



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

TEMA:

**Diseño de una propuesta para Mejora de la Calidad de Servicio
de la Clínica del Deportista de Guayaquil**

AUTOR:

LARA AYALA ERIKA DEL ROCIO

MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

TUTOR:

CPA VERA SALAS LAURA

Guayaquil, Ecuador

2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Ingeniera en Computación, Erika del Rocío, Lara Ayala**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Administración de Empresas**.

DIRECTOR DE TESIS

CPA Laura Vera Salas

REVISOR(ES)

Mg. Cinthya Game Varas

Ing. Diómedes Rodríguez Villacis, MBA

DIRECTOR DEL PROGRAMA/CARRERA

Econ. Maria del Carmen Lapo Maza

Guayaquil, a los 20 días del mes de Febrero del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Erika del Rocío Lara Ayala**

DECLARO QUE:

La Tesis **Diseño de una propuesta para Mejora de la Calidad de Servicio de la Clínica del Deportista de Guayaquil** previa a la obtención del **Grado Académico de Magister en Administración de Empresas**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Febrero del año 2015

EL AUTOR

Erika del Rocío Lara Ayala



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
AUTORIZACIÓN**

Yo, Erika del Rocío Lara Ayala

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la **Tesis de Magister en Administración de Empresas** titulada: **Diseño de una propuesta para Mejora de la Calidad de Servicio de la Clínica del Deportista de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Febrero del año 2015

EL AUTOR:

Erika del Rocío Lara Ayala

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la oportunidad de realizar la Maestría en Administración de Empresas de la XIII Promoción de la UCSG.

A mis padres y mi hermano por estar siempre presentes dándome su apoyo a lo largo de mis años de vida.

A los profesores de la MAE Promoción XIII por compartir sus valiosos conocimientos durante las clases de maestría.

A mi tío, Dr. Jaime Lara Gómez y Familia por su gran apoyo y facilidades brindadas para poder realizar la presente tesis.

A mi directora de Tesis CPA. Laura Vera por su valiosa guía y apoyo durante la realización del presente proyecto.

A mis amigos de la MAE Promoción XIII por haber compartido los años de estudio.

Ing. Erika Lara Ayala

DEDICATORIA

A Dios.

A mis padres y mi hermano.

A toda mi familia.

A todos mis profesores.

A mi tutora de Tesis.

Y a todos mis amigos.

Ing. Erika Lara Ayala

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	vii
INDICE DE TABLAS.....	xi
INDICE DE FIGURAS	xii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xv
Introducción	1
Antecedentes.....	3
Justificación	5
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos	7
CAPITULO 1.....	8
1. Modelos de Gestión de la Calidad del Servicio al Cliente	8
1.1. Marco Referencial	8
1.2. Marco Teórico	10
1.2.1. Modelo ISO.....	10
1.2.2. Modelo Europeo De Excelencia O Modelo EFQM.....	11
1.2.3. Acreditación JCAHO.....	15
1.2.4. Sección I: Estándares centrados en el paciente.....	24
1.2.5. Sección II: Estándares de gestión de la organización sanitaria.....	29
1.3. Marco Conceptual	37
1.3.1. Componentes, y atributos de la calidad de la atención	38
1.3.2. El control de calidad y la evaluación del riesgo en los servicios clínicos	40
1.3.3. La satisfacción del paciente como medida de la calidad	40
1.3.4. Organización Sanitaria Basada en el Conocimiento.....	41

1.3.5. Datos, información y conocimiento	43
1.3.6. Sistemas de información	45
1.4. Marco Legal	46
1.4.1. Líneas Políticas del Derecho a la Salud	47
2. La Clínica del Deportista de Guayaquil y sus servicios	49
2.1. Funciones de la estructura organizacional de la Clínica del Deportista.	50
2.2. Servicios Ofrecidos	51
2.3. Costo de los servicios	52
2.4. Infraestructura	52
2.5. Equipos Médicos	53
2.6. Equipos de oficina:	53
2.7. Análisis FODA	54
2.8. Análisis PEST	55
CAPITULO 3.....	57
3. Marco Metodológico	57
3.1. Planteamiento del Problema	57
3.2. Metodología	61
3.2.1. Formulación del Problema	61
3.2.2. Hipótesis	61
3.2.3. Variables.....	61
3.2.4. Método.....	62
3.2.5. Tipo de Investigación.....	62
3.2.6. Población y Muestra.	62
3.2.7. Técnicas de Recolección.....	64
3.3. Análisis de Resultados Obtenidos.....	65

3.4. Conclusiones.....	78
3.5. Cronograma:	82
CAPITULO 4.....	83
4. Planteamiento de la propuesta	83
4.1. Aplicación modelo JCAHO Clínica del Deportista de Guayaquil	86
4.1.1. Objetivos Internacionales para la seguridad del paciente (IPSG).....	87
4.1.2. Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)	89
4.1.4. Atención de pacientes (COP)	95
4.1.5. Educación del paciente y de su familia (PFE)	97
4.1.6. Prevención y control de infecciones (PCI)	104
4.1.7. Gobierno, liderazgo y dirección (GLD).....	108
4.1.8. Cualificaciones y educación del personal (SQE)	115
4.1.9. Manejo de la Información y la comunicación (MCI)	121
4.2. Modelo de Gestión para mejorar el nivel de calidad de la Clínica del Deportista de Guayaquil.	131
4.2.1. Plan de Mejora en Procesos.....	132
4.2.2. Plan de Mejora Organizacional.....	142
4.2.3. Plan de Mejora Tecnológica	150
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	153
5. CONCLUSIONES	153
6. RECOMENDACIONES.....	156
7. REFERENCIAS	159
8. APÉNDICES.....	165
8.1. Apéndice A: Estándares de Acreditación de la JCI	165
8.2. Apéndice B: Encuesta de Satisfacción del Servicio	178

8.3. Apéndice C: Formato para Consentimiento informado	180
8.4. Apéndice D: Presupuesto estimado Plan de Mejora Clínica del Deportista	182
8.5. Apéndice E: Plan de Acción Clínica del Deportista	183
8.6. Apéndice F: NetClínicas Software de Gestión Clínica	184
8.6.1. Arquitectura de la Aplicación NetClínicas	184
8.6.2. Funcionalidades Principales de la Aplicación	186

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Encuesta vs. Estándar JCAHO</i>	85
Tabla 2 <i>Mejoras sugeridas en Condiciones de atención y climatización</i>	140
Tabla A1 <i>Objetivos Internacionales seguridad del Paciente (IPSG)</i>	165
Tabla A2 <i>Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)</i>	166
Tabla A3 <i>Derechos del Paciente y de su familia (PFR)</i>	167
Tabla A4 <i>Evaluación de pacientes (AOP)</i>	168
Tabla A5 <i>Atención del Paciente (COP)</i>	169
Tabla A6 <i>Gestión y Uso de Medicamentos (MMU)</i>	170
Tabla A7 <i>Mejora de la calidad y seguridad del paciente(QPS)</i>	171
Tabla A8 <i>Mejora de la calidad y seguridad del paciente(QPS)</i>	172
Tabla A9 <i>Prevención y Control de Infecciones (PCI)</i>	173
Tabla A10 <i>Prevención y Control de Infecciones (PCI)</i>	174
Tabla A11 <i>Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)</i>	175
Tabla A12 <i>Manejo de la comunicación y la información (MCI)</i>	176
Tabla A13 <i>Manejo de la comunicación y la información (MCI)</i>	177

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Personas con discapacidad distribuidas por causa</i>	5
Figura 2 <i>Criterios del modelo de Excelencia Empresarial</i>	14
Figura 3 <i>Proceso de conversión del dato en conocimiento</i>	43
Figura 4 <i>Pirámide Informativa</i>	43
Figura 5 <i>Sistemas de Información Gerencial</i>	45
Figura 6. <i>Estructura Organizacional de la Clínica del Deportista</i>	50
Figura 7 <i>Resultados de Orientación hacia el cliente interno/externo</i>	58
Figura 8 <i>Número de quejas</i>	58
Figura 9 <i>Género de los Encuestados</i>	66
Figura 10 <i>Actividad Principal de los encuestados</i>	66
Figura 11 <i>Edad de los Encuestados</i>	67
Figura 12 <i>Tiempo en admisiones</i>	68
Figura 13 <i>Tiempo de espera atención</i>	69
Figura 14 <i>Satisfacción de la atención recibida</i>	69
Figura 15 <i>Educación uso de medicamentos</i>	70
Figura 16 <i>Educación uso equipo</i>	70
Figura 17 <i>Instrucciones médicas entendidas</i>	71
Figura 18 <i>Información sobre quejas</i>	72
Figura 19 <i>Trato recibido en admisiones</i>	72
Figura 20 <i>Trato médico recibido</i>	73
Figura 21 <i>Trato recibido por asistentes</i>	73
Figura 22 <i>Confianza generada por el personal</i>	74
Figura 23 <i>Trato Personalizado</i>	74
Figura 24 <i>Condiciones de privacidad</i>	75
Figura 25 <i>Limpieza y aseo de instalaciones</i>	75
Figura 26 <i>Infraestructura de baño y sala de espera</i>	76
Figura 27 <i>Infraestructura consultorio</i>	76
Figura 28 <i>Infraestructura sala de rehabilitación</i>	77
Figura 29 <i>Sugerencias de mejora</i>	78
Figura 30 <i>Encuesta de Satisfacción Clínica del Deportista</i>	84

Figura 31 <i>Plan de Mejora Clínica del Deportista</i>	132
Figura 32 <i>Plan de Mejora Procesos</i>	133
Figura 33 <i>Plan de acción Atención del Paciente</i>	133
Figura 34 <i>Plan de Acción Atención del paciente</i>	134
Figura 35 <i>Plan de acción Atención del paciente</i>	135
Figura 36 <i>Plan de acción Educación del paciente</i>	136
Figura 37 <i>Plan de acción Gestión de la Información</i>	137
Figura 38 <i>Software de Gestión Clínica</i>	138
Figura 39 <i>Plan de acción Gestión de la Instalación</i>	140
Figura 40 <i>Plan de acción de Gestión de Riesgos</i>	141
Figura 41 <i>Plan de Mejora Organizacional</i>	142
Figura 42 <i>Plan de acción Misión y Visión</i>	143
Figura 43 <i>Plan de Acción Estructura de Gobierno</i>	144
Figura 44 <i>Plan de acción Gestión de RH</i>	145
Figura 45 <i>Plan de acción Evaluación de Desempeño</i>	146
Figura 46 <i>Plan de acción capacitación de personal</i>	147
Figura 47 <i>Plan de acción Comunicación con la comunidad</i>	148
Figura 48 <i>Plan de acción fortalecimiento financiero</i>	149
Figura 49 <i>Plan de acción Masificación del Servicio</i>	150
Figura 51 <i>Plan de Acción Equipamiento Médico</i>	151
Figura 52 <i>Plan de Acción Tecnología Informática</i>	152
Figura F1 <i>Arquitectura Cliente/Servidor de la aplicación</i>	185
Figura F2 <i>Pantalla principal NetClinicas</i>	186
Figura F3 <i>Fichero de Personal</i>	186
Figura F4 <i>Fichero de pacientes</i>	187
Figura F5 <i>Gestión de visitas y tratamiento</i>	187
Figura F6 <i>Facturación</i>	188
Figura F7 <i>Notificaciones de Citas</i>	188
Figura F8 <i>Gestión de usuarios y contraseñas</i>	189
Figura F9 <i>Gestión de presupuestos</i>	189
Figura F10 <i>Gestión de proveedores</i>	190

RESUMEN

El presente proyecto de tesis presenta el Diseño de una Propuesta de Mejora para la Clínica del Deportista, una pequeña empresa que brinda servicios de fisioterapia y rehabilitación en la ciudad de Guayaquil, el objetivo consistió en evaluar aspectos de la calidad de la atención brindada a los pacientes e identificar aspectos de mejora por medio de la aplicación del Modelo de Gestión elegido previamente, se realiza una presentación de los estándares, sus elementos de medición y se realiza el diagnóstico del cumplimiento actual de los mismos, así también se recopiló información por medio de entrevistas y encuestas. Con el análisis de la información se logró conocer la situación de la empresa a fin de proponer un plan de mejoramiento.

PALABRAS CLAVE: calidad, pacientes, modelo, gestión, procesos, mejora.

ABSTRACT

This thesis presents the design of a Proposal for Clinical Improvement Athlete, a small company that provides physiotherapy and rehabilitation in the city of Guayaquil , the objective was to assess aspects of quality of care provided to patients and identify areas for improvement through the implementation of the Management Model preselected, presentation standards, elements of measurement is performed and the diagnosis of the current compliance therewith is performed, so information was also compiled by interviews and surveys. By analyzing the information it was possible to know the status of the company to propose an improvement.

KEYWORDS : quality, patient , model management, processes,improvement

Introducción

Para La Organización Mundial de la Salud (OMS) el término Fisioterapia se define como el “Arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, luz., agua, masaje y electricidad” (“Asociación Dominicana de Fisioterapia,” 2010).

Esta ciencia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y la fuerza muscular; pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución de los pacientes (“Asociación Dominicana de Fisioterapia,” 2010)

En el Ecuador existe la Federación Ecuatoriana de Fisioterapia creada por decreto ministerial expedido y publicado en el Registro Oficial nº 338 del 14 de diciembre de 1982, con el propósito de organizar el desarrollo de los fisioterapeutas ecuatorianos y representarlos a nivel nacional e internacional (“Federación Ecuatoriana de Fisioterapia,” 2011).

A nivel mundial la Confederación Mundial para la Terapia Física [WCPT] (2014) fundada en 1951, representa a más de 350.000 fisioterapeutas de todo el mundo a través de sus 106 organizaciones miembros. Ecuador es miembro desde el año 2003, y actualmente 70 profesionales en fisioterapia representan el país.

El Centro Latinoamericano para el Desarrollo de la Fisioterapia/Kinesiología, CLADEFK, es el órgano académico de la Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, CLAFK, fundado el 19 de Noviembre de 1967 en Chile. (Cuervo, 2013).

Este organismo opera bajo la figura de redes integradas de académicos e investigadores encargados de adelantar proyectos estratégicos de investigación, desarrollo e innovación para la garantía de la calidad, vigencia e impacto de la profesión y disciplina en la Región. Su misión es favorecer el desarrollo científico y tecnológico de la Fisioterapia/Kinesiología en la Región. (Centro Latinoamericano para el desarrollo de la Fisioterapia/Kinesiología [CLADEFK], s.f).

Según Gallego e Izquierdo (2007), a principios del siglo XX se publicó la Biblioteca Terapéutica de Gilbert y Carnot, hecho que supone un hito dentro del campo de conocimientos de la fisioterapia. En su redacción colaboraron profesores, médicos, y directores de los más importantes hospitales franceses de la época. Por primera vez aparece el término Fisioterapia, la profesión como tal se desarrolla a partir de la mitad del siglo XX.

Salinas, Lugo y Restrepo (2008) hicieron referencia en su obra a que la rehabilitación se da a nivel de ejercicios terapéuticos el cual consiste en la prescripción y ejecución del movimiento corporal con el fin de corregir, mejorar o mantener una función, sea la de un grupo muscular específico o la de todo el cuerpo. El ejercicio debe ser agradable para asegurar el cumplimiento adecuado por parte del paciente y debe modificarse según evolucione la condición del mismo.

La medicina física y rehabilitación no se debe apartar nunca del objetivo de lograr que la persona con discapacidades reciba asistencia en lo emocional, físico, social, laboral y lo espiritual, lo cual exige gran paciencia por parte de los terapeutas para vencer la impaciencia que ocasiona toda discapacidad. No se limita a la reconstrucción funcional sino a la atención integral, requiere de profesionales con

actitud positiva, y dedicación para motivar y estimular en la persona con discapacidades la superación de sus problemas. (Salinas et al, 2008).

El propósito de la investigación es evidenciar la necesidad de adoptar formalmente un Modelo de Gestión en la actividad empresarial de la Clínica del Deportista que permita mejorar su desempeño, con el objetivo de asegurar la óptima adecuación de los servicios y la satisfacción de quienes los prestan y reciben.

Antecedentes

Paneque (2004), en su publicación sobre Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios sostuvo que una buena calidad en los servicios de salud es difícil de medir, por cuanto es un atributo que puede ser subjetivo, ya que cada persona tiene su propia concepción y está directamente relacionado con sus intereses personales, su cultura o nivel de educación.

Si se toma el lugar de un paciente, es conocido que para algunos una buena consulta médica se refleja en la brevedad de la misma, y que la atención se dirige exactamente al problema; para otro tipo de pacientes una atención satisfactoria se da si el profesional de medicina que atiende, dedica buena parte del tiempo en escuchar los detalles de la naturaleza e historias del síntoma que aqueja al paciente (Paneque, 2004).

Considerando el punto de vista médico, se indica que no existe un patrón común para definir una atención médica de buena calidad, pero se acepta que está estrictamente relacionado al uso de la tecnología adecuada, procedimientos actuales, y tratamientos basados en evidencias científicas que sean correctos para cada caso.

Para Amador y Cubero (2010), el término calidad se trata de lo siguiente:

“No puede enfocarse como algo independiente, sino que hay que buscar integrar la gestión de calidad a la gestión de la organización, ambiental y de salud de los trabajadores. Hay que gestionarla como una función de la dirección de la organización, para lo cual se deben establecer los objetivos, determinar y asignar los recursos, instrumentar el impulso de la consecución de los objetivos y controlar los resultados mediante el seguimiento de indicadores” (p. 5).

Existen algunas variaciones o modelos relacionados a la Calidad de Atención, de acuerdo a lo indicado por d'Empaire (2010), algunos se enfocan en educación médica y guías de prácticas clínicas, otros utilizan modelos de autoregulación el cuál sostiene que un aprendizaje basado en la experiencia práctica en conjunto con una educación individual puede ser determinante en cambios favorables para el paciente. También existen modelos que se basan en la evaluación y retroalimentación, mientras que otros centran su atención en el paciente, para finalizar existen modelos que tienen relación con el diseño y control de procesos.

Observaciones previas a la realización del presente estudio dan cuenta de la necesidad de realizar la investigación para determinar el nivel de calidad de la atención brindado por la Clínica del Deportista para conocer aspectos referentes a la satisfacción de los pacientes, congestión de los servicios, cumplimiento de normas obligatorias, procedimientos de atención médica, procedimientos de atención administrativa, procesos de administración de recursos humanos, gestión de la información, entre otros.

Justificación

En el Ecuador, desde Julio del 2009 a Noviembre del 2011, las brigadas de la Misión Solidaria Manuela Espejo, visitaron 1´286,331 hogares en 24 provincias y 221 cantones del Ecuador, estudiando y localizando a 294.611 personas con discapacidad, estos datos arrojan una prevalencia de 2,43% de personas con discapacidad a nivel nacional (Vicepresidencia República del Ecuador,s.f).

De acuerdo a estadísticas publicadas por el CONADIS, en la actualidad existe un universo de personas que podrían requerir servicios de fisioterapia y rehabilitación las cuales se dan por diferentes causas tales como enfermedades degenerativas, traumatismos, lesiones deportivas, accidentes domésticos, accidentes de tránsito, postoperatorios, entre otros, así como de un diagnóstico otorgado por el servicio de traumatología y/o medicina general.

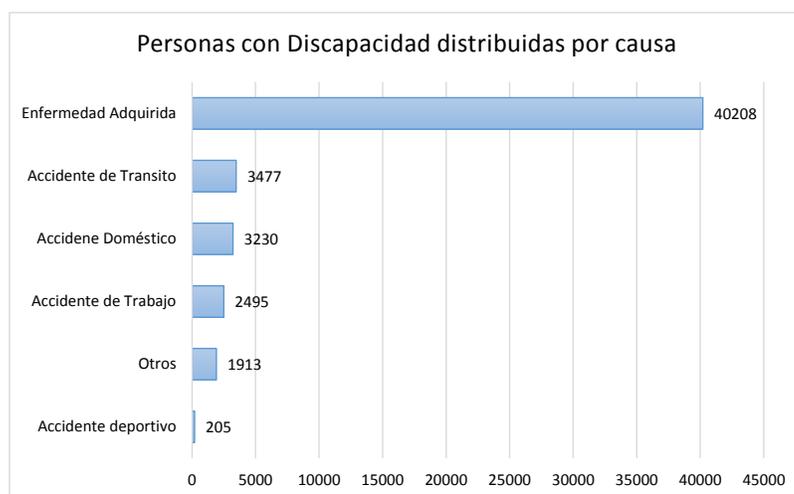


Figura 1 *Personas con discapacidad distribuidas por causa*
Fuente: CONADIS, Recuperado de <http://www.conadis.gob.ec/>

Considerando lo anterior, existe un universo de pacientes, como se observa en la Figura 1 que necesitarían asistencia en terapia física y rehabilitación; por lo tanto es importante contar con lugares que ofrezcan un servicio de calidad.

