
 - Diagnóstico correcto y operación justificada
 - Diagnóstico incorrecto y operación justificada
 - Diagnóstica incorrecto y operación injustificada
 - Diagnóstico correcto y operación injustificada
 - 1- Operación suficiente
 - 2- Operación insuficiente
 - 3- Operación exagerada
 - Accidente quirúrgico
- Para calificar se sitúa la letra seguida del número. El accidente quirúrgico se coloca al final de la calificación.
- Se juzgará el criterio quirúrgico, no el accidente inevitable ni la imposibilidad de realizar determinado propósito.
- En caso de intervenciones en que se realicen varios procedimientos quirúrgicos diferentes, éstos se calificarán en conjunto y no por separado, ya que ello es más exacto y práctico desde el punto de vista evaluativo y estadístico.
- Debe ser evaluado el cumplimiento de la Programación Quirúrgico y la realización de la Reunión de Anuncio Quirúrgico.

Evaluación del personal quirúrgico:

Productividad por cirujano por mes:

Se procederá al registro de las intervenciones quirúrgicas en que participen los cirujanos por mes, atendiendo a su presencia como cirujano principal o primer ayudante; además clasificando las intervenciones de acuerdo a su complejidad en menor, media y mayor; y teniendo en cuenta la calificación recibida en cada operación. Considerándose que deben tenerse un mínimo de 10 operaciones por cirujanos por mes

Determinación del Índice de Complicaciones por mes:

Se establecerán las condiciones para crear el “Registro de Complicaciones Quirúrgicas”, en el cual se anotarán las alteraciones que sufran los pacientes durante su recuperación postoperatoria (postoperatorio complicado).

Particularidades del Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica, en el Servicio de Anestesia:

- Índice de Recuperación Exitosa
- Relación de Anestelistas por operaciones (clasificadas de acuerdo al grado de complejidad)
- Relación de operaciones suspendidas por anestelistas, aclarando la explicación de las causas.

DADO en el Ministerio de Salud Pública, en la Ciudad de La Habana, a los 27 días del mes de abril de 2007.

ANEXO No. 5 A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL NO. 145/2007

“SOBRE COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA (CPCIH)”

INDICADORES DE CALIDAD DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS

Generales o Globales:

- Incidencia de infecciones intrahospitalarias global o por servicios
- Letalidad por infecciones intrahospitalarias global o por servicios
- Mortalidad por infecciones intrahospitalarias global o por servicios
- Brotes de infecciones de cualquier tipo, global o por servicios

Unidades de Cuidados Progresivos

- Neumonía asociada a la Ventilación mecánica
- Infección asociada al cateterismo arterial o venoso profundo
- Incidencia de Bacteriemia Primaria
- Infección asociada al cateterismo Urinario
- Infección en el Neonato.
- Mortalidad infantil por infecciones intrahospitalarias.

Cirugía

- Incidencia de Infección del Sitio Quirúrgico Limpio (Herida Quirúrgica Limpia)

Ginecología y Obstetricia:

- Incidencia de Infección del Sitio Quirúrgico Limpio (Herida Quirúrgica Limpia)
- Infección de la Rafia
- Infección de la herida de cesárea.
- Infección post legrado.

Hemodiálisis

- Brotes de infecciones intrahospitalarias, Hepatitis B, Hepatitis C o de SIDA
- Infección asociada al catéter de subclavia.
- Infección asociada a la Fístula Arterio-Venosa
- Presencia de mas de 100 col/ml en el agua tratada por osmosis inversa
- Presencia de Dureza en el agua
- Síndrome De Aguas Duras

- Otros síndromes derivados de la presencia de metales en el agua de hemodiálisis. (manganeso, mercurio, cobre, etc)

Central de Esterilización

- Requisitos sanitarios del área física
- Requisitos del material estéril
- Funcionamiento de Autoclaves
- Control del proceso de esterilización con indicadores físicos, químicos y biológico.

DADO en el Ministerio de Salud Pública, en la Ciudad de La Habana, a los 27 días del mes de abril de 2007.