En la Ley de Derechos y Amparo al paciente, en su artículo 2 señala que todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y ser tratado con respeto, esmero y cortesía.

Así también la calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir tales como agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerequisite para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales. La Constitución de la República del Ecuador contempla en el artículo 31, al ejercicio del derecho a la salud.

En el año 2007, La Clínica del Deportista realizó una encuesta para conocer el grado de satisfacción del Cliente. Como resultado de esa encuesta los administradores lograron una mejora en el ambiente de la clínica dotándola de equipos para climatización y mejoras en el servicio de fisioterapia; sin embargo actualmente esta empresa no cuenta con un sistema que permita conocer los índices de calidad de los servicios que ofrece dado que no los conoce ni los controla.

¿Cómo influye la inexistencia de un modelo de gestión en la calidad de atención de la Clínica del Deportista de Guayaquil?

Por tal motivo se propone realizar un diagnóstico de la calidad de los servicios ofrecidos por la Clínica así como sus principales necesidades, a fin de conocer la situación actual de los mismos, con el propósito de plantear un modelo que permita mejorar aquellos aspectos referentes a la calidad de atención entre otros, con el objetivo de poder cumplir las expectativas de calidad de los clientes.

Objetivos

Objetivo General

- ✓ Evaluar la situación actual de la calidad de los servicios que ofrece la Clínica del Deportista de Guayaquil, realizando una investigación de campo para diseñar una propuesta de mejora.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar los modelos de Gestión de la Calidad del Servicio al Cliente.
- ✓ Describir los servicios ofrecidos por la Clínica del Deportista
- ✓ Diagnosticar el nivel de calidad actual, identificando los estándares a ser satisfechos por la Clínica del Deportista.
- ✓ Diseñar un modelo de Gestión para mejorar el nivel de calidad en la atención a pacientes de la Clínica del Deportista.

CAPITULO 1

1. Modelos de Gestión de la Calidad del Servicio al Cliente

Este capítulo comienza con una visión referente a los inicios de la calidad en la atención sanitaria y de cómo se han existido las diferentes estrategias a lo largo del tiempo. Se revisan también aspectos teóricos en el cual se describe algunos modelos de gestión de calidad tales como el Modelo ISO, EFQM, y la acreditación JCAHO.

Como aspectos conceptuales sobre la calidad asistencial en las organizaciones, se identifican cuáles son los componentes y atributos de la calidad de atención, y finalmente en el caso de los aspectos legales se identifican aquellos artículos de la constitución que están directamente relacionados a brindar una atención de manera correcta.

1.1. Marco Referencial

El siglo XX se inicia con la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria y se abre el periodo en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación de la atención sanitaria conviven y van sucediéndose a lo largo del tiempo. Como referentes se presentan algunos hechos en la evaluación de la calidad asistencial, descritos por Oteo en 2006:

A principios de 1900, la realidad hospitalaria en países como EEUU indicaba que existían grandes déficits y que los establecimientos no eran más que pensiones para los pacientes carenciados, sin que existiera un responsable del cuidado suministrado, no se examinaba adecuadamente a los pacientes, los registros clínicos eran deficientes.

En el año de 1912, existía una deficiente situación hospitalaria en los Estados Unidos, lo que llevó a la recién surgida asociación de cirujanos, American College of Surgeons (ACS), a retomar una iniciativa de un colega en el cumplimiento de una serie de estándares mínimos, los cuales consistían en cinco reglas que dieron lugar al llamado Programa de estandarización de los hospitales. El proceso así establecido duró en el tiempo lo que duró su lenta implementación ya que la complejidad que fue tomando lo hizo demasiado costoso.

Posteriormente en el año de 1951, el American College of Surgeons crea una plataforma Organizativa junto con el American College of Physicians, la American Hospital Association, la American Medical Association y la Canadian Medical Association, constituyendo la conocida Joint Commission of Accreditation of Hospital (JCAHO).

Por otro lado, en Europa en septiembre de 1988, catorce empresas líderes tomaron la iniciativa de crear la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad Total (EFQM), estableciendo en 1991 el premio Europeo a la Calidad. Para el año 1994, esta fundación constituyó un grupo de trabajo para el sector público con el objetivo de adaptar el modelo a la atención sanitaria, educación, ayuntamientos y otros sectores públicos. (Lopez, 2012)

La International Organization for Standardization (ISO), se constituye en 1947 y agrupa a más de 130 países. Es una federación no gubernamental cuya misión es promover el desarrollo de la estandarización en gran variedad de campos y actividades. Su objetivo es facilitar la coordinación y unificación internacional de las normas. (López, 2012).

En el Ecuador, a nivel público, como iniciativas de apoyo a la Calidad de Atención al paciente, el Ministerio de Salud Pública realiza el 25 de junio del 2009, el

lanzamiento del Primer Premio Nacional a la Calidad con Calidez en la Atención en Salud, el cuál conto con la participación del entonces vicepresidente Lic. Lenin Moreno, la Doctora Caroline Chang, quien en ese entonces ejercía las funciones de Ministra de Salud Pública y la Doctora Celia Riera, Representante de la OPS/OMS en el Ecuador, el cual tuvo como objetivo mejorar la atención de los pacientes así como el incentivo y reconocimiento de los profesionales de la salud en las unidades operativas del ministerio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

1.2. Marco Teórico

1.2.1. Modelo ISO

Según lo expuesto por Malagón, Londoño, Morera y Laverde (2006) la finalidad es establecer un sistema ISO de Garantía de Calidad por el que las empresas certificadas puedan demostrar que trabajan conforme a procedimientos escritos y documentados, conocidos por toda la organización y sometidos a un seguimiento periódico y continuo. Este sistema no contempla los resultados de la empresa, pero sí garantiza que las empresas certificadas producen sus servicios según unas normas de calidad establecidas.

La ISO 9001 es una norma pensada y desarrollada para implementarse en cualquier actividad realizada por la empresa. Esta metodología es el resultado de una recopilación de información en empresas exitosas y por la aplicación de normas de sistemas de calidad después de la Segunda Guerra Mundial. *“Normas ISO 9001”* (s.f).

Esta norma se aplica a los sistemas de gestión de calidad y se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios, la misma está compuesta por ocho secciones. Las secciones 4,

5, 6, 7 y 8 contienen los requisitos para su sistema de gestión de calidad. Las primeras 3 secciones de la norma no contienen requisitos. “ISO 9001 Estructura Organizativa de la norma” (2011).

- ✓ Sección 1. - Ámbito
- ✓ Sección 2 .- Referencias normativas
- ✓ Sección 3.- Términos y Definiciones
- ✓ Sección 4. - Requisitos del Sistema
- ✓ Sección 5.- Responsabilidades de la dirección
- ✓ Sección 6.- Gestión de Recursos
- ✓ Sección 7.- Realización del producto
- ✓ Sección 8.- Medición, Análisis y Mejora

En las definiciones de este modelo también se expone que las posibilidades de adaptación de este modelo al sector sanitario son muy cuestionadas, pues utiliza un lenguaje muy tecnificado e ininteligible desde el punto de vista de los profesionales sanitarios. Además, al haber sido diseñado para el sector industrial, no contempla aspectos tan importantes para la atención sanitaria como las relaciones interpersonales, la ética de las organizaciones o los derechos del cliente (paciente). “ISO 9001 Estructura Organizativa de la norma” (2011).

1.2.2. Modelo Europeo De Excelencia O Modelo EFQM

Este modelo fue creado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, EFQM en inglés, quién es una fundación sin fines de lucro creada en 1988 por la iniciativa de catorce empresas europeas, líderes en Calidad de Gestión (BT, Bosh, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, KLM, Nestlé, Philips, Olivetti, Renault,

Sulzer y Volkswagen) y cuya sede se encuentra en Bruselas que cuenta con más de 500 socios repartidos en más de 55 países (TQM Asesores, 2012).

El modelo EFQM de Calidad y Excelencia se define como una herramienta que permite la autoevaluación y la determinación de los procesos de mejora continua aplicables en empresas privadas como públicas (García, 2013).

Este modelo centra su atención en los procesos, a los que considera de forma fundamental para poder actuar sobre los resultados de forma efectiva y sostenida a lo largo del tiempo. Está basado en un ejercicio de autoevaluación de la empresa sobre nueve criterios, divididos a su vez en subcriterios de excelencia profesional. (TQM Asesores, 2012)

Según lo indicado en el artículo Roadmap (2012: p.18), estos criterios son:

Liderazgo.- Las organizaciones con excelencia tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando en base a sus valores y principios éticos.

Política y estrategia.- Se refiere a que las organizaciones hacen realidad su misión avanzando sobre la visión por medio de la planificación y logro de los resultados que satisfacen las necesidades a corto y largo plazo de los grupos de interés.

Gestión de Personal.- Tiene que ver con valorar a las personas que integran la empresa y que crean una cultura de delegación, asumiendo responsabilidades que permitan el logro de los objetivos tanto personales como de la empresa de forma equilibrada.

Alianzas y recursos.- Este principio busca, y mantienen alianzas basadas en la confianza con sus socios para asegurar el éxito mutuo. Puede ser con clientes, proveedores, sociedad, entidades educativas u organizaciones no gubernamentales (ONG's).

Proceso.- Se busca gestionar por medio de procesos estructurados que estén alineados con la estrategia de la empresa a partir de la toma de decisiones basadas en la información y los hechos para poder obtener un resultado equilibrado y sostenido.

Satisfacción del personal o proveedores.- Aplicando este principio también se desarrollan y acuerdan un conjunto de indicadores de rendimiento y resultados basados en las necesidades y expectativas de las personas, para determinar el éxito de su estrategia y políticas de apoyo.

Satisfacción del cliente.- Se busca la excelencia desarrollando y acordando un conjunto de indicadores de rendimiento y resultados finales, basados en las necesidades y expectativas de sus clientes, para poder determinar el éxito del despliegue de su estrategia y políticas de apoyo.

Impacto en la sociedad.- Tiene que ver con el desarrollo y acuerdo de indicadores de rendimiento y resultados finales, basado en las necesidades y expectativas de los grupos de interés externos, para determinar el éxito de su estrategia y políticas de apoyo.

Resultados clave del negocio.- Las organizaciones que buscan excelencia hacen realidad su misión avanzando sobre la visión por medio de la planificación y logro de los resultados que satisfacen las necesidades a corto y largo plazo de los grupos de interés.

Lo descrito anteriormente se puede visualizar en la Figura 2 donde se observa los principales conceptos del modelo estos criterios son divididos en dos Grupos: Agentes y Resultados.

Los agentes, se definen como las causas que provocan determinados resultados, e indican cómo la organización enfoca los diferentes modelos del criterio

tales como el Liderazgo, Política y Estrategia, Personas, Alianzas y Recursos y Procesos.

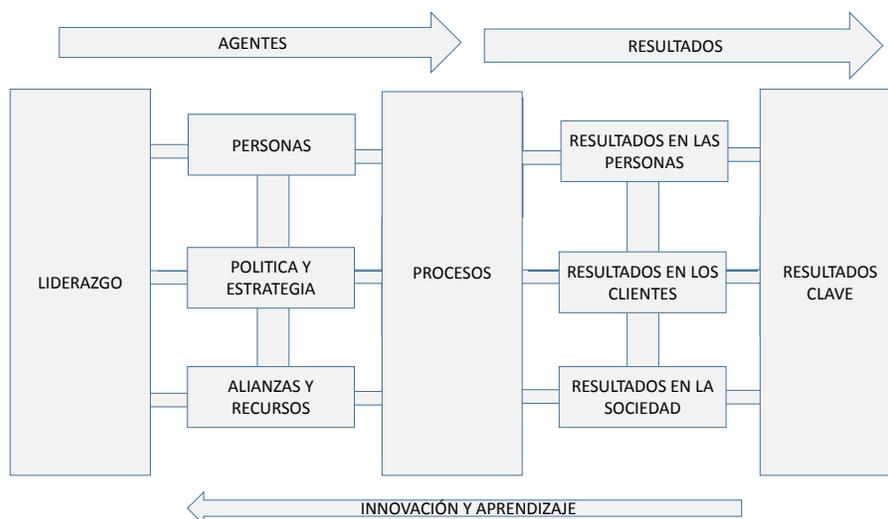


Figura 2 Criterios del modelo de Excelencia Empresarial

Recuperado de: <http://www.efqm.es/>

Los resultados en cambio indican qué es lo que está consiguiendo la organización, es decir la consecución del esfuerzo realizado, el cual se refleja en los criterios de Clientes, Personas, Sociedad y Resultados Clave, estos resultados deben ser medibles “*Modelo EFQM de Excelencia*” (2012).

Según lo expuesto, el modelo EFQM es una herramienta de mejora continua, que como tiene como pilares fundamentales al liderazgo, los procesos y resultados a lo largo de su modelo de gestión cuyos principios son adaptables tanto a empresas privadas como públicas, el reto consiste entonces, en personalizar dicho modelo a las necesidades propias de la empresa considerando además como punto clave la autoevaluación para identificar los puntos fuertes y las oportunidades de mejora, para el caso de este estudio, en la gestión realizada por la Clínica del Deportista de Guayaquil.

1.2.3. Acreditación JCAHO

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud fue creada en 1951, en base a un acuerdo entre asociaciones de profesionales sanitarios: Sociedad Americana Química (ACS), Colegio Americano de Médicos (ACP), Asociación Médica Americana (AMA) y la Asociación Americana de Hospitales (AHA). Este modelo consiste en la determinación de estándares de origen profesional para la autorregulación voluntaria, el cual está dirigido al ámbito específicamente hospitalario, los términos que derivan de este modelo tenemos a los estándares y acreditaciones el cual tiene un enfoque externo que hay que renovar de manera a periódica (Vera, 2012).

Este sistema es el único modelo de Gestión de la Calidad construido a la medida de la atención sanitaria, expresado en el mismo lenguaje de los profesionales sanitarios, y por lo tanto cómodo y fácilmente comprensible en nuestro ámbito (Malagon et al, 2003).

Desde 1951, la acreditación de JCAHO ha sido reconocida dentro del ámbito de la salud como símbolo de calidad (Vera, 2012)

En su artículo Llamazares, Gens, Hernández y Vidal (2008) mencionaron que la acreditación está basada en una auditoría externa que realiza la evaluación de once funciones, unas centradas en el paciente y otras en la organización. En cada una de las funciones se debe cumplir unos estándares establecidos, a su vez cada función valora diferentes aspectos de la calidad.

En cuanto a los aspectos de la calidad que se evalúan, Llamazares et al (2008) mencionó a los derechos del paciente y ética de la organización, evaluación de los pacientes, asistencia a los pacientes, educación del paciente y la familia, accesibilidad y continuidad de la asistencia, gestión y mejora de la calidad, liderazgo y dirección,

gestión del entorno y seguridad, gestión de los recursos humanos, gestión de la información, prevención y control de las infecciones.

Acerca de su misión Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] (2012: p.1) indicó que se debe:

“Mejorar continuamente la seguridad y calidad del cuidado ofrecido al público, mediante la acreditación para el cuidado de la salud y servicios relacionados que apoyan la mejora del rendimiento en el campo de los servicios para el cuidado de la salud”.

En el Ecuador el Hospital Metropolitano se convirtió en el único Hospital del país con la Certificación de la Joint Commission International (JCI) al cumplir con los criterios exigentemente auditados en materia de calidad y seguridad de atención y cuidado del paciente (HM: Acreditado A Nivel Mundial, s.f).

1.2.3.1.Principios orientadores de la JCAHO

En el Manual de Evaluación por estándares de Calidad del Instituto de Salud Pública Departamento de Salud Ocupacional y Contaminación Ambiental (2007) se definen los siguientes principios:

- ✓ Evaluar la calidad y la seguridad de la atención de salud
- ✓ Evaluar en los centros prestadores de servicios de salud, su habilidad para garantizar una mejora continua de la calidad en todos los aspectos relacionados con el cuidado del paciente.
- ✓ Formular recomendaciones explícitas respecto a las prácticas de orden clínico.
- ✓ Involucrar a los profesionales de todos los estamentos en la iniciativa de la calidad

- ✓ Proporcionar un reconocimiento externo de la calidad de los servicios de las Organizaciones de Salud
- ✓ Aumentar la confianza pública
- ✓ Ser un agente clave en el mejoramiento continuo de la calidad

Por otra parte, tiene un cuidado exquisito con todos los aspectos de la organización centrados en el paciente, como son:

- ✓ Prevención de riesgos.
- ✓ Seguridad.
- ✓ Educación.
- ✓ Seguimiento de principios éticos.
- ✓ Respeto a los derechos del paciente.

Se describe a continuación las partes principales del proceso de acreditación, conforme se indica en los Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International [JCI] (2011).

Acreditación. Las organizaciones deben demostrar el cumplimiento de los estándares con una calificación mínima, a su vez esta calificación refleja el nivel de logro el cual será recibido en un informe final de acreditación el cuál indicará el nivel de cumplimiento de los estándares al que llegó la organización. Esta acreditación será válida por tres años, así una vez transcurrido este tiempo la organización deberá volver a pasar por el proceso de evaluación para tener derecho a la renovación del otorgamiento de la acreditación (JCI, 2011:p. 13).

Para solicitar la acreditación, el primer paso es entregar la solicitud para la evaluación, este documento deberá contener información acerca de la organización sobre tipos y volúmenes de servicios prestados, datos demográficos, y titularidad de la

propiedad. Esta solicitud requiere además que se entregue todas las historias clínicas e informes oficiales de entidades reglamentarias y demás organismos del gobierno. (JCI, 2011:p.13)

1.2.3.2.Programación de la Evaluación y Planificación de la Agenda.

En el documento de estándares se indica que en el proceso de Evaluación y Planificación tanto la Joint Commission Internacional y la organización deben elegir una fecha para realizar la evaluación, según lo indicado en el manual de estándares está dentro de los 90 días a partir de la recepción de la solicitud, en este procedimiento se acuerda en conjunto la agenda de evaluación para cubrir con las necesidades y requisitos de una evaluación con eficiencia, reduciendo costos de traslado del equipo evaluador. (JCI, 2011:p. 14)

En el proceso de Evaluación JCI, asigna a cada organización un especialista en servicios de acreditación que será el contacto entre la organización y JCI, quién estará presto y disponible para responder o aclarar dudas y preguntas que la organización pueda tener sobre las políticas relacionadas con la acreditación. El especialista trabaja en conjunto con la organización para preparar la agenda de la evaluación basado en su tamaño, tipo y complejidad de atención, se especifican parámetros como los sitios a visitar dentro de la organización, tipo de entrevistas a realizar, personal a entrevistar y demás documentos que se deben entregar a los evaluadores. (JCI, 2011:p.14)

Referente a los evaluadores, en el estándar se indica que son personal internacional que está altamente calificado, esta entidad hará todo lo posible para que ellos tengan fluidez en el idioma que hable la organización. (JCI, 2011:p.14)

1.2.3.3. Política de Información Exacta y Veraz

La Joint Commission International (2011) en su publicación de estándares señala:

El propósito de esta política en el proceso de acreditación es de garantizar el entendimiento de las expectativas que están relacionadas con la información ofrecida por el centro que participa en el procedimiento de acreditación y que responde a las exigencias del programa. (p.15)

Dentro de las políticas se menciona a las siguientes:

- ✓ Proporcionar información exacta y veraz de forma constante durante el proceso.
- ✓ Si se proporciona datos falsos, por comisión u omisión se cancela de inmediato la concesión de la acreditación.
- ✓ Una vez que el centro ha presentado el impreso de solicitud, notificar al Programa de Acreditación en el lapso de 30 días cualquier cambio de la fecha programada de la evaluación, en el caso en el cuál se produzca un cambio en el centro que modifique la información entregada en la solicitud de la evaluación.
- ✓ Durante el proceso de evaluación, el centro deberá notificar al Programa de Acreditación en el lapso de 30 días si se producen cambios en la estructura, titularidad o los servicios de la organización tales como aumento o descenso del volumen de servicios, adquisición de un nuevo tipo de servicio sanitario o supresión de un servicio.
- ✓ Con el propósito de garantizar la continuidad de la circulación integra de la información entre el Programa y el Centro, se exige que sólo los empleados del hospital a jornada completa e íntegramente dedicados al centro, además de ser

los mejor calificados sean designados como personas de contacto principales para la acreditación de JCI.

- ✓ El Programa de Acreditación de JCI limitará las comunicaciones referentes a la acreditación a tres contactos director general, coordinador de la evaluación de la acreditación y contacto de facturación, estos contactos están relacionados en el impreso de la solicitud. (JCI, 2011)

En el caso en el cual el Programa de Acreditación de JCI tiene en conocimiento que la organización incumple alguno de los requisitos mencionados anteriormente, en primera instancia se contactará con el centro para tratar la situación para recordarle la posibilidad de caer en la categoría de Riesgo de denegación de la Acreditación y para el caso en el cual el centro siga sin satisfacer estos requisitos el equipo asignará al centro la categoría de Riesgo de denegación de la Acreditación, posteriormente el Comité de Acreditación se reserva la revisión de acreditación tomada por el equipo para determinar la resolución del caso. (JCI, 2011)

1.2.3.4. Política de Aplazamiento y Cancelación

Para Joint Commission International (2011), en los casos dentro del cual existan razones de fuerza mayor que obliguen a la organización a aplazar las evaluaciones programadas, el programa de acreditación justifica las siguientes:

- ✓ Catástrofes naturales, o sucesos imprevistos que impidan el desarrollo de las actividades del centro.
- ✓ Si el centro participa en una huelga importante que interrumpa la aceptación de pacientes y los derive a otros servicios.
- ✓ Como política de Cancelación JCI(2011), indica que es factible la misma por cualquiera de las partes sin penalizaciones ni daños ni perjuicios cuando

cualquiera de los siguientes sucesos haga imposible el curso normal de la evaluación:

- ✓ Causas de fuerza mayor tales como Catástrofes, Huelgas, disturbios civiles.
- ✓ Guerra o terrorismo.
- ✓ Normativa gubernamental.
- ✓ Otras emergencias de tipo similar.
- ✓ Este evento debe ser comunicado por escrito al programa de acreditación tan pronto como sea posible.

1.2.3.5. Política de Estructura de Cuotas de Acreditación de JCI

En su documento, Joint Commission International (2011), indica que la cuota de evaluación de acreditación depende de varios factores tales como:

- ✓ Volúmen y tipo de servicios prestados por el Centro.
- ✓ Número de equipamientos o contexto asistencial incluido en la evaluación
- ✓ Número de evaluadores y días de evaluación necesarios.
- ✓ Tiempo dedicado por el Evaluador para realizar el informe.
- ✓ Se cobrarán cargos al centro por cualquier evaluación focalizada que se precise más no el coste de la evaluación de validación.

En general se requiere un equipo de tres evaluadores por cuatro días, de acuerdo al tamaño del centro estas cuotas se pueden incrementar o disminuir ajustándose al tamaño del centro, estas cuotas incluyen lo siguiente: la guía del procedimiento de evaluación, la agenda específica de la evaluación y la totalidad de la información de apoyo y de la asistencia en cuanto al procedimiento de la evaluación en sitio y a la interpretación de los estándares, así como el equipo de evaluadores con experiencia internacional. (JCI,2011).

La mayoría de los centros requieren para una auditoría global eficaz un equipo de tres evaluadores por cuatro días. Según el tamaño del centro, las cuotas se incrementan o disminuyen ajustándose al tamaño mayor o menor de la entidad.

Las cuotas incluyen:

- ✓ Guía de Procedimiento de Evaluación;
- ✓ Agenda específica de la evaluación;
- ✓ Totalidad de la información de apoyo y de la asistencia en cuanto al procedimiento de la evaluación en sitio y a la interpretación de los estándares;
- ✓ Equipo de evaluadores con experiencia internacional en base a los siguientes ámbitos profesionales, según los servicios prestados por el centro y los estándares a evaluar: Médico, Enfermero, Administrador y Técnico especializado (por ejemplo técnico de laboratorio clínico, técnico en transporte médico de urgencia)
- ✓ La totalidad de los informes preliminares y finales
- ✓ El certificado de acreditación

1.2.3.6. Cuotas de Evaluación Focalizada, Aplazamiento, y Cancelación.

La Joint Commission International (2011), establece tres tipos de cuotas para la evaluación que permite a las empresas sanitarias obtener la acreditación, que se refieren a lo siguiente:

La evaluación focalizada se da cuando la comisión de acreditación descubre problemas potenciales en el cumplimiento de los estándares y en la asistencia del paciente. En el caso de eventualidades extraordinarias la JCI se reserva el derecho de aprobar la solicitud para aplazar una evaluación en el caso en el cuál la organización no

cubra los criterios indicados. Es ese caso al centro se le puede cobrar una cuota para sufragar los gastos. (JCI, 2011)

Las cuotas de cancelación entran en dos categorías: la primera tiene que ver con la cancelación instada por el centro, si la organización cancela la evaluación en un periodo menor o igual a 30 días por motivos ajenos a los indicados en la política de cancelación, el programa de acreditación podría requerir el pago de la mitad de las cuotas de evaluación para cubrir los gastos incurridos en la acreditación. En cambio si la cancelación es instada por JCI, en ese caso no se cobra al centro.

1.2.3.7. Gastos de Viaje Relativos a la Evaluación de Acreditación.

Es responsabilidad del centro el pago de la totalidad de los gastos de viaje de los evaluadores; este rubro incluye el transporte (billete de avión, tren y coche) y alojamiento razonable que incluya además una dieta diaria fija por manutención y gastos accesorios (JCI, 2011).

La facturación de las cuotas de acreditación se pueden facturar acogiendo a dos opciones, la primera forma es contra aceptación del presente acuerdo en el cuál el centro recibe la factura por el 100% de las cuotas (en dólares americanos) 45 días antes de la fecha de inicio cuotas de evaluación (JCI, 2011).

En la segunda opción el pago de valores se hace mediante dos facturas separadas. El centro recibe la primera factura por la primera mitad de la cuota de evaluación de acreditación 45 días antes de la evaluación, el pago es por transferencia bancaria en el plazo de 21 días antes de la fecha de inicio de la evaluación. Concluida la evaluación se recibe la segunda factura por el 50% restante de las cuotas de evaluación, además de gastos de viaje y manutención de los evaluadores (JCI, 2011).

Los estándares se organizan en base a las funciones más importantes que son comunes en las organizaciones sanitarias. (JCI, 2011).

Estos objetivos se califican de tres formas: cumplidos, parcialmente cumplidos o no cumplidos. De igual forma están compuestos de los siguientes elementos:

- ✓ Requisito
- ✓ Intención
- ✓ Elemento medible

1.2.4. Sección I: Estándares centrados en el paciente

1.2.4.1. Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG)

El propósito de los objetivos internacionales para la seguridad del paciente es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Para el caso específico de la Clínica del Deportista se hace referencia a aquellos objetivos y estándares que estén relacionados con la actividad de la misma (JCI, 2011).

La Joint Commission International (2011). Se refiere al conjunto de objetivos que son calificados en este primer estándar a los siguientes:

- ✓ IPSG 1: Relacionado a la identificación correcta de los pacientes
- ✓ IPSG 2: Mejoramiento de la comunicación efectiva
- ✓ IPSG 6: Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas

En la primera parte de la sección de los estándares se exponen las herramientas que permiten a las empresas del sector sanitario considerar un conjunto de criterios para evaluar internamente los aspectos referentes a la atención de los pacientes, la atención sanitaria es un aspecto de trascendental importancia considerando que se pueden presentar errores al identificar a los pacientes y al aplicar el tratamiento. Así también asegurar que la comunicación entre los profesionales sea

efectiva y adecuada al transmitir las instrucciones y al dar los resultados, para el caso de los estándares relacionados a reducir el riesgo de caídas, la Clínica del Deportista pueda evaluar si sus instalaciones y su personal están tomando medidas para reducir estos riesgos en los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación.

1.2.4.2. Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)

(JCI, 2011) El objetivo principal del estándar es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención sanitaria del paciente con los servicios disponibles.

- ✓ ACC1.- Admisión en la organización
- ✓ ACC2.- Continuidad de la atención
- ✓ ACC3.- Alta, derivación y seguimiento

Los estándares citados previamente se refieren a la implementación de procesos que permiten la continuidad en la atención, al ingreso e inscripción de los pacientes para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades, así como la existencia de políticas o procedimientos para dar el alta o derivar a los pacientes.

1.2.4.3. Derechos del paciente y de su familia (PFR)

Estándar creado con el fin de promover los derechos del paciente dentro de una organización sanitaria, informando a los pacientes acerca de sus derechos y de cómo actuar para ejercerlos, con relación al personal, se enseña a comprender y respetar las creencias y valores de los pacientes, así como prestar una atención atenta y respetuosa que proteja su dignidad. A continuación se lista los estándares (JCI, 2011):

- ✓ PFR1.- La organización es responsable de facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.
- ✓ PFR2.- La organización apoya los derechos de los pacientes y de sus familias a participar en el proceso de atención.

- ✓ PFR3.- La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su proceso para recibir y tomar medidas respecto a quejas, conflictos y diferencias de opinión sobre la atención del paciente y sobre el derecho del paciente a participar en estos procesos.
- ✓ PFR4.- Los miembros del personal reciben educación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias del paciente y en la protección de los derechos del paciente.
- ✓ PFR5.- Todos los pacientes son informados sobre sus derechos y deberes en un formato y con un lenguaje que puedan comprender.
- ✓ PFR6.- El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido por la organización, que lleva a cabo el personal capacitado en un lenguaje que el paciente pueda entender.

Los estándares relacionados a los derechos del paciente y su familia permiten identificar si la organización tiene procesos que apoyen estos derechos considerando los valores, creencias personales sin ningún tipo de discriminación, además de educar al personal y a los pacientes sobre sus procesos para recibir y gestionar quejas.

1.2.4.4. Evaluación de pacientes (AOP)

La perspectiva general de un proceso efectivo de evaluación del paciente da como resultado decisiones sobre las necesidades inmediatas y continuas de tratamiento del paciente de atención de emergencia, optativa o planificada, incluso cuando el estado del paciente cambia, según se indica en Joint Commission International (2011).

- ✓ AOP1.- Las necesidades de atención sanitaria del paciente se identifica a través de un proceso de evaluación establecido.

- ✓ AOP2.-Se reevalúa a todos los pacientes, a intervalos adaptados a su situación, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.
- ✓ AOP3.- Las evaluaciones y revaluaciones las realizan personas calificadas.
- ✓ AOP4.- Los médicos, los enfermeros y demás personas y servicios responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.
- ✓ AOP10.- La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales.

Según lo expuesto, el proceso efectivo de evaluación de pacientes consiste en recopilar la información adecuada referente al estado del paciente, identificar correctamente sus necesidades basado en estándares de atención profesional y leyes vigentes, y en base al análisis de dicha información y aplicar el tratamiento adecuado que cubra las necesidades del paciente por parte de los médicos y personal auxiliar definidos como responsables de prestar el servicio, por lo cual es de vital importancia que la organización realice estos procesos de forma profesional y no con métodos empíricos a fin de evitar cualquier riesgo en la salud de los pacientes atendidos.

1.2.4.5. Atención de pacientes (COP)

Joint Commission International (2011) define como propósito fundamental de esta actividad, proporcionar la atención más adecuada por medio de actividades básicas tales como la planificación y prestación de atención a cada paciente, el monitoreo del paciente para entender los resultados de la atención, la modificación de la atención cuando sea necesario y la finalización de la atención y su respectivo seguimiento, por medio de los estándares mencionados a continuación.

- ✓ COP.1.- Las políticas y procedimientos y las leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes.
- ✓ COP.2.- Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente.
- ✓ COP.3.- Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.
- ✓ COP.6.- Los pacientes reciben apoyo para la gestión efectiva del dolor.

La atención de los pacientes considera actividades elementales para una atención adecuada, los estándares citados muestran las bases para prestar la atención, tales como la planificación de la atención, atención por parte del personal calificado, apoyo para la gestión del dolor, informar a los pacientes sobre sus resultados, entre otros, este proceso de atención debe ser coordinado por todas las personas que están a cargo de la misma desde médicos hasta personal auxiliar y administrativo.

1.2.4.6.Educación del paciente y de su familia (PFE)

Para la Joint Commission International (2011). La educación del paciente y de su familia ayuda a los pacientes a mejorar su participación en la atención y a tomar decisiones informadas. Profesionales muy diversos de la organización educan a los pacientes y a las familias. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con su o sus médicos, o con el personal de enfermería.

- ✓ PFE.1.- La organización proporciona educación que respalda la participación del paciente y de la familia en las decisiones y en los procesos de atención.
- ✓ PFE.2.- Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su historia clínica.

- ✓ PFE.3.- La educación y la capacitación ayudan a atender las necesidades sanitarias constantes del paciente.
- ✓ PFE.4.- La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, relacionados con la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipamiento médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y técnicas de rehabilitación.
- ✓ PFE.5.- Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.
- ✓ PFE.6.- Los profesionales sanitarios que atienden al paciente colaboran en la educación.

El objetivo de los estándares mencionados es buscar la mejora en la participación de los pacientes en el proceso de atención, los profesionales que prestan el servicio están llamados a informar adecuadamente a los pacientes en todo el proceso de atención: en uso de medicamentos, aplicación de tratamientos, uso adecuado de los equipos de rehabilitación, técnicas de rehabilitación así el paciente podrá tomar decisiones informadas con la colaboración de los profesionales.

1.2.5.Sección II: Estándares de gestión de la organización sanitaria

1.2.5.1.Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)

El enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. La reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal es integral a la mejora general de la calidad. Tales riesgos pueden encontrarse tanto en los procesos clínicos como en el entorno físico. (JCI, 2011).

- ✓ QPS.7.- Se analizan los datos cuando muestran tendencias y variaciones no deseadas.
- ✓ QPS.8.- La organización emplea un proceso definido para la identificación y el análisis de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente
- ✓ QPS.9.-Se logra y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad
- ✓ QPS.10.- Se emprenden actividades de mejora y de seguridad para las áreas prioritarias que identifican los líderes de la organización.
- ✓ QPS.11.- Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal.

1.2.5.2. Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)

Se plantea al Liderazgo efectivo como un requisito para la prestación de un servicio excelente, así como la identificación de aquellas personas que ocupen puestos de liderazgo, estableciendo como premisa que los líderes identifican la misión de la organización y se aseguran de que los recursos necesarios para el cumplimiento de esta misión estén disponibles (JCI, 2011).

- ✓ GLD.1.- Las responsabilidades del gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.
- ✓ GLD.2.- Un gerente general o director es responsable de hacer funcionar la organización y cumplir con las leyes y reglamentaciones correspondientes.
- ✓ GLD.3.- Los líderes de la organización están identificados y son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización y de la creación de los planes y políticas necesarios para cumplir dicha misión.

- ✓ GLD.4.- Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planifican e implementan una estructura organizativa efectiva que apoye sus responsabilidades y autoridad.
- ✓ GLD.5.- Una o más personas cualificadas proporcionan directivas en cada departamento o servicio de la organización
- ✓ GLD.6.- La organización establece un marco para la gestión ética que garantiza que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas comerciales, financieras, éticas y legales y que proteja a los pacientes y sus derechos.

Este conjunto de estándares permite a las empresas que prestan servicios de atención médica entender cómo llevar a cabo mejoras para reducir los riesgos y entender como pueden ser más eficientes los procesos con el apoyo de los líderes de la organización y del personal.

1.2.5.3. Gestión y seguridad de la instalación (FMS)

Este estándar se enfoca en el establecimiento de una instalación segura, y funcional que ofrezca apoyo a los pacientes, reduciendo y controlando los peligros y riesgos, manteniendo condiciones seguras, así como la prevención de accidentes y lesiones (JCI, 2011).

- ✓ FMS.1.- La organización cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación relevantes.
- ✓ FMS.3.- Una o más personas cualificadas supervisan la planificación e implementación del programa de gestión de riesgos del entorno de atención.
- ✓ FMS.4.- La organización planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

- ✓ FMS.6.- La organización elabora y mantiene un plan y un programa de gestión de emergencias para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole en la comunidad.
- ✓ FMS.7.- La organización planifica e implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.
- ✓ FMS.8.- La organización planifica e implementa un programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico y documentar los resultados.
- ✓ FMS.9.- Hay agua potable y energía eléctrica disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante fuentes regulares o alternativas, para satisfacer las necesidades esenciales de atención al paciente.
- ✓ FMS.10.- Los sistemas de electricidad, agua, residuos, ventilación, gases médico y demás sistemas claves se someten periódicamente a inspecciones, instancias de mantenimiento y, cuando correspondiera, a mejoras.
- ✓ FMS.11.- La organización forma y capacita a todos los miembros del personal sobre sus roles para proporcionar una instalación de atención al paciente segura y efectiva.

Una instalación segura y funcional es un aspecto fundamental en cuanto a la prestación de un servicio de calidad, por lo cual para poder alcanzar este objetivo es necesario conocer cuáles son los atributos en los cuales la dirección de la organización sanitaria debe enfocarse según los estándares expuestos en esta sección, estos aspectos tienen que ver con seguridad y protección, materiales peligrosos, emergencias, gestión contra incendios, equipo médico adecuado y suministros básicos.

1.2.5.4. Cualificaciones y educación del personal (SQE)

Para Joint Commission International (2011). Los estándares que están relacionados a este objetivo se enfocan en las necesidades de personal capacitado y calificado que ayude a la organización a cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes.

- ✓ SQE.1.- Los líderes de la organización definen la formación, aptitudes, conocimiento y demás requisitos deseados de todos los miembros del personal.
- ✓ SQE.2.- Los líderes de la organización elaboran e implementan procesos para reclutar, evaluar y designar al personal, además de otros procedimientos relacionados que la organización identifique.
- ✓ SQE.3.- La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal asistencial sean coherentes con las necesidades del paciente.
- ✓ SQE.4.- La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal no asistencial sean coherentes con las necesidades de la organización y los requisitos del cargo.
- ✓ SQE.5.- Existe información documentada sobre el personal para cada uno de sus miembros.
- ✓ SQE.6.- El plan de dotación de personal para la organización, elaborado por los líderes de forma participativa, identifica la cantidad, tipos y cualificaciones deseadas del personal.
- ✓ SQE.7.- Todos los miembros del personal asistencial y no asistencial reciben orientación con respecto a la organización, departamento o unidad al que son

asignados y con respecto a las responsabilidades específicas de su trabajo al momento de la designación.

- ✓ SQE.8.- Cada miembro del personal recibe formación continuada dentro del servicio y demás formación y capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes y conocimiento.
- ✓ SQE.9.- La organización tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las cualificaciones (habilitación, formación, capacitación y experiencia) del personal médico habilitado para prestar atención al paciente sin supervisión.
- ✓ SQE.10.- La organización tiene un procedimiento objetivo, estandarizado y basado en la evidencia para autorizar a todos los miembros del personal médico a admitir y tratar pacientes y a prestar otros servicios clínicos según sus cualificaciones.
- ✓ SQE.11.- La organización lleva a cabo un proceso estandarizado para evaluar la calidad y la seguridad del paciente de los servicios prestados por cada miembro del personal médico.

Los estándares listados ilustran que para prestar una atención adecuada, una organización sanitaria debe contar un equipo de personas capaces y calificadas, para cumplir este objetivo se vuelve importante reflexionar por parte de las instituciones que prestan servicios de salud, el nivel de cumplimiento de estos objetivos a fin de tomar medidas que permitan mejorar sus procesos de atención.

1.2.5.5. Manejo de la comunicación y la información (MCI)

Se centra en que la información y comunicación son un recurso que los líderes de la organización deben gestionar de forma efectiva, para el caso de la comunicación hacia la comunidad, los pacientes y las familias, y otros profesionales sanitarios.

Identificando las necesidades de información, diseñando un sistema de gestión para mejorar los resultados de los pacientes así como también el desempeño de la organización (JCI, 2011).

- ✓ MCI.1.- La organización se comunica con su comunidad para facilitar el acceso a la atención y el acceso a la información sobre sus servicios de atención al paciente.
- ✓ MCI.2.- La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su atención y sus servicios y cómo acceder a los mismos.
- ✓ MCI.3.- La comunicación y la educación del paciente y de la familia se ofrecen en un formato e idioma comprensibles.
- ✓ MCI.4.- La comunicación es efectiva en toda la organización
- ✓ MCI.5.- Los líderes garantizan que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.
- ✓ MCI.6.- La información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunica entre los profesionales médicos, de enfermería y demás profesionales sanitarios, durante cada turno del personal y entre los turnos.
- ✓ MCI.7.- El o las historias clínicas del paciente están a disposición de los profesionales sanitarios, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.
- ✓ MCI.8.- La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto al paciente.

- ✓ MCI.9.- La organización planifica y diseña procesos de gestión de la información para cumplir con las necesidades de información tanto internas como externas.
- ✓ MCI.10.- Se mantienen la privacidad y la confidencialidad de la información.
- ✓ MCI.11.- Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.
- ✓ MCI.12.- La organización cuenta con una política sobre el tiempo de retención de historias clínicas, datos e información.
- ✓ MCI.13.- La organización emplea códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimiento, símbolos, abreviaturas y definiciones.
- ✓ MCI.14.- Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera de la organización se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada.
- ✓ MCI.15.- En la selección, integración y utilización de la tecnología de gestión de la información participa el personal clínico y de gestión necesario.
- ✓ MCI.16.- Las historias clínicas y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizados.
- ✓ MCI.17.- Los encargados de tomar decisiones y otros miembros del personal adecuados reciben formación y capacitación sobre los principios de gestión de la información.
- ✓ MCI.18.- Una política o protocolo, por escrito, define los requisitos para elaborar y mantener las políticas y los procedimientos internos y el proceso para gestionar las políticas y procedimientos externos.

- ✓ MCI.19.- La organización inicia y mantiene una historia clínica de cada paciente evaluado o tratado.
- ✓ MCI.20.- Los datos y la información agregados respaldan la atención al paciente, la gestión de la organización y el programa de gestión de calidad.

Las organizaciones de hoy en día, dan mayor prioridad a la gestión de la información como un recurso operacional y estratégico para mejorar los resultados de su gestión y desempeño.

Aspectos referentes a la comunicación con la comunidad, pacientes, entre profesionales pueden ser evaluados, así también si las necesidades de información son satisfechas de forma oportuna.

Según la literatura, el modelo de gestión propuesto por la Joint Comission International, fija estándares para organizaciones de cuidado de la salud, que miden el desempeño de los servicios médicos, en un ambiente de carácter crítico como es la atención médica el cual contempla estándares centrados tanto en el paciente como en la organización, este modelo, al tener estándares que se ajustan a las prácticas de gestión ambulatoria, permite plantear de manera formal y específica la gestión que se realiza en la Clínica del Deportista de forma que se genere un compromiso con el trabajo constante en la mejora de la calidad de atención al paciente.

1.3. Marco Conceptual

La Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial de la siguiente forma:

“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y

de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite”.

En el manual de Publicaciones Vértice (2008), se expresa a la calidad como el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave. Así también la define como un conjunto de aspectos y características que guardan relación con la capacidad para satisfacer necesidades no atendidas de los clientes.

Con estas definiciones, se exponen aspectos claves enlazados al concepto de calidad tales como: necesidades, recursos, eficiencia, eficacia y excelencia, los cuales al interactuar en la prestación de los servicios serán determinantes para calificar como buena o mala una atención recibida, sobre todo en un aspecto tan sensible como es la salud.

1.3.1. Componentes, y atributos de la calidad de la atención

Según lo expresa Oteo (2012), los determinantes clave de la calidad técnica de los cuidados son básicamente dos: la adecuación de los cuidados que se dan; y la habilidad con la que esos cuidados son prestados.

La calidad de relación entre profesionales y pacientes depende también de varios elementos: la calidad de su comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada paciente.

Otro componente incluye el punto de vista de las instituciones u organizaciones proveedoras de cuidados.

En cuanto a los atributos básicos de la excelencia en la atención sanitaria el autor plantea que se deben centrar en prestar una atención:

- ✓ Segura: Evitar errores en los pacientes
- ✓ Efectiva: Prestar asistencia basada en la mejor evidencia científica, evitando la sobreutilización o sub utilización de recursos.
- ✓ Centrada en el paciente: proveer los cuidados respetando los valores y creencias de los pacientes, bien informados y que deben ser quienes finalmente guíen las decisiones clínicas.
- ✓ En el momento adecuado: evitar los retrasos innecesarios
- ✓ Eficiente: evitar gastos innecesarios

Conocer el nivel de calidad de la atención que presta un centro sanitario, pasa por valorar tres grandes aspectos: la adecuación de los servicios que presta y la satisfacción de quienes los prestan y de quienes los reciben.

Otro atributo que toma importancia en el tema de la calidad asistencial es el tiempo de espera que le toma a un paciente para ser atendido, referente a ello podemos citar algunas aproximaciones, una encuesta realizada en México entre los usuarios de los consultorios externos mostró que para los usuarios de la seguridad social, los principales elementos que definen la mala calidad consideran los largos tiempos de espera, cuya norma Oficial Mexicana considera como bueno un tiempo inferior a 30 min.(Outumuro, 2013:p364).

Como se ha expuesto, para poder determinar la calidad de atención, es necesario considerar factores básicos tales como la óptima adecuación de los servicios, el tiempo de espera, el trato a los pacientes, la efectividad de los tratamientos aplicados y así también que dicha atención carezca de errores, es así que las organizaciones que prestan servicios en salud tienen una gran responsabilidad al mantener y mejorar continuamente estos factores.

1.3.2.El control de calidad y la evaluación del riesgo en los servicios clínicos

El proceso conlleva los siguientes pasos, según lo explicó Oteo (2012), y consiste en utilizar estándares, revisión de historias clínicas durante las primeras 48 horas y posterior al alta, elaboración de informes resumen de cada paciente, así como revisión y estudio de tendencias.

1.3.3.La satisfacción del paciente como medida de la calidad

La satisfacción del paciente con la atención sanitaria se consigue cuando el usuario descubre que el servicio prestado se ajusta a lo que esperaba o le proporciona algo que supera sus expectativas, indicado por Murillo y Grande (2012)

Esta definición dada por los autores (Murillo et al, 2012) hace alusión a la atención sanitaria en general, tanto al trabajo técnico como a la relación interpersonal. Conocer la satisfacción del paciente puede permitir predecir, el retorno al mismo lugar ante otro episodio.

Murillo et al (2012) proponen al cuestionario SERVQHOS como una de las herramientas para medir la calidad asistencial, una vez producida el alta del paciente.

El cuestionario consta de 3 partes: un primer bloque que recoge aspectos claves de la atención, valorados desde 1 (mucho peor de lo esperado) a 5 (mucho mejor). Una encuesta adicional que trata de evaluar la congruencia y fiabilidad de las respuestas del primer apartado y una pregunta directa sobre el nivel de satisfacción global tras el alta.

Los factores relacionados con la insatisfacción utilizando este cuestionario se relacionan con la llamada calidad objetiva; los más relevantes que se han detectado en distintos estudios son por ejemplo el no recibir la debida retroalimentación por parte del médico al paciente, así como la falta de confort en las habitaciones, aspectos de

limpieza y mobiliario deteriorado, otro factor importante fueron los tiempos de espera en relación a las consultas.

Duarte (2009), se refiere a este modelo de Calidad de Servicio, elaborado por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), como una herramienta que usa un cuestionario tipo que mide la percepción de cliente a lo largo de cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. Las cuales se consideran aspectos referentes al cumplimiento exitoso del servicio ofrecido, predisposición, confianza, empatía y aspectos tangibles

1.3.4. Organización Sanitaria Basada en el Conocimiento

Bravo (1994) expresa que vivimos en una sociedad con sobreabundancia de información y el disponer de mejores sistemas de acceso a la información constituye, una ayuda al crecimiento del conocimiento, pero no lo asegura. Incluso, la exuberancia informativa puede ocasionar enormes pérdidas de tiempo dedicadas a rastrear, identificar, clasificar y sintetizar información relevante (p.7).

De la misma manera, el autor resalta una serie de líneas de actuación necesarias para desarrollar una atención sanitaria basada en el conocimiento, que consisten aspectos tales como el uso de la tecnología para tomar decisiones, de igual forma reducir el periodo de despliegue a la práctica profesional de los hallazgos de investigación.

Dentro de estas líneas de actuación mencionadas por el autor, también se considera el reposicionamiento de la visión de la calidad en la atención sanitaria basándose en la interacción con el paciente y el hecho de reconocer de forma muy activa cuán importante es la transmisión de conocimientos y del aprendizaje.

Cano (2008), señala que:

Gestionar la información en las empresas es, hoy en día, una herramienta clave para poder sobrevivir en un mercado cambiante, dinámico y global. Aprender a competir con esta información es fundamental para la toma de decisiones, el crecimiento y la gestión de las empresas. Y que cada vez es más importante saber qué está pasando en nuestro mercado y dentro de la propia organización. El tiempo de que se dispone para acceder a esa información es cada vez menor; consecuentemente, es necesario obtener la información más rápidamente para analizarla y tomar decisiones a partir de ella. (p.1).

El autor Ortiz, en su publicación del año 2007, expuso que en el transcurso de su existencia las organizaciones recopilan gran cantidad de información, y que la forma como se administre esa información determina que dicha organización sobreviva en un medio competitivo como el actual y que por medio de los sistemas de inteligencia de negocios hace posible que las organizaciones conviertan sus necesidades de información en resultados concretos de inteligencia para el apoyo efectivo de la toma de decisiones y luego poder llegar a ser realmente competitivas.

También indicó que la explotación inteligente de la información, su conversión en conocimientos es posiblemente la única fuente de competitividad sostenible.

En los conceptos previamente citados, se ha expuesto la importancia de los sistemas acceso a la información al uso de tecnología para toma de decisiones y a la gestión de la información como un mecanismo de sobrevivencia en la sociedad actual que es muy a fin de poder competir con esta información.

Las organizaciones así lo están entendiendo, y como respuesta a estas nuevas condiciones del mercado, ahora con alcance mundial por la globalización de las

economías, se han adoptado a la inteligencia de negocios con una enorme avalancha de teorías, metodologías, técnicas y modelos, que se unen al gran desarrollo y evolución permanente de la era de la información.

1.3.5. Datos, información y conocimiento

Es habitual describir los significados de las palabras dato, información y conocimiento para evidenciar que es necesario un proceso de transformación de uno a otro, y que mediante estas transformaciones la información numérica va ganando valor (dinero), como se observa en la Figura 3. Y eso es precisamente el Business Intelligence: el uso de nuevas tecnologías para automatizar la transformación del dato en conocimiento útil para la gestión empresarial (Urquizu, 2010).



Figura 3 Proceso de conversión del dato en conocimiento

Fuente: Urquizu (2010) [Imagen] Recuperado de:

<http://www.businessintelligence.info/dss/datos-informacion-conocimiento.html>

A este proceso de conversión de la información, Ponjuán (1998) lo describió a través de la siguiente pirámide informacional según lo mostrado en la Figura 4:



Figura 4 Pirámide Informacional

Fuente: Ponjuan(1998). [Imagen] Recuperado de:

<http://www.fotos.com.es/2012/04/26/piramide-informacional-de-ponjuan/>

El citado autor define la pirámide señalada de la siguiente manera: el dato y la información son considerados fundamentales en la formación del conocimiento, dado que la información es considerada una materia prima y el conocimiento es el recurso mental mediante el cual se le agrega valor. Ponjuán (1998)

Urdaneta (1992) estableció mediante las variables calidad y cantidad una jerarquización entre estos términos.

- ✓ Datos: Se refiere a los registros numéricos, lingüísticos, lógicos o matemáticos por medio de los cuales se representan hechos, conceptos o instrucciones.
- ✓ Información: Datos o materia informacional relacionada o estructurada de manera actual o potencialmente significativa.
- ✓ Conocimiento: Estructuras informacionales que, al internalizarse, se integran a los sistemas de relacionamiento simbólico de más alto nivel y permanencia.
- ✓ Sabiduría: Estructuras de conocimiento que siendo contextualmente relevantes, permiten la intervención ventajosa de la realidad.

La pirámide informacional de Ponjuán (1998), como se puede apreciar, explica a través de las variables calidad y cantidad el proceso de transformación asociado a la generación del conocimiento. En esta se muestra que el nivel más bajo de los hechos conocidos son los datos. Los datos no tienen un significado en sí mismos, ya que deben ser ordenados, agrupados, analizados e interpretados para entender potencialmente lo que de manera solo nos quieren indicar. Cuando los datos son procesados de esta manera, se convierten en información.

La información tiene una esencia y un propósito. Cuando la información es utilizada y puesta en el contexto o marco de referencia de una persona junto con su

percepción personal se transforma en conocimiento. El conocimiento es la combinación de información, contexto y experiencia. El conocimiento resumido, una vez validado y orientado hacia un objetivo, genera sabiduría (información con valor agregado), la cual pretende ser una representación de la realidad (Ponjuán,1998).

Los conceptos citados permiten entender la importancia que tiene hoy en día la información y de cómo la habilidad de almacenarla, agregarla e interpretarla permite a las organizaciones hacer uso de ella como un aporte estratégico para la toma de decisiones en su operación.

1.3.6.Sistemas de información

Un sistema de información se puede definir como un conjunto de componentes interrelacionados que recolectan, procesan, almacenan y distribuyen información para apoyar la toma de decisiones y el control en una organización. Los sistemas de información contienen información acerca de gente, lugares, y cosas importantes dentro de la organización o el entorno en que se desenvuelve. (Laudon y Laudon, 2004), de acuerdo a lo mostrado en la Figura 5.



Figura 5 Sistemas de Información Gerencial

Fuente: Muñoz. (2012) [Imagen] Recuperado de:

<http://qfgcuce.wikispaces.com/Sistemas+de+Informacion+Gerencial>

Sería importante que las empresas evalúen como se llevan sus procesos actuales de cara a los aspectos tecnológicos a fin de identificar mayores posibilidades para incrementar la productividad y agilizar su gestión operativa. También se destaca la importancia de adoptar un sistema de información adaptado a las necesidades de la empresa, que a su vez sea acompañado de una visión moderna y de cambio por parte de los líderes y colaboradores de las organizaciones.

1.4. Marco Legal

Para el desarrollo del presente tema de tesis se ha identificado los siguientes aspectos vinculantes en la ley:

Con relación a los clientes para los cuales la Clínica del Deportista presta sus servicios, tenemos a público en general, y a Deportistas, este último de acuerdo a lo indicado en el Artículo 8 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación, considera deportistas a las personas que practiquen actividades deportivas de manera regular, desarrollen habilidades y destrezas en cualquier disciplina deportiva individual o colectiva.

Respecto a los permisos de funcionamiento necesarios para el tipo de actividad realizado por la Clínica, los mismos son otorgados por el Ministerio de Salud Pública a través de las respectivas Direcciones Provinciales de Salud, conforme Acuerdo Ministerial Oficio SVS -12.

El Art. 177 de la Ley Orgánica de la salud, indica que es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, expedir normas y controlar las condiciones higiénico-sanitarias de establecimientos de servicios de atención al público y otros sujetos a control sanitario, para el otorgamiento o renovación del permiso de funcionamiento.

1.4.1.Líneas Políticas del Derecho a la Salud

La Constitución en el Art. 23 consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental.

Referente al marco jurídico relativo al derecho a la salud, está en vigencia desde La Ley Orgánica de Salud N° 67 el 22 de Diciembre del 2006, publicado en registro Oficial Suplemento 423.

Sobre el derecho a la salud de acuerdo a lo descrito en el Art. 3, se menciona que es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado.

El Art. 7 regula ordena el acceso universal, equitativo y de calidad de las personas, a todos los servicios de salud, y el respeto a su dignidad, autonomía, cultura, derechos sexuales y reproductivos, así como la atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República.

De igual forma se indica el derecho a utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten.(Ley Orgánica de Salud, 2006:5)

Para el ejercicio de las funciones de rectoría en Salud, en el Art. 4, se menciona al Ministerio de Salud Pública como la entidad a la que la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la Ley Orgánica de Salud.

En los artículos 117 y 118, rigen los aspectos a cumplir para la salud y seguridad del trabajo, definiendo al Ministerio de Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social quienes en coordinación con la autoridad sanitaria establecerán las normas de salud y seguridad en el trabajo para proteger la salud de los trabajadores. En el caso de los servicios y profesiones de salud, los Artículos 180, 181, 185, mencionan que el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro será regulado por la autoridad sanitaria nacional.

Los Art. 193, 194, 195 y 195 regulan aspectos relativos a las profesiones de salud, afines y su ejercicio, se indica que aquellas personas cuya formación universitaria de tercer o cuarto nivel dotada de conocimientos, técnicas y prácticas relacionadas con la salud, serán considerados profesionales de la salud, quienes hayan obtenido además un título conferido por universidades legalmente reconocidas, así como el registro del mismo ante el CONESUP y por la autoridad sanitaria nacional.

Referente a las sanciones para la práctica ilegal, negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en el ejercicio de las profesiones de la salud estos serán investigados y sancionados por la autoridad sanitaria nacional conforme lo establecido en el Art. 199. El Art. 202, define a una infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, a todo acto que sea resultado de inobservancia, en el cumplimiento de las normas, impericia en la actuación con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia, y negligencia en la actuación del profesional de la salud, además de la clausura parcial, temporal o definitiva del establecimiento correspondiente.

CAPITULO 2

2.La Clínica del Deportista de Guayaquil y sus servicios

En este Capítulo se describe a la Clínica del Deportista de Guayaquil que es objeto del presente estudio.

Se inicia describiendo las actividades que se realizan en la misma, presentando la estructura de funciones, sus servicios y costos. Se incluye además la descripción de la infraestructura y equipos con los que cuenta la misma, y se realiza también el respectivo análisis FODA y análisis de PEST.

La Clínica del Deportista, es básicamente un Centro de Rehabilitación física, en donde se realiza valoraciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de traumatismos o lesiones del sistema neuromusculoesquelético², dirigida a la prestación de servicios en las siguientes áreas:

- ✓ Fisioterapia y Rehabilitación
- ✓ Traumatología
- ✓ Propiocepción
- ✓ Medicina General
- ✓ Deportología

La Clínica del Deportista de Guayaquil se encuentra ubicada en Hurtado # 403 y Av. Del Ejército, la misma cuenta con la siguiente estructura, la cual se observa en la Figura 6:

² Se aplica a la relación existente entre la fibra nerviosa, musculo y hueso, Recuperado de <http://www.diccionarios.com/detalle.php?palabra=neuromusculoesquel>



Figura 6. Estructura Organizacional de la Clínica del Deportista

Fuente: Clínica del Deportista de Guayaquil

2.1. Funciones de la estructura organizacional de la Clínica del Deportista.

Dirección.- Dirigir, controlar y velar por el correcto desempeño del personal de todas las áreas y labores a ellos asignados.

Administración.- La principal función que tiene el administrador es administrar los recursos financieros y operación de la Clínica del deportista, pagos de nómina, cuentas por pagar entre otras.

Asistentes de Fisioterapia.- Persona encargada de brindar el tratamiento a los pacientes en base a las indicaciones dadas por el profesional las cuales se registran en la bitácora de tratamientos diaria.

Conserje.- Mantener la limpieza de las instalaciones de la Clínica del deportista, apertura de la Clínica realización de trámites referentes a pago de planillas de servicios

básicos, impuestos, tramites en general derivados desde administración, compras de insumos.

De acuerdo a datos proporcionados por la Clínica se atiende un promedio de 30 pacientes por día, la misma presta sus servicios en el siguiente horario:

✓ Lun- Vie: 8:30 am – 19:30 pm

✓ Sáb: 9:00 am – 12:00 pm

Con relación a los servicios ofrecidos, infraestructura y recursos la misma cuenta con los siguientes:

2.2. Servicios Ofrecidos

Fisioterapia.- El servicio de Fisioterapia promueve la salud funcional de los pacientes, previniendo y tratando sus deficiencias y/o discapacidades con la finalidad de recuperar las capacidades motrices, por medio de procedimientos de aplicación de agentes físicos (calor, frío, luz, electricidad, geles, etc).

Las funciones de la fisioterapia abarcan las siguientes especialidades médicas: esguinces, fracturas, contracturas, recuperación de deportistas, entrenamiento, acondicionamiento físico, artrosis, artritis, enfermedades degenerativas osteomusculares, inmovilizaciones prolongadas.

Traumatología.- Servicio destinado al tratamiento de pacientes con traumatismos, fracturas o deformidades de distinta clase en extremidades que afectan a: (Ortopedia, 2014).

✓ Huesos: tales como las fracturas.

✓ Ligamentos y articulaciones: esguinces, luxaciones, artritis traumáticas,

✓ Músculos y tendones: roturas fibrilares, hematomas, contusiones, tendinitis

Entre las técnicas que se usan para atender estas dolencias están la aplicación de vendajes blandos, aplicación de férulas y yesos, así como la prescripción de medicamentos.

Rehabilitación.- El servicio de Rehabilitación reviene y trata la aparición de disfunciones secundarias a problemas congénitos y adquiridos, agudos y crónicos, en personas de todas las edades por medio de la ejecución de ejercicios terapéuticos, incluye la prescripción de un programa de auto-cuidado de los ejercicios que el paciente puede realizar en casa.

Propiocepción.- Tratamientos con ejercicios específicos para mejorar la capacidad del cuerpo de detectar el movimiento y posición de las articulaciones.

Medicina General.- Diagnostico y resolución con tratamiento médico y procedimientos las afecciones de los pacientes.

2.3. Costo de los servicios

✓ Consulta médica	\$30,00
✓ Tratamiento fisioterapia y rehabilitación	\$15,00
✓ Colocación de yeso	\$30,00
✓ Aspiración de líquido inflamatorio	\$15,00

2.4. Infraestructura

- ✓ 5 Consultorios.- 1 consultorio principal donde se encuentra la dirección y los 4 restantes para fisioterapia
- ✓ Estación de los asistentes.- Sala de los asistentes, donde esperan indicaciones y reciben a los pacientes que ingresan enviados desde la recepción.
- ✓ 1 Recepción

✓ 2 Salas de Espera

✓ 1 Lavandería.

2.5. Equipos Médicos

Fisioterapia:

✓ 8 electro estimuladores

✓ 5 ultrasonidos

✓ 5 equipos de láser

✓ 1 equipo de magnetoterapia

Rehabilitación:

✓ 11 bandas Ergoméricas mecánicas

✓ 2 bicicletas estáticas

✓ 1 equipo completo de pesas

✓ 1 banco de cuádriceps

✓ 1 equipo de elíptica

✓ 1 rueda de hombro

✓ 1 equipo de poleas recíprocas

✓ 1 escalera de dedos

✓ 3 Voyas propioceptivas

✓ 3 equipos de spinning

✓ 1 banda ergométrica – eléctrica

2.6. Equipos de oficina:

✓ 1 computador

✓ 1 impresor

✓ Equipos de Prevención de Incendios

- ✓ Extintores

Equipos de Comunicación:

- ✓ Intercomunicadores en consultorios

2.7. Análisis FODA

Fortalezas:

- ✓ Empresa constituida y en funcionamiento durante 16 años
- ✓ Aceptación en el mercado por parte de los pacientes.
- ✓ Experiencia y formación profesional de la dirección.
- ✓ Oportunidades:
- ✓ Poca competencia dentro del mercado
- ✓ Posibilidad de celebración de convenios con el IESS o el Ministerio de salud pública
- ✓ Inclusión de los discapacitados al sector productivo como potenciales clientes de la Clínica.
- ✓ Masificación del deporte como estilo de vida saludable.

Debilidades:

- ✓ Poca profesionalización del personal de apoyo
- ✓ No contar con todos los permisos necesarios para su operación tales como Municipio y del Ministerio de Salud.
- ✓ No contar con fuentes de financiamiento para mejorar la gestión de la Clínica.
- ✓ Deficiencia de personal en las horas congestionadas.
- ✓ Infraestructura y mobiliario deficientes.
- ✓ No se incorpora la tecnología informática en la gestión de la organización.

Amenazas:

- ✓ Sanciones de entidades de control y regulación.
- ✓ La delincuencia y mendicidad del sector.
- ✓ Sanciones por mala práctica profesional.

2.8. Análisis PEST

El análisis PEST muestra las influencias a nivel político, económico, social y tecnológico a las que se enfrentan las organizaciones. Estos factores son externos por lo que están fuera de su control, y en algunos casos se presentan como riesgos o como oportunidades.

El primer factor a analizar es el político, es una situación conocida por todo el Ecuador que actualmente el nuevo gobierno ha sido generador de cambios en leyes, reglamentos y regulaciones en varios ámbitos, tales como educación, seguridad social, acceso a la salud entre otros. Por lo que habría que considerar algunos factores en esta dimensión tales como:

- ✓ Reformas a las Leyes en el ámbito laboral, lo que podría ocasionar modificaciones a las condiciones laborales de los colaboradores tales como incremento de sueldos y beneficios.
- ✓ Reformas en las leyes de tributación
- ✓ Leyes en el ámbito de la salud, que planteen nuevas exigencias y desafíos para la organización.

El segundo factor corresponde al Económico, es importante considerar los aspectos económicos del país y como afectan al entorno empresarial de la Clínica del Deportista, entre los aspectos que debe enfrentar se identifican:

- ✓ Dificultad de acceder a fuentes de financiamiento para mejorar la gestión

- ✓ Encarecimiento de los insumos para proveer el servicio, un factor importante que podría llevar a la empresa a optar por la adquisición de materia prima nacional a fin de abaratar los costos.

- ✓ Disminución del nivel de ingresos

- ✓ Incremento de las deudas

En relación al factor Social, tenemos los siguientes aspectos:

- ✓ La valoración y aceptación que tiene la comunidad en relación a la atención recibida en la clínica.

- ✓ Incremento de la competencia en el sector

- ✓ Motivación por parte del personal

- ✓ Educación del personal

Otro factor que influye en las empresas es el Tecnológico, ya que a medida que las organizaciones crecen y en la actual era de la información, se hace necesaria la incorporación de las tecnologías en su operación, considerando aspectos tales como:

- ✓ El nivel de acceso a tecnología informática para los procesos de gestión de información

- ✓ Acceso a equipamiento moderno para fisioterapia y rehabilitación

CAPITULO 3

3.Marco Metodológico

Este capítulo presenta los aspectos metodológicos para la investigación, se realiza el planteamiento y formulación del problema, describe además la metodología de investigación aplicada, técnicas de análisis y recolección de información así como el análisis de resultados de las encuestas al final del mismo.

3.1.Planteamiento del Problema

La necesidad de incluir mejoras en los modelos de gestión de entidades que prestan servicios de salud no es algo nuevo, en otros países también se ha identificado que existen modelos de gestión de salud deficiente y susceptible a mejoras.

En la ciudad de Lima, se implementó el proyecto “Mejora en la Calidad de atención en consultorio externo en el Hospital San Bartolomé” entre el 2009 y 2011, en respuesta a una serie de necesidades identificadas tanto en infraestructura, capacitación del personal, equipamiento, atención al paciente, entre otros, se implementa el Plan Estratégico de Mejora 2009-2011 para mejorar los procesos, logrando incidir positivamente en la calidad de atención. (Hospital San Bartolomé, 2012).

Para el despliegue de este proyecto se contó con el apoyo de la alta dirección en la implantación de las propuestas y facilidades otorgadas a los equipos de Proyectos de Mejora.

Como resultado de ello la satisfacción general aumento positivamente y el número de quejas tuvo una reducción considerable, según se observa en las figuras No. 7 y No 8.



Figura 7 Resultados de Orientación hacia el cliente interno/externo

Fuente: Hospital San Bartolo, Recuperado de:

http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_encuentro/iiiNivel/



Figura 8 Número de quejas

Fuente: Hospital San Bartolo, Recuperado de:

http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_encuentro/iiiNivel/

A principios de la década de los 90 el sistema de salud de Venezuela igualmente experimento una crisis que se evidenció en problemas de cobertura, carencia de suministros, déficit de presupuesto, accesibilidad y calidad de los servicios médico asistenciales prestados. (Lugo, Suarez, Betancourt y Cote, 2008).

(Lugo et al, 2012) En base a estas necesidades se incorpora un macro-proceso que involucra nuevos actores y estrategias dentro de los cuales se destacan la participación de la iglesia para lograr un cambio en la actitud de los trabajadores, juntas socio sanitarias para promover la participación del equipo de salud y de la comunidad organizada, Municipios Saludables para colocar a la salud como prioritaria en la agenda política de los gobiernos y las Microempresas que se refieren a la implantación de establecimientos de salud manejados con la participación de la comunidad, el sector público y privado.

Lo citado anteriormente ha contribuido a elevar la eficiencia eficacia y efectividad de la prestación de los servicios médico-asistenciales en Venezuela y han sido reconocidas por la opinión pública como gestiones exitosas.

En Colombia, en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, proveedora de servicios de salud mental en el 2004 se vio enfrentada a un nuevo reto organizativo planteado desde la dirección a través del Sistema de gestión enfocado en resultados e inmerso en este al proceso de certificación de la institución para ello se apoyaron en el Sistema de gestión de calidad NTC - ISO 9001, el cual fue elaborado en etapas secuenciales. (Gonzales, 2005)

Según lo expresado por la autora, la planeación estratégica asistencial involucrada en el proceso de gestión clínica de la institución ha permitido definir con mayor claridad las actividades en lo asistencial, así también ha desarrollado habilidades en los gestores clínicos lo que ha permitido alcanzar la meta organizacional.

En este contexto, la Clínica del Deportista de Guayaquil corresponde al segmento de las pymes (Pequeñas y Medianas Empresas) que ofrece servicios médicos ambulatorios y tiene como mercado objetivo todas aquellas personas que

necesitan este tipo de servicios, por lo cual es importante que todos los centros dedicados a ofrecer este tipo de servicios lo hagan de una manera óptima y con calidad.

La propuesta inicial de la Clínica del Deporte surgió en la década de los 50 por parte de la Asociación de Fútbol del Guayas, con la finalidad de proporcionar atención a los futbolistas amateurs y profesionales. Durante ese tiempo se mantuvo con dicho nombre hasta que cerró sus puertas en el año 95, debido a dificultades con el presupuesto.

El 07 de Julio del año 1998, como iniciativa de inversión privada reabrió sus puertas La Clínica del Deportista tras una conversación del director actual con los directivos de la ASO-GUAYAS³.

Así, la característica principal de esta empresa es que cuenta con poco personal y estructura de administración. De la misma manera la información de los pacientes correspondiente a 16 años de historias Clínicas de alrededor de 20,000 pacientes se guarda en archiveros, a los cuales se accesa vía búsqueda de secuencias por carpeta.

Con estos antecedentes surge la presente propuesta de evaluar los servicios que presta la misma para, una vez identificadas las necesidades de mejora se desarrollen estrategias que sirvan para potenciar a la Clínica del Deportista de Guayaquil como una excelente alternativa para los clientes que necesitan de estos servicios.

³ Asociación Deportiva del Guayas.

3.2. Metodología

3.2.1. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores que inciden en la Calidad del servicio asistencial prestado por la Clínica del Deportista de Guayaquil?

3.2.2. Hipótesis

La Gestión operativa y administrativa influye en la calidad de atención de la Clínica del Deportista de Guayaquil.

3.2.3. Variables

Las variables que conforman la siguiente hipótesis se clasifican de la siguiente manera.

Variable dependiente: Calidad de atención.

La variable Calidad de atención, será medida bajo las siguientes dimensiones:

- ✓ Duración de trámites administrativos
- ✓ Tiempo de espera atención médica
- ✓ Satisfacción posterior a la atención.

Variable independiente: Modelo de Gestión

Para medir la variable modelo de gestión se definen las siguientes dimensiones:

- ✓ Limpieza y aseo de instalaciones
- ✓ Infraestructura de baños - salas de espera
- ✓ Condiciones de Consultorios
- ✓ Condiciones de privacidad
- ✓ Condiciones Sala de rehabilitación
- ✓ Información sobre gestión de quejas
- ✓ Información el uso seguro de medicamentos

- ✓ Información sobre el uso seguro y efectivo del equipo
- ✓ Instrucciones médicas en formato comprensible
- ✓ Confianza generada por el personal
- ✓ Trato recibido por el paciente
- ✓ Trato personalizado

3.2.4.Método

El método aplicado en la presente tesis es de enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo) en el cual se toma como parte fundamental del proceso de investigación fuentes primarias y secundarias para la recolección de la información tales como: bibliografía, entrevistas, observación y la encuesta.

La presente investigación aplica el método deductivo, en el cuál se inicia la misma a partir de los aspectos teóricos de la calidad de atención y modelos de gestión, para deducir las consecuencias que se encuentran en la realidad de la empresa.

3.2.5.Tipo de Investigación

En el presente estudio se realizó a cabo como una investigación Pre-experimental ex post facto. Esto por cuanto se aplica a la siguiente definición según (Perez, Galán y Quintanal, 2012).

Una investigación ex-post-facto, realizada en situaciones reales, ordinariamente sin manipulación de variables y con la finalidad de establecer relaciones e interacciones entre ellas.

3.2.6.Población y Muestra.

La determinación de la población está dada por el número de pacientes que visita la Clínica.

Unidad Muestra: Clientes a los cuales la Clínica del Deportista de Guayaquil le presta sus servicios.

Alcance: Clínica del Deportista de la ciudad de Guayaquil.

Determinación del tamaño de la muestra: Se seleccionó una muestra en base al muestreo aleatorio simple en la cual los elementos tienen la misma probabilidad de ocurrencia.

Tamaño de la muestra: Para el cálculo de la muestra se realizó en base a la siguiente fórmula de muestreo proporcional puesto que se tiene una población finita, la población fue determinada en base a información proporcionada por la Clínica del Deportista, cuyo número es un promedio de 395 pacientes mensuales.

Fórmula para el cálculo de la muestra en población finita:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N - 1) + Z^2 P \times Q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

Z= Grado de confiabilidad

P= Probabilidad de ocurrencia del evento

Q= Probabilidad de no ocurrencia del evento

N= tamaño del universo

e= Error de estimación

Dado que no se cuenta con datos de la probabilidad de las fuentes se determinan por igual las probabilidades de ocurrencia de las variables p y q, así también el error máximo que pueden aceptarse los resultados, 5%, con un grado de confianza de 95%.

Z= 1,96 desviaciones estándar. Para el nivel de confianza del 95%

P= 50%

Q= 50%

N= 395 (número de pacientes mensuales)

e= 5%

Aplicada la fórmula tenemos el valor de encuestas a realizar:

n=194 encuestas

3.2.7.Técnicas de Recolección

3.2.7.1.Fuentes Primarias

Se emplea la observación, entrevistas y encuestas

3.2.7.2.Fuentes Secundarias

Revisión de bibliografía, artículos, estadísticas

3.2.7.3.Técnicas de Análisis de Información

Para las entrevistas se hará uso de una computadora portátil en conjunto con la Herramienta Microsoft Excel 2013 donde se digitan los resultados de las preguntas planteadas, adicionalmente se recopilará información con una cámara digital.

Los resultados de la encuesta se tabularán, y analizarán usando Microsoft Excel en conjunto con el programa IBM SPSS Statistics 20, como parte del análisis se utilizará la técnica de análisis de datos de Clúster la cuál es una técnica de interdependencia⁴ para clasificar observaciones en grupos. Esta agrupación se realiza según atributos seleccionados, el método busca lograr la máxima homogeneidad en

⁴ Técnica de Interdependencia: Técnica de Análisis Multivariable en Estadística, que permite entender el comportamiento de los datos.

cada grupo y la mayor diferencia entre los grupos. Para el presente estudio se seleccionaron los siguientes atributos de agrupación: sexo, edad y actividad principal.

El método de conglomeración utilizado es por medio del vecino más próximo, que es un indicador que muestra en qué medida cada par de observaciones se parecen entre sí, de tal forma se crean los grupos de acuerdo a la medida de similaridad o distancia.

3.3. Análisis de Resultados Obtenidos

Como se ha expuesto en capítulos anteriores una forma de medir la calidad asistencial considera la satisfacción de los pacientes, por tal razón el objetivo de este capítulo es exponer los resultados de la satisfacción así como la percepción de los pacientes en varios aspectos referentes al grado de calidad con el que fueron atendidos, para lo cual se consideró los estándares del modelo JCAHO que tienen relación con el propósito de la encuesta, considerando las variables de medición y dimensiones del presente estudio.

La encuesta consta de 18 ítems divididos en tres partes:

En la primera se recogen datos generales, con aspectos demográficos tales como sexo, edad, actividad principal y estudios.

La segunda parte contiene datos específicos, se recoge la percepción del paciente respecto al servicio recibido por parte de la Clínica del Deportista, aborda la calidad en base a sus dimensiones y a los estándares del modelo JCAHO.

Finalmente se recogen opiniones y sugerencias de los usuarios externos.

A continuación, se efectúa el análisis de los literales planteado en las preguntas realizadas en las encuestas.

En base a la información recopilada de 194 encuestas realizadas a la Clínica del Deportista, sobre este universo la se tiene la siguiente demografía:

Observamos que el 58,25%(113 hombres) de los encuestados corresponde al Sexo Masculino y un 41,75% (81 mujeres) al femenino, como se muestra en la Figura 9.

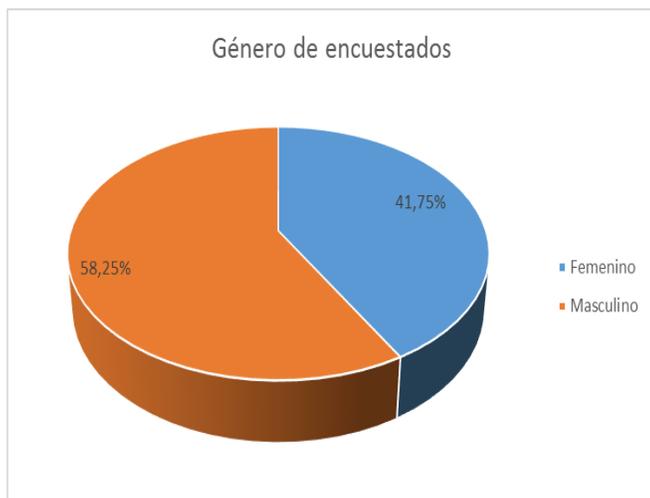


Figura 9 Género de los Encuestados

De dicho universo también se determinó que la mayoría de los pacientes tienen como actividad principal: Trabajo con un 54% y Estudio con un 21%, el resto de la población encuestada corresponde a Dueño de Casa con un 12%, Deportista con un 6%, Cesante 1% y personas Jubiladas con un 6%, de acuerdo a lo mostrado en la Figura 10.

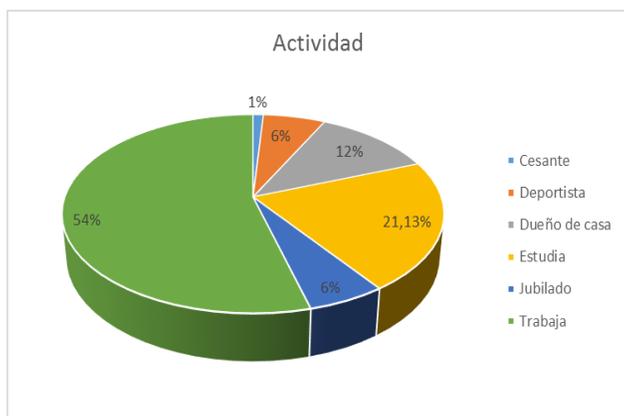


Figura 10 Actividad Principal de los encuestados

En relación a la edad de los pacientes los datos recopilados en las encuestas indican lo siguiente:

El 27,84% corresponde a pacientes de más de 50 años, 15,98% en edades entre los 41 y 50 años, un 18,56% entre 31 y 40 años, 23,71% entre 18 y 30 años finalmente un 13,92% menor a 18 años, según Figura 9.

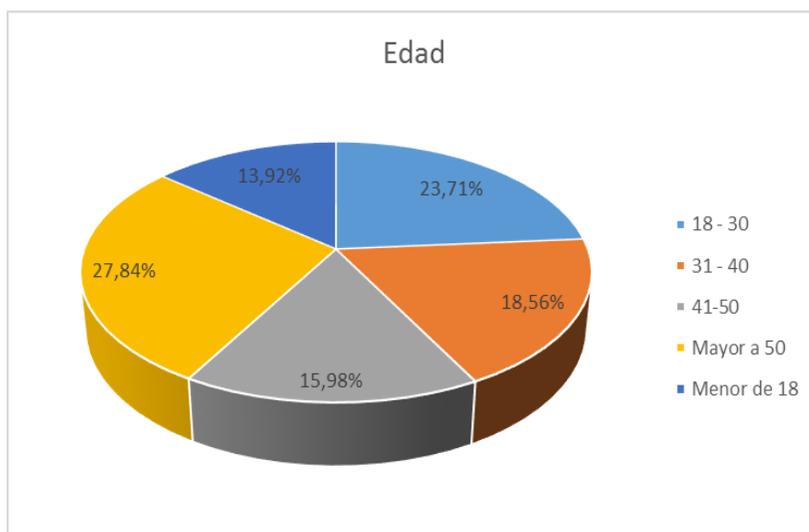


Figura 11 Edad de los Encuestados

Para el análisis Clúster Aplicado se formaron los siguientes 4 clústeres o grupos:

Clúster 1: Formado por 46 personas entre 18-30 y menores de 18 años que estudian o trabajan con educación básica y universitaria.

Clúster 2: Formado por 143 personas entre 18 y 30 años son deportistas o trabajan, y todos con estudios universitarios

Clúster 3: Formado por 5 personas, se caracteriza porque todos son de género masculino menores a 18 años que son deportistas.

Este estudio nos permitió evaluar la calidad del servicio en la perspectiva del usuario y se apoya en la concepción de los atributos de la calidad expuestas en el marco teórico tales como: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, aspectos tangibles, en conjunto con los estándares del modelo JCAHO y de las dimensiones expuestas en el marco metodológico.

En relación a los resultados de la presente investigación, los mismos permitieron identificar la satisfacción de la atención percibida por los pacientes según las dimensiones de la calidad propuestas y de los estándares relacionados del modelo elegido.

Analizamos la satisfacción del usuario externo en la dimensión de capacidad de respuesta que guardan relación al estándar accesibilidad y continuidad de la atención, las figuras N° 12 y 13 nos muestran que esta satisfacción está relacionada con el tiempo de espera por parte del paciente para ser atendido tanto en los trámites administrativos como previo a la consulta médica, con valores porcentuales de 86,60% y 84% que los pacientes manifestaron al ser atendidos en los tiempos de espera mínimos (entre 5 y 10 minutos).

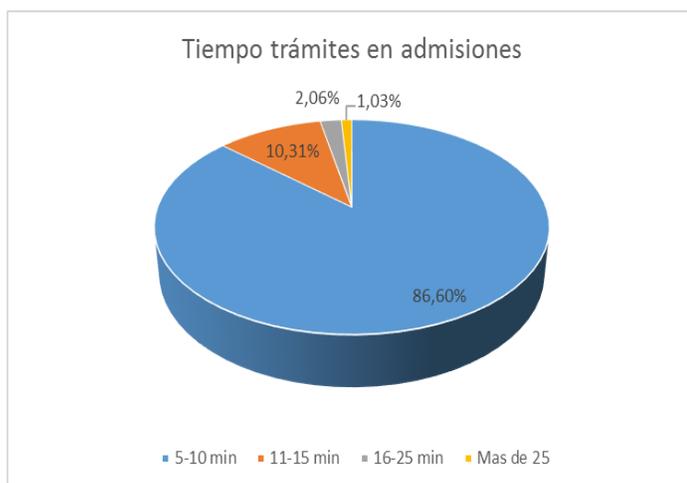


Figura 12 *Tiempo en admisiones*

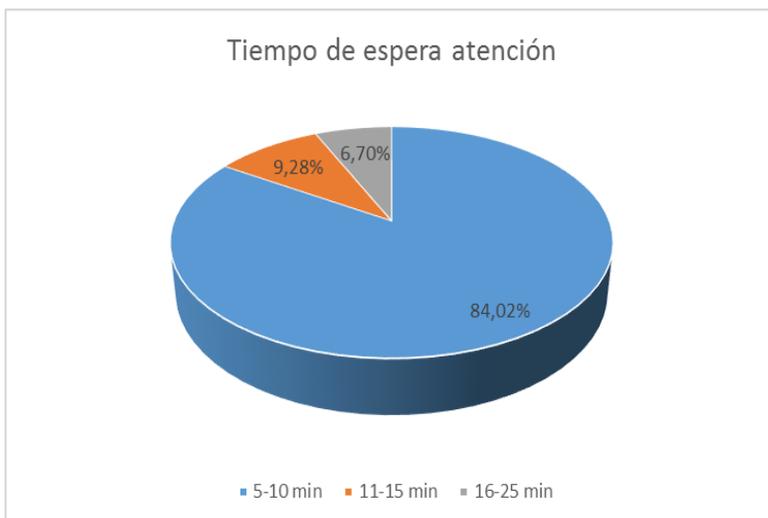


Figura 13 *Tiempo de espera atención*

En la dimensión de satisfacción de la Calidad encontramos que el 57,73% se siente satisfecho con la atención recibida por parte de la Clínica del Deportista al finalizar su tratamiento médico.

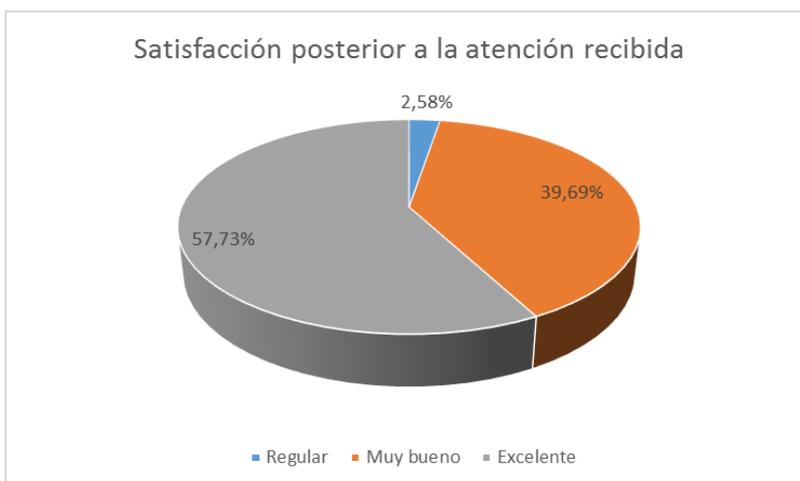


Figura 14 *Satisfacción de la atención recibida*

Con respecto a la variable información del paciente donde se evalúan aspectos tales como conocimiento, educación del paciente, y habilidades de comunicación,

encontramos algunos atributos, así tenemos que el 96,9% y el 88,6% de las opiniones afirmo haber recibido educación sobre el uso de medicamentos y de los equipos durante las sesiones de rehabilitación respectivamente.

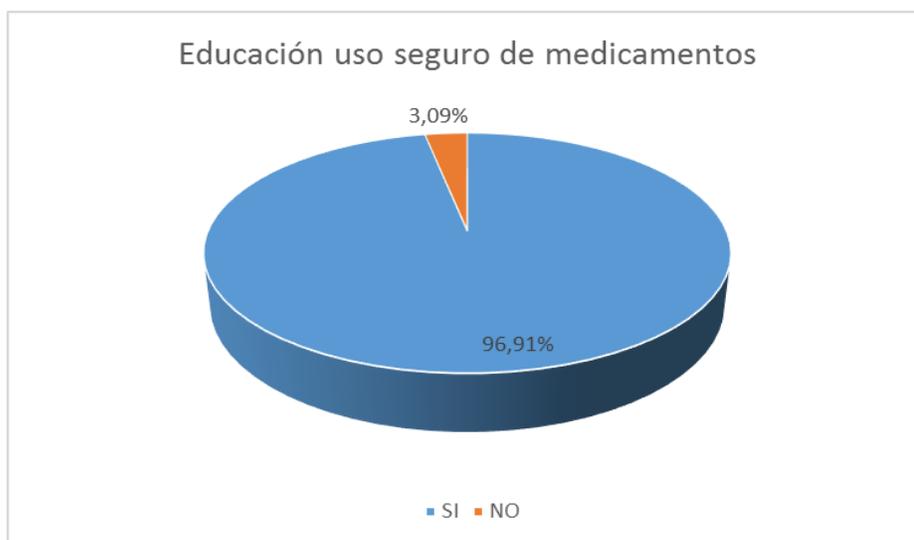


Figura 15 Educación uso de medicamentos

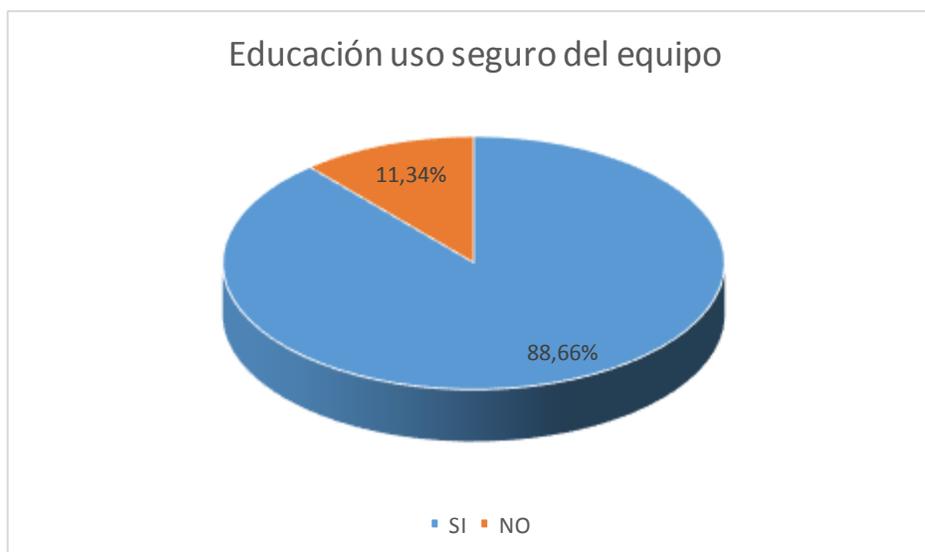


Figura 16 Educación uso equipo

Adicionalmente si las instrucciones recibidas fueron dadas en un formato comprensible, el 97,4% de los pacientes afirmó haber entendido las instrucciones

médicas por parte del profesional, aspectos relacionados a los estándares de educación del paciente y su familia.

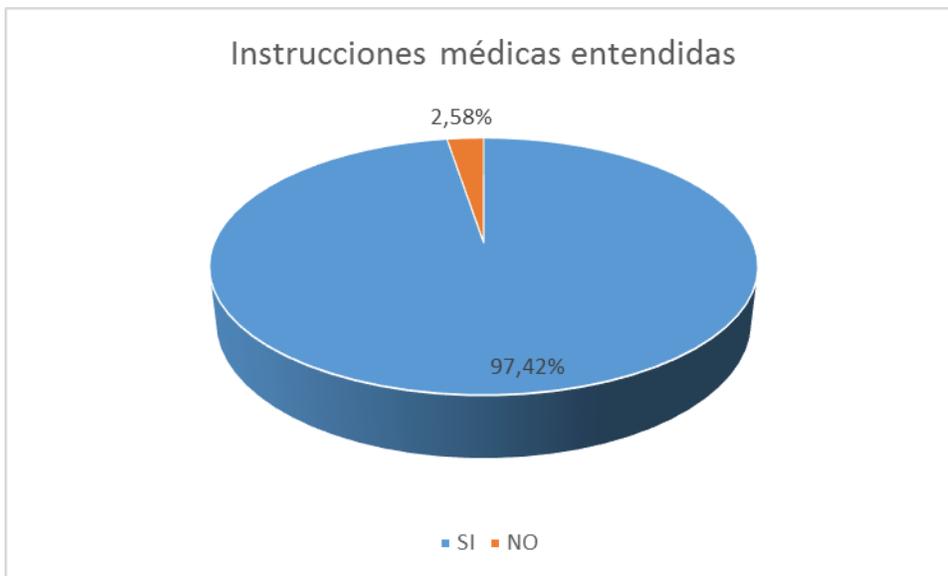


Figura 17 Instrucciones médicas entendidas

El grado de empatía que sintieron los pacientes encuestados en la Clínica del Deportista, fue medido considerando la gestión de quejas, donde se pudo observar que el 83,5% de las opiniones indican que no se recibe información sobre el procedimiento para manifestar una queja, según lo descrito en el estándar sobre los derechos del paciente y su familia, los pacientes son informados de sus derechos y de cómo actuar para ejercerlos.

Sin embargo durante la etapa de recopilación de información en las entrevistas realizadas, referente a este atributo se expuso que si han existido eventos de manifestación de quejas, las cuales se gestionaron de manera inmediata a fin de satisfacer las expectativas de los pacientes.

Por lo citado anteriormente se encuentra una oportunidad de mejora en este aspecto, a fin de promover los derechos de los pacientes.



Figura 18 Información sobre quejas

Para analizar atributos referentes a la actitud del personal y habilidades para inspirar confianza relacionados a los estándares de gestión y seguridad de la instalación se encontró que en promedio el 61,34% de los pacientes ha considerado como “Excelente” el trato recibido por parte de todo el personal de la Clínica del Deportista.

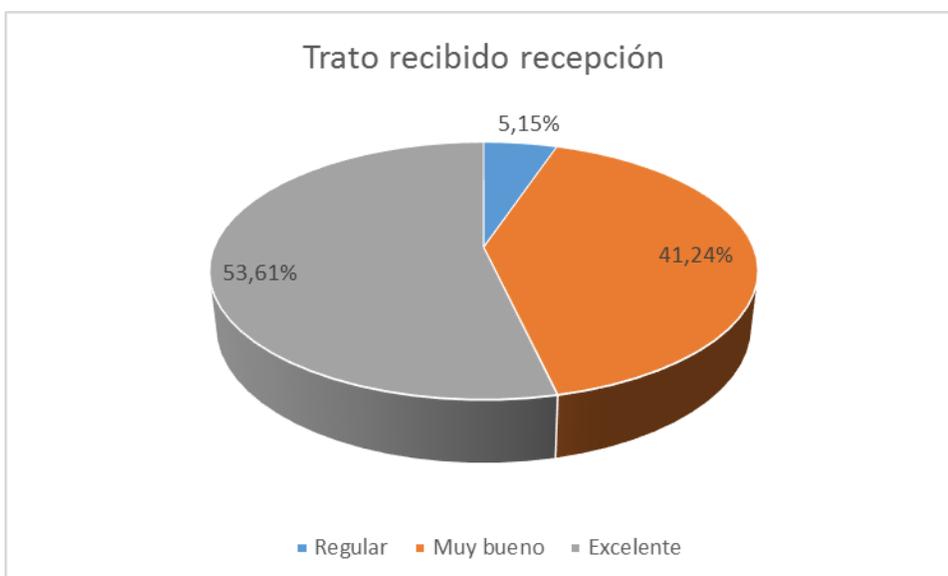


Figura 19 Trato recibido en admisiones

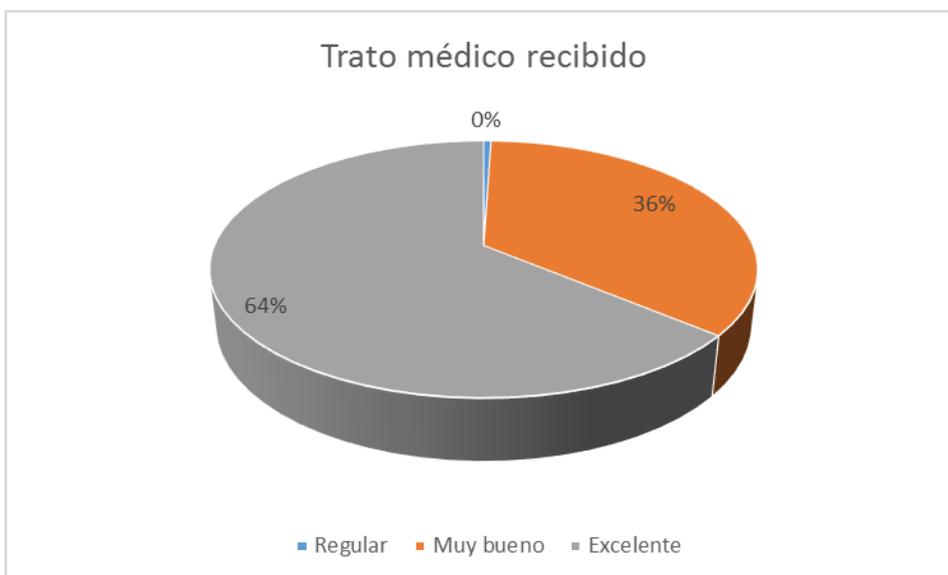


Figura 20 *Trato médico recibido*

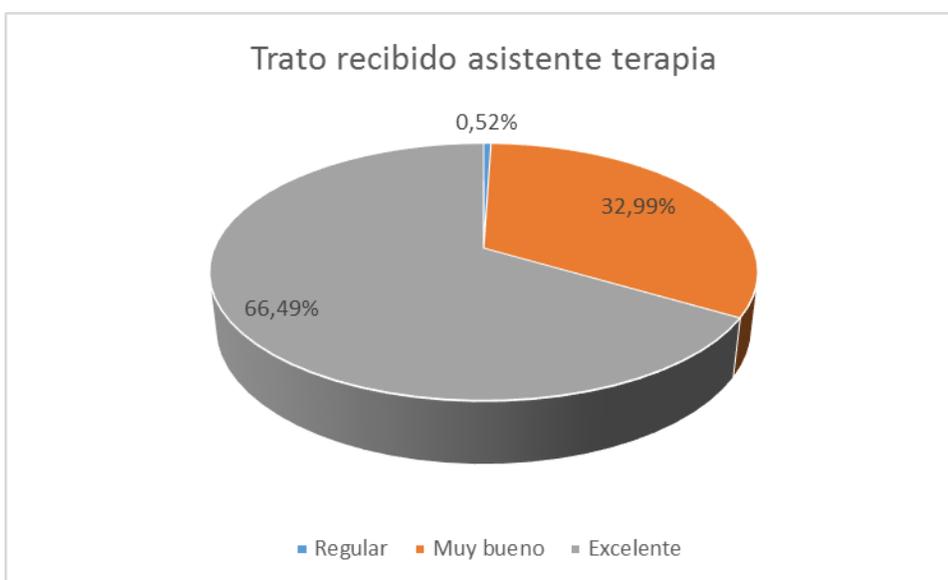


Figura 21 *Trato recibido por asistentes*

En la figura No 22, se observa que en su mayoría el personal que labora en la Clínica del Deportista, genera confianza en los pacientes que reciben el servicio de atención, según lo indica el 67,53% de las opiniones.

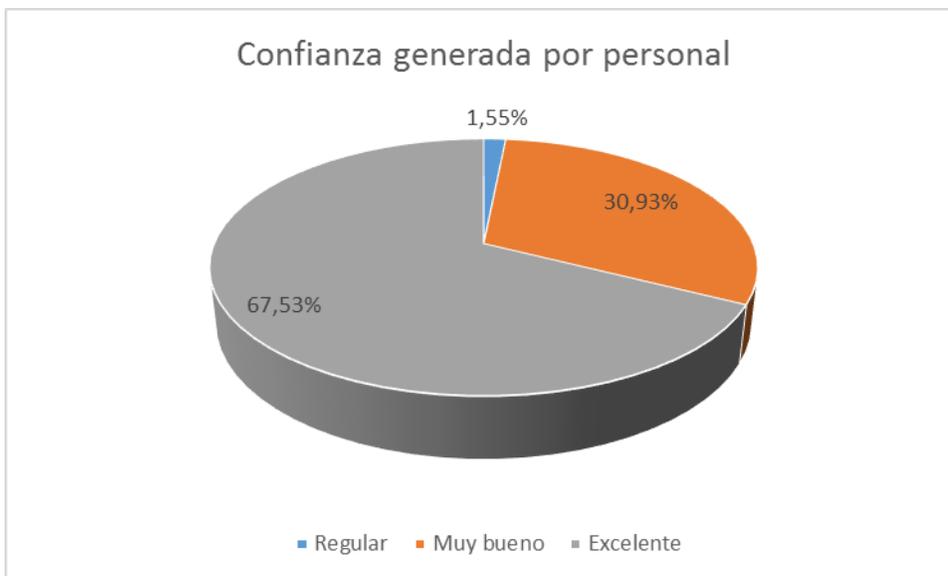


Figura 22 Confianza generada por el personal

Respecto al trato personalizado, donde se consultó a los pacientes si son llamados por su nombre está obtuvo valores porcentuales que alcanzan el 85,6%, dichos aspectos se relacionan a los objetivos internacionales de seguridad del paciente.

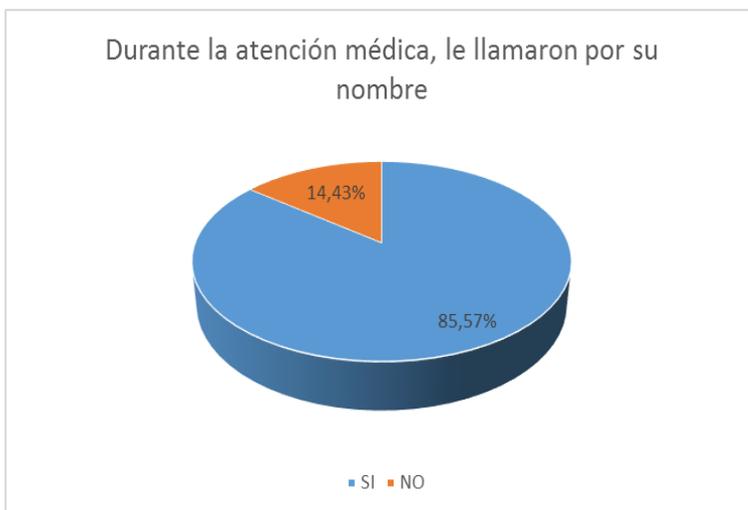


Figura 23 Trato Personalizado

En relación a las condiciones de privacidad, relacionados al estándar derechos del paciente y de su familia, podemos afirmar que el 40,21% de las opiniones estuvo

totalmente satisfecho, sin embargo la mayoría de los pacientes calificó con un 53,09% como “Muy Buena” las condiciones de privacidad ofrecidas por la Clínica.

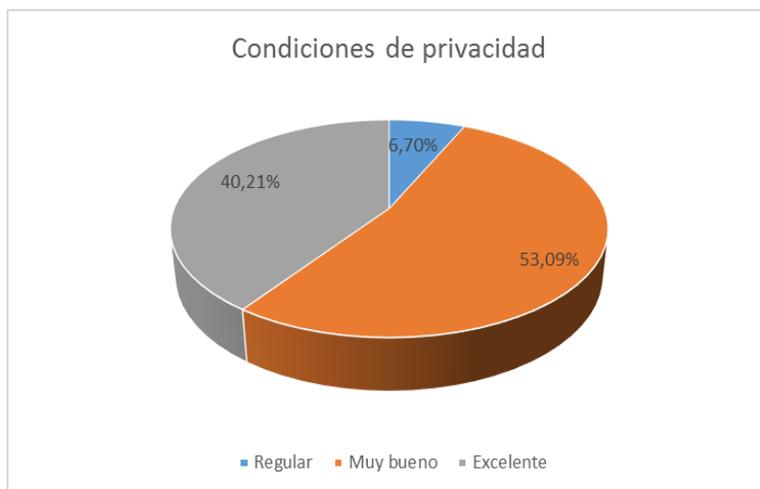


Figura 24 Condiciones de privacidad

Otro componente de las dimensiones de la calidad son aquellos aspectos tangibles del entorno físico relacionados al estándar de gestión y seguridad de la instalación del modelo de gestión evaluado, tales como la limpieza y aseo, infraestructura de los baños y salas de espera, consultorios y salas de rehabilitación, en el presente estudio el cerca del 60% de los pacientes consideró como “Muy Buena” la calificación para estos aspectos.

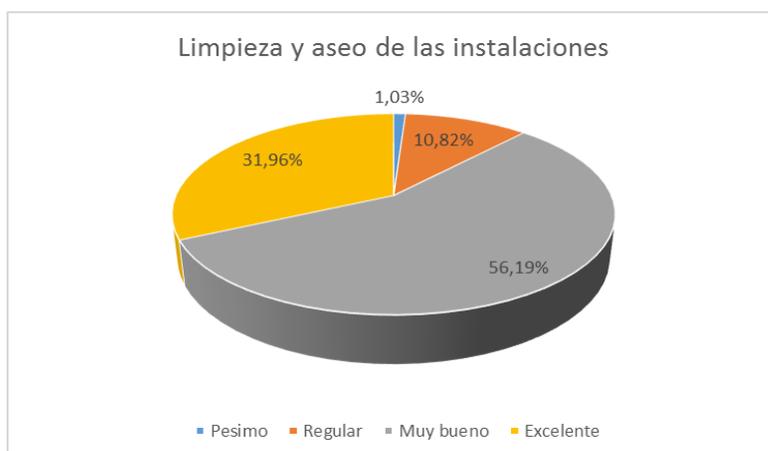


Figura 25 Limpieza y aseo de instalaciones

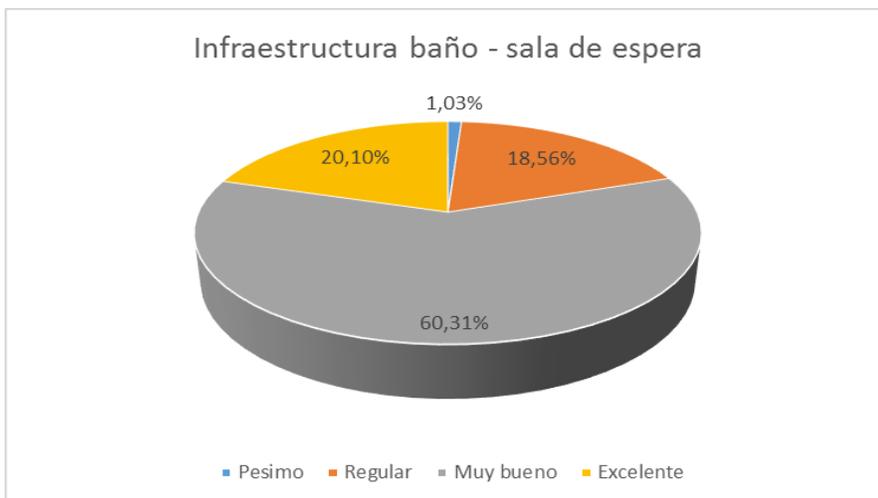


Figura 26 Infraestructura de baño y sala de espera

La percepción del paciente referente a los aspectos de infraestructura se registro en calificaciones aceptables, sin embargo entre las sugerencias se menciona que la misma debe mejorarse dotándose en términos de aspecto de paredes, comodidad de las sillas de espera en la sala de espera, adicionalmente se sugiere una reposición de las sábanas de las camillas.

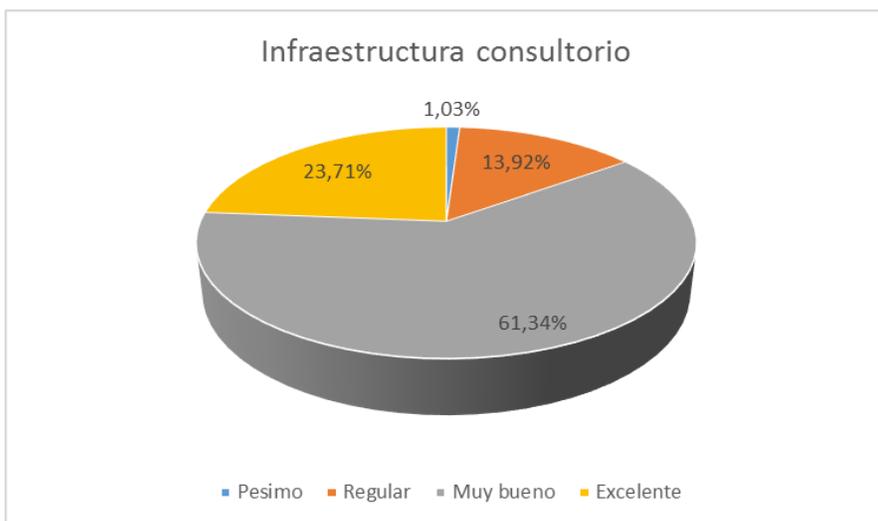


Figura 27 Infraestructura consultorio

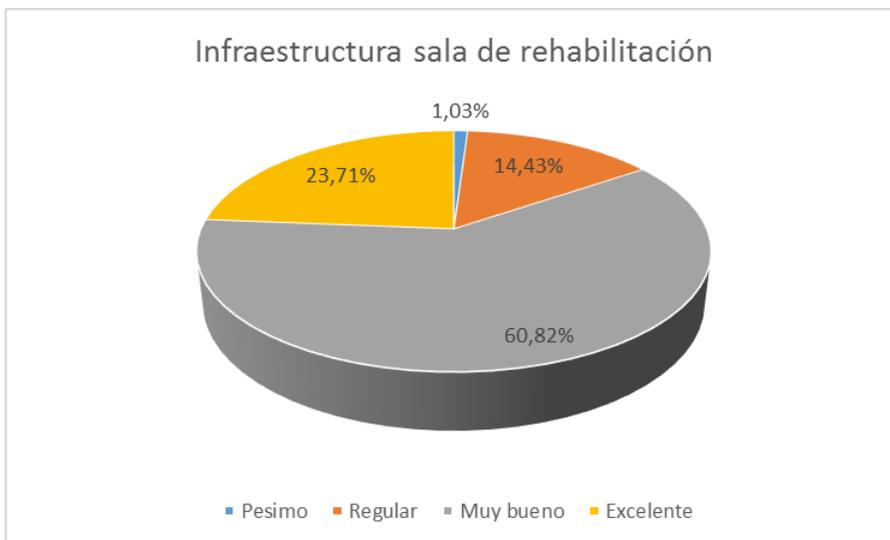


Figura 28 Infraestructura sala de rehabilitación

Se recoge además sugerencias y opiniones de los pacientes sobre la atención recibida que influyen aspectos tangibles, seguridad y capacidad de respuesta, en aspectos de Infraestructura, climatización, educación del paciente, mejora continua, condiciones de atención, equipamiento y servicios que las organizaciones implementan para proveer un entorno físico seguro conforme el estándares de gestión y seguridad de la instalación, en donde podemos observar que el 68% de los pacientes no dio ninguna sugerencia, la mayor cantidad de sugerencias estuvo en aspectos de infraestructura y condiciones de atención, alcanzando un valor porcentual del 14% y 7%.

En otros aspectos tales como Climatización, educación del paciente, mejora continua, equipamiento se obtuvo porcentajes de participación inferiores al 5%.

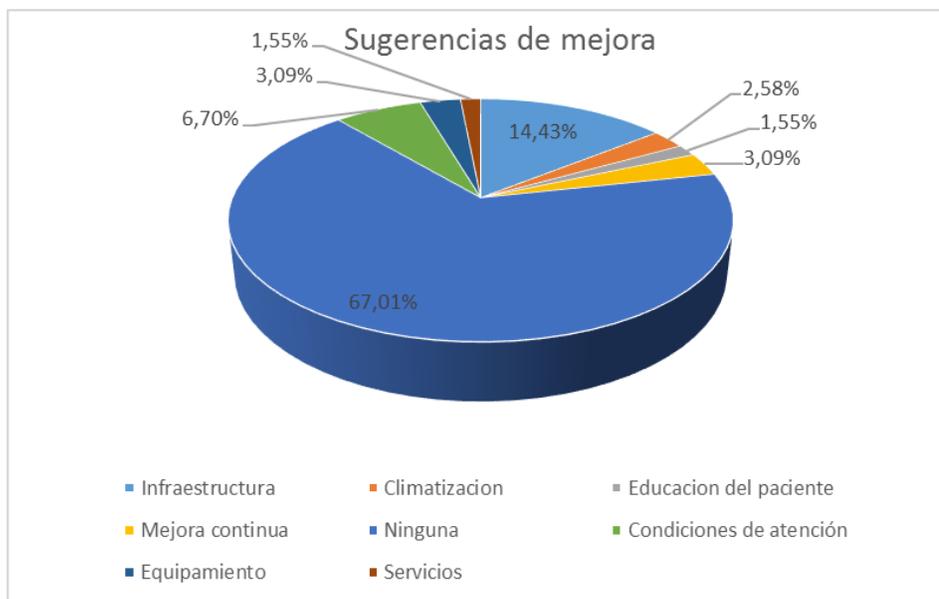


Figura 29 Sugerencias de mejora

3.4. Conclusiones

Referente a la Calidad de Atención percibida por los pacientes, las encuestas evidencian que el 57,73% está totalmente Satisfecho con la atención brindada por la Clínica del Deportista luego de finalizado su tratamiento, así también el 86.6% y 84% de las opiniones considera que el tiempo de atención en admisiones y el tiempo de espera para ser atendido por el profesional estuvo dentro de los rangos mínimos de entre 5 y 10 minutos, sin embargo entre las sugerencias se menciona un aspecto de puntualidad en el horario por lo cual la clínica del deportista podría reflexionar y revisar el procedimiento de citas médicas y tiempos de atención a fin de mejorar este aspecto.

Para el caso de la variable infraestructura en las dimensiones de Limpieza y aseo, el 56% de los pacientes encuestados considero como Muy bueno este aspecto, las condiciones del baño y sala de espera el 60,3% lo considera como Muy bueno, sin embargo existe un 21% que indico que es Regular, es este aspecto se recibieron las siguientes sugerencias:

- ✓ Contar con el servicio de TV por cable en sala de espera
- ✓ Mejorar el área de espera
- ✓ Mejorar infraestructura del baño.
- ✓ Mejorar la climatización de las instalaciones

En relación a la Infraestructura del consultorio y sala de rehabilitación, cerca del 61.3% de los encuestados lo considera adecuado, sin embargo existe un 15% que lo considera Regular, esto también se evidencia en las sugerencias de mejora recopiladas en el instrumento entre las cuales se indican las siguientes:

- ✓ Pintura y colocación de puertas en los consultorios
- ✓ Mejorar las divisiones de los consultorios
- ✓ Nuevos implementos en sala de rehabilitación
- ✓ Mayor climatización en la sala de rehabilitación
- ✓ Reposición de sábanas y almohadas en los consultorios.
- ✓ Cambio de colchones, los cuales se perciben duros por parte de los pacientes.

Así también el 93% de los pacientes manifestó en la encuesta que si cuenta con condiciones de privacidad adecuadas durante el proceso de atención.

Para la variable información al paciente medida a través de las dimensiones de comunicación tenemos, que el 83.5% de los pacientes no cuenta con información sobre el procedimiento para manifestar una queja, por lo cual este sería un punto importante de mejora para que la empresa demuestre mayor empatía para con los clientes, sus pacientes.

Llegar a determinar si la organización está brindando educación que respalda la participación del paciente en el proceso de atención, conforme los resultados obtenidos

el 96,9% es decir la mayoría de los pacientes considero que si recibe instrucciones sobre el uso seguro del medicamentos y un 88,7% cree que también recibió educación sobre el uso seguro del equipo médico. Sin embargo un porcentaje menor del 14% no estuvo satisfecho con este punto e indico los siguientes puntos a considerar entre sus sugerencias:

- ✓ Que exista comunicación de los servicios a través de otros medios como por ejemplo las redes sociales.
- ✓ Detallar por parte del médico y auxiliar con mayor amplitud en que consiste el tratamiento y los efectos esperados al recibir cada parte de la terapia.

En aspectos de comunicación 96% de las opiniones considera que hubo claridad en la información brindada en recepción, así también se evidencia en las encuestas que los pacientes consideran que el médico transmitió con claridad la información y sus instrucciones fueron entendidas, dichos aspectos están respaldados por el 99% y 97% de las respuestas respectivamente, aunque se obtuvo calificaciones altas es importante anotar las sugerencias de la retroalimentación recibida entre las cuales tenemos:

- ✓ Mayor atención a los ejercicios realizados por el paciente a fin de verificar que se hagan de forma correcta
- ✓ Profundizar un poco más la explicación dada para el tratamiento

Sobre el trato recibido por parte del médico, asistentes de fisioterapia y personal administrativo más de la mitad de los encuestados lo considero excelente en un 61,33% y Muy Bueno en un 38,26%.

Sobre la confianza generada por el personal el 67,3% y 30.9% de las opiniones lo consideró entre Muy Bueno y Excelente respectivamente, y el trato personalizado el 85,6% indica que fue llamado por su nombre durante su proceso de atención.

Como conclusión a los resultados, la satisfacción general y la atención recibida tuvo calificaciones altas, sin embargo existen aspectos como la infraestructura, condiciones de atención, apariencia y facilidades físicas de la clínica, equipo y materiales, que pueden mejorarse según lo indicado entre las sugerencias de los encuestados.

Por lo anterior se evidencia que factores de estructura tales como personal asistencial, edificio y/o consultorios así también de proceso, en la interacción de los pacientes con el servicio de salud brindado, están relacionadas con la calidad percibida por el paciente.

La encuesta planteada permitió conocer la opinión de los pacientes de la Clínica del Deportista de Guayaquil para mejorar la calidad del servicio asistencial prestado, así como la imagen de esta organización, que a pesar de sus limitaciones ha prestado el servicio por 16 años y cuenta con aceptación por parte de la comunidad.

En el Capítulo 4 se abordará una propuesta en base a los resultados de las encuestas, el modelo de gestión elegido a partir del marco teórico y de las necesidades identificadas en el proceso de investigación de la presente tesis.

CAPITULO 4

4.Planteamiento de la propuesta

En el presente capítulo se aplica el Modelo de Gestión elegido y se presentan los estándares, sus elementos de medición, se realiza el diagnóstico del cumplimiento actual de cada uno, para posteriormente sugerir las propuestas de mejora, en el cual se plantean propuestas para mejorar el nivel de calidad de la Clínica del Deportista, considerando los aspectos teóricos, la situación de la empresa y los resultados de las encuestas realizadas.

Para la realización de la presente tesis se sigue la metodología de aplicación de Estándares propuesto por el modelo JCAHO, tomando como fuente de información la recopilación de información obtenida por parte de la Deportista de Guayaquil en base a entrevistas con el Director del Centro quien narra la forma en la cual se llevan los procesos para luego identificar el grado de cumplimiento del estándar aplicado.

También se recopila información en base a la encuestas a los pacientes para lo cual se identificó estándares que estén relacionados a la atención ambulatoria que permitan recibir la retroalimentación por parte del paciente.

Como incentivo a esta propuesta, junto con la encuesta y estrategia de motivación para el llenado de la misma se obsequió un bolígrafo impreso con la marca de la Clínica del Deportista, incluyendo dirección y teléfonos de contacto, lo que a su vez también permitió promocionar a la misma.

Clínica Deportista
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO

Marque con una X su respuesta

Sexo: Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: Menor de 18 <input type="checkbox"/>	Entre 18 y 30 <input checked="" type="checkbox"/>	Entre 31 y 40 años <input type="checkbox"/>	Entre 41 y 50 años <input type="checkbox"/>	51 años y más <input type="checkbox"/>		
Actividad Principal: Trabajo <input type="checkbox"/>	Estudia <input type="checkbox"/>	Dueña de casa <input type="checkbox"/>	Casante <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	Deportista <input type="checkbox"/>	Estudios: Básica <input checked="" type="checkbox"/>	Universitaria <input type="checkbox"/>	Post Grado <input type="checkbox"/>

PREGUNTAS: Marque con una X su resp.

El tiempo que duraron los trámites administrativos y admisiones

Entre 5 y 10 minutos Entre 11 y 15 minutos Más de 25 minutos

El tiempo que espero para ser atendido por el profesional de su cita.

Entre 5 y 10 minutos Entre 11 y 15 minutos Más de 25 minutos

Durante su proceso de atención recibí educación sobre el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos

SI NO

Durante las sesiones de fisioterapia y/o rehabilitación recibí educación sobre el uso seguro y efectivo del equipamiento médico

SI NO

¿Se recibió información sobre el proceso para manifestar una queja, o diferencias de opinión

SI NO

Durante la atención médica le llamaron por su nombre o apellido

SI NO

Las instrucciones recibidas por parte del Profesional que le atendió se dieron en un formato comprensible

SI NO

Figura 30 Encuesta de Satisfacción Clínica del Deportista

El modelo JCAHO aplicado en la presente tesis, fue creado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica. La razón por la cual fue elegido es porque fue concebido específicamente para la atención sanitaria y contempla aspectos vinculantes con el tipo de actividad realizado por la Clínica del Deportista a diferencia de Modelo ISO cuyos requisitos de la norma internacional son genéricos, los cuales se aplican a todo tipo de organización y a cualquier producto o servicio ofrecido.

Por otro lado, el modelo de Excelencia EFQM aplicable a cualquier tipo de organización, grande o pequeñas, privada o pública, tampoco se ajusta por cuanto el mismo no fue desarrollado específicamente para medir objetivos relacionados a la atención sanitaria.

Se resume a continuación el planteamiento de la encuesta y el estándar relacionado con el modelo elegido, para ello se seleccionó aquellos estándares que están relacionados con el tipo de servicio que presta la Clínica del Deportista.

Tabla 1 Encuesta vs. Estándar JCAHO

Preguntas Encuesta	Estándar relacionado
El tiempo que duraron los trámites administrativos en admisiones	Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC) (ACC.1): Los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria, o inscritos para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización.
El tiempo que espero para ser atendido por el profesional el día de su cita	
Durante su proceso de atención recibió educación sobre el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos	Educación del paciente y de su familia (PFE) (PFE.4): La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, relacionados con la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipamiento médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y técnicas de rehabilitación. (PFE.6): Los profesionales sanitarios que atienden al paciente colaboran en la educación. Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC) (ACC.3.4) Los pacientes y, según sea adecuado, sus familias, reciben instrucciones de seguimiento comprensibles.
Durante las sesiones de fisioterapia y/o rehabilitación recibió educación sobre el uso seguro y efectivo del equipamiento médico	Objetivo Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG.6): Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas
Ha recibido información sobre el proceso para manifestar una queja, o diferencias de opinión	Derechos del paciente y su familia (PFR) (PFR.3): La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su proceso para recibir y tomar medidas respecto a quejas, conflictos
Durante la atención médica le llamaron por su nombre o apellido	Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente: (IPSG.1): Identificar correctamente a los pacientes (IPSG.2): Mejorar la comunicación efectiva
Las instrucciones recibidas por parte del Profesional que le atendió se dieron en un formato comprensible	Educación del paciente y de su familia (PFE) (PFE.4): La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, relacionados con la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipamiento médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional y técnicas de rehabilitación. (PFE.6): Los profesionales sanitarios que atienden al paciente colaboran en la educación. Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC) (ACC.3.4): Los pacientes y, según sea adecuado, sus familias, reciben instrucciones de seguimiento comprensibles.
Satisfacción a: Trato recibido por parte del médico, personal administrativo, asistente de terapia	Gestión y seguridad de la instalación (FMS) (FMS.11): La organización forma y capacita a todos los miembros del personal sobre sus roles para proporcionar una instalación de atención al paciente segura y efectiva.
La CONFIANZA que le generó el personal que le atendió	Gestión y uso de medicamentos (MMU) (MMU.7): Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes. Atención de pacientes (COP) (COP.2): Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente Evaluación de Pacientes (AOP) (AOP.3): Las evaluaciones y reevaluaciones las realizan personas calificadas
La CLARIDAD DE LA INFORMACIÓN brindada por parte del Médico Tratante, Personal Administrativo, Atención Personal Auxiliar.	Educación del paciente y de su familia (PFE) (PFE.1): La organización proporciona educación que respalda la participación del paciente y de la familia en los procesos de atención. (PFE.5): Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente y el personal para facilitar el aprendizaje. (PFE.6): Los profesionales sanitarios que atienden al paciente colaboran en la educación. Derechos del paciente y de su familia (PFR) (PFR.5): Todos los pacientes son informados sobre sus derechos y deberes en un formato y con un lenguaje que puedan comprender
Satisfacción Posterior a la atención recibida	Evaluación de pacientes (AOP) (AOP.2): Se reevalúa a todos los pacientes, a intervalos adaptados a su situación, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.
Las CONDICIONES DE PRIVACIDAD para su atención	Derechos del paciente y de su familia (PFR) (PFR.1): La organización es responsable de facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención. (PFR.1.2): La atención respeta la necesidad de intimidad del paciente
La LIMPIEZA Y ASEO de las instalaciones (Salas de Espera, Consultorios, Baños y demás sitios para su atención)	Gestión y seguridad de la instalación (FMS) (FMS.4): La organización planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.
Infraestructura Baño-Sala espera	
La infraestructura del Consultorio presenta las condiciones adecuadas para su atención	
La Infraestructura de la Sala Rehabilitación presenta las condiciones adecuadas para su atención	

4.1. Aplicación modelo JCAHO Clínica del Deportista de Guayaquil

La Joint Comission International en su publicación del año 2011, clasifica los estándares para la acreditación en dos secciones, se mencionan exclusivamente aquellos estándares aplicados a la Clínica del Deportista.

Por lo indicado en el Capítulo anterior el Modelo JCAHO es el que presenta la mayor afinidad con las actividades desarrolladas por la clínica del deportista y es el que se propone implementar.

Estándares centrados en el Paciente:

- ✓ Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG)
- ✓ Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)
- ✓ Derechos del paciente y de su familia (PFR)
- ✓ Atención del paciente(COP)

Educación del paciente y de su familia (PFE)

Estándares centrados en la gestión de la Organización Sanitaria.

- ✓ Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)
- ✓ Prevención y control de infecciones (PCI)
- ✓ Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)
- ✓ Manejo de la comunicación y la información (MCI)
- ✓ Gestión y seguridad de la instalación(FMS)
- ✓ Cualificaciones y educación del personal (SQE)

Se describe a continuación cual es el cumplimiento actual en función de cada uno de los estándares aplicados a la Clínica del Deportista de Guayaquil.

4.1.1.Objetivos Internacionales para la seguridad del paciente (IPSG)

Su propósito fundamental es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Estos objetivos están directamente relacionados con los siguientes aspectos referentes a la identificación adecuada del paciente, comunicación efectiva, reducción de riesgo de infecciones y caídas (JCI, 2011).

4.1.1.1.IPSG1.- Identificar correctamente a los pacientes

Elementos Medibles.-

1. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.
2. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica de identificación del paciente consistente en todas las situaciones y en todas las áreas de la organización

Cumplimiento actual.- Se realiza en recepción de la ficha medica cada vez que un paciente es atendido, y se le asigna un número de historia clínica por medio de una secuencia numérica, por lo cual este estándar no estaría cubierto.

4.1.1.2.IPSG2 Mejorar la comunicación efectiva

La organización desarrolla un enfoque para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales. (JCI, 2011:p. 38).

Elementos medibles:

1. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal anota la orden o resultado del análisis.
2. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal vuelve a leer dicha orden o resultado.
3. La orden o el resultado del análisis son confirmados por la persona que los dio.

4. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica consistente para la verificación de la comunicación verbal o telefónica.

Cumplimiento actual.- El asistente de fisioterapia anota las indicaciones del profesional, en la bitácora, la cual es confirmada mediante el procedimiento clínico de revisión física.

4.1.1.3.ISPG 5.- Reducción del riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria

La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria. (JCI, 2011:p. 40).

Elementos medibles

1. La organización adoptó o adaptó guías para la higiene de manos actualmente publicadas y generalmente aceptadas.
2. La organización implementa un programa efectivo para la higiene de manos.
3. Se desarrollan políticas y/o procedimientos para reducir continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Cumplimiento actual.- Se usan guantes de exámenes, así como antisépticos cada hora y guantes por ejemplo: para extraer líquido sinovial de una rodilla lesionada realizado por el profesional.

4.1.1.4.ISPG 6.- Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas

La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas. (JCI, 2011:p. 40).

Elementos Medibles

1. La organización implementa un proceso para la evaluación inicial del riesgo de caídas del paciente y una reevaluación del paciente cuando así lo indique un cambio su estado, su medicación, etc.
2. Se implementan medidas para reducir el riesgo de caídas en los pacientes con riesgo de caídas identificado.
3. Se monitorizan los resultados obtenidos por las medidas implementadas, tanto el éxito en la reducción del daño producido por caídas como cualquier consecuencia no intencionada relacionada.
4. Las políticas y los procedimientos apoyan la reducción continua del riesgo de daño al paciente producido por caídas en la organización.

Cumplimiento actual.- De acuerdo a las evaluaciones y valoraciones periódicas realizadas por el profesional para el riesgo de caídas, por ejemplo en pacientes con derrame cerebral se le enseñan técnicas, o en pacientes con fracturas tener precaución usando un andador, el estándar estaría parcialmente cubierto debido a que en las encuestas realizadas se hace una observación referente a este punto donde los pacientes solicitan mayor atención.

4.1.2. Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)

4.1.2.1. ACC1.- Admisión en la organización

El objetivo es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención sanitaria del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en la organización y planificar el alta y el seguimiento. (JCI, 2011:p. 43).

Elementos medibles:

1. El cribado se inicia en el momento del primer contacto, dentro de la organización.
2. Según los resultados del cribado, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos de la organización.
3. Sólo se acepta a los pacientes si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención
4. Existe un proceso para proporcionar los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de determinar si el paciente deberá ser admitido, transferido o derivado.

Cumplimiento actual.- Se admite al paciente por medio de la historia clínica o puede ser derivado a otro profesional como traumatólogos o neurólogos fisiatras.

4.1.2.2.ACC2.- Continuidad de la atención

1. Los líderes de servicios y áreas diseñan e implementan procesos que respaldan la continuidad y la coordinación de la atención, incluidos aquellos identificados en la declaración de intención.
2. La indicación de los traslados dentro de la organización se determina mediante normas o criterios establecidos.
3. La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de atención al paciente.
4. La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.

Cumplimiento actual.- Según la información obtenida la continuidad depende del pronóstico con las evaluaciones, de acuerdo a las valoraciones, realizando maniobras diagnosticas de los progresos, valorar es decir analizando los progresos en virtud del

tratamiento aplicado frente a las actividades que realiza el paciente como caminar sin cojear, sin embargo el estándar estaría parcialmente cubierto por cuanto existieron además observaciones en la encuesta en donde se evidencia que el paciente percibió una falta de coordinación entre los asistentes de fisioterapia al momento de recibir su tratamiento.

4.1.2.3.ACC3.- Alta, derivación y seguimiento

Elementos Medibles:

1. Se da de alta o deriva al paciente en base a sus necesidades de atención continuada.
2. Se determina si el paciente está listo para el alta utilizando criterios predeterminados que garantizan la seguridad del paciente
3. Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan temprano en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluye a la familia.
4. Se deriva y/o da el alta a los pacientes en función de sus necesidades.

Cumplimiento actual.- El estándar se encuentra cubierto, en base a la valoración y evaluación realizada a los pacientes, citando un ejemplo: una vez que se aplica un tratamiento de diez días al paciente, al quinto día se verifica en una nueva valoración para dar el respectivo seguimiento o en su defecto la derivación a otro profesional en la rama médica requerida.

4.1.3.Derechos del paciente y de su familia (PFR)

A fin de promover los derechos del paciente dentro de una organización sanitaria, se comienza definir dichos derechos y se educa a los pacientes y al personal sobre los mismos. (JCI, 2011).

4.1.3.1. PFR1.- Organización es responsable de facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes

Elementos Medibles

1. Los líderes de la organización trabajan con un proceso participativo para proteger y anticipar los derechos de los pacientes y las familias.
2. Los líderes comprenden los derechos de los pacientes y las familias
3. La organización respeta el derecho de los pacientes

Cumplimiento actual.- Se inculca al personal que el trato deber ser igualitario para todos los pacientes.

4.1.3.2.PFR2.- La organización apoya los derechos de los pacientes en el proceso de atención.

Elementos Medibles

1. Se elaboran políticas y procedimientos para apoyar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.
2. Las políticas y procedimientos respaldan el derecho del paciente a solicitar una segunda opinión.

Cumplimiento actual.- El estándar está cubierto, ya que se explica que el paciente debe reposar en un ambiente agradable y que debe estar en casa, solicitando que sean participativos indicándoles los ejercicios y en cuales condiciones deben realizarse.

4.1.3.3.PFR3.- La organización informa a los pacientes sobre su proceso respecto a quejas.

Elementos Medibles.-

1. Los pacientes son informados del proceso para manifestar una queja, conflicto o diferencias de opinión y del proceso para hacerlo.
2. Las quejas, conflictos y diferencias de opinión se investigan por parte de la organización.

Cumplimiento actual.- No existe un esquema formal que informe a los pacientes el proceso para manifestar una queja, sin embargo cuando un paciente está inconforme por algún tipo de error o malentendido lo manifiesta directamente al profesional o en la recepción, y en ese momento se ejecutan todos los esfuerzos para que el paciente salga satisfecho por lo que el estándar no se encontraría cubierto.

4.1.3.4.PFR4.- Los miembros del personal reciben educación sobre la protección de los derechos del paciente.

Elementos Medibles.-

1. Los miembros del personal comprenden su rol en la identificación de los valores y creencias de un paciente y su familia y el modo en que tales valores y creencias pueden respetarse en el proceso de atención.
2. Los miembros del personal comprenden su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.

Cumplimiento actual.- Se inculca al personal que el trato a los pacientes debe ser igualitario por lo cual el estándar se encuentra cubierto.

4.1.3.5.PFR5.-Todos los pacientes son informados sobre sus derechos y deberes.

Elementos Medibles.-

1. Se entrega información a cada paciente sobre sus derechos y responsabilidades.
2. La definición de derechos y deberes está expuesta en la organización o accesible continuamente de otra forma para los profesionales.

Cumplimiento actual.- Se evidencia un cumplimiento parcial, aun cuando la información sobre sus responsabilidades está disponible en la ficha médica de igual forma se da la información de manera verbal como sugerencias de mejora, existen sugerencias en las encuestas que indican que el paciente desea conocer a mayor detalle la información sobre el tratamiento.

4.1.3.6.PFR6.- El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido por la organización.

Elementos Medibles.-

1. La organización cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos.
2. Se capacita al personal designado a fin de implementar las políticas y los procedimientos.

Cumplimiento actual.- No está oficialmente documentado en una política y procedimiento, sin embargo el estándar se cumple por medio de la resolución de dudas y preguntas por parte del profesional y/o asistentes, se capacita al personal por medio de charlas sobre cómo proceder.

4.1.4. Atención de pacientes (COP)

Proporcionar la atención más adecuada en un entorno que apoye y responda a las necesidades únicas de cada paciente. (JCI, 2011:p. 16).

4.1.4.1.COP1.- Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes.

Elementos Medibles:

1. Los líderes de la organización colaboran para proporcionar procesos de atención uniformes.
2. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan las leyes y reglamentaciones relevantes.

Cumplimiento actual:

Existe colaboración por parte de los líderes para que exista fluidez en al proceso de atención, por ejemplo dado el caso el líder también ejecuta labores realizadas por los asistentes de fisioterapia

4.1.4.2.COP.2.- Existe un proceso para coordinar la atención al paciente

Elementos Medibles:

1. La planificación de la atención está integrada y coordinada entre entornos, departamentos y servicios.
2. La prestación de atención está integrada y coordinada entre entornos, departamentos y servicios.
3. Los resultados o conclusiones de las reuniones de cualquier equipo de atención del paciente u otras discusiones hechas en forma conjunta se anotan en la historia clínica del paciente.

Cumplimiento actual: Aunque existe integración en la atención del paciente entre los departamentos y servicios por medio del uso de intercomunicadores y los resultados que se anotan en la historia clínica del paciente, existen sugerencias en la encuesta que evidencia que la percepción del paciente en la coordinación existente entre los auxiliares de fisioterapia puede mejorarse por lo cual el estándar estaría parcialmente cubierto.

4.1.4.3.COP.3.- Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo.

Elementos Medibles:

1. Los líderes de la organización identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo.
2. Los líderes elaboran políticas y procedimientos aplicables.
3. El personal recibe capacitación y emplea las políticas y procedimientos para guiar la atención.

Cumplimiento actual: Se cubre el estándar por cuanto se identifica a los pacientes de alto riesgo como por ej. personas de la 3era edad, que son cardiopatas, que sufren artrosis severa, así también personas con derrame cerebral, se registran las indicaciones en la bitácora de control diario y en la ficha médica.

4.1.4.4.COP.6 Los pacientes reciben apoyo para la gestión del dolor

Elementos Medibles:

1. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para identificar a los pacientes que padecen dolor.
2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme a las guías sobre gestión del dolor.

3. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para comunicarse con los pacientes y las familias y educarlos, respecto al dolor.

4. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para educar al personal sobre el dolor

Cumplimiento actual: Se cubre el estándar debido a que actualmente se realiza la evaluación, valoración diagnóstico y tratamiento considerando los síntomas de dolor del paciente.

4.1.5.Educación del paciente y de su familia (PFE)

La educación del paciente y de su familia ayuda a los pacientes a mejorar su participación en la atención y a tomar decisiones informadas. (JCI, 2011:p. 131).

4.1.5.1.PFE.1.- La organización proporciona educación que respalda la participación del paciente en el proceso de atención.

Elementos Medibles

1. La organización planifica la educación según su misión, sus servicios y su población de pacientes.
2. Existe una estructura o mecanismo para la educación en toda la organización.
3. La estructura y los recursos educativos se organizan de manera efectiva.

Cumplimiento actual.- El estándar se cumple parcialmente, ya que a pesar de dar la explicación al paciente sobre los pasos que debe seguir y que son parte de sus deberes en el tratamiento existen sugerencias dadas por los pacientes en la encuesta donde solicitan que se explique con mayor amplitud los detalles y efectos esperados en cada parte de la etapa del tratamiento.

4.1.5.2.PFE.2.-Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su historia clínica.

Elementos medibles

1. Se evalúan las necesidades educativas del paciente y su familia.
2. Los hallazgos de las evaluaciones de necesidades educativas se documentan en la historia clínica del paciente.
3. Todo el personal registra la educación del paciente de manera uniforme.

Cumplimiento actual.- No se registran las necesidades educativas en la historia clínica del paciente, en la consulta se brinda explicación del tratamiento a seguir por parte del paciente con apoyo de su familia por lo que el estándar no estaría cubierto.

4.1.5.3.PFE.3.-La educación y la capacitación ayudan a atender las necesidades sanitarias constantes del paciente.

Elemento Medible:

1. Los pacientes y las familias reciben educación y capacitación para cubrir sus necesidades sanitarias constantes o para alcanzar sus objetivos sanitarios.

Cumplimiento actual.- En la consulta se brinda explicación del tratamiento a seguir por parte del paciente con apoyo de su familia, sin embargo para algunos de los pacientes encuestados este punto debería reforzarse por lo que el estándar estaría parcialmente cubierto.

4.1.5.4.PFE.4.-La educación del paciente y de su familia incluye los temas relacionados con la atención del paciente.

Elementos Medibles

1. Cuando esté relacionado con su proceso de atención, los pacientes y las familias reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos, sus

potenciales efectos secundarios y la prevención de interacciones potenciales entre medicación o entre alimentos y medicación.

2. Cuando esté relacionado con su proceso de atención, los pacientes y las familias reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipamiento médico.

Cumplimiento Actual.- Se da indicaciones al paciente en el tratamiento a seguir, por ejemplo al estar con el equipo electromédico se indica que no se mueva porque se puede desconectar así como el manejo de los nervios, sin embargo en las encuestas se manifiesta que debería prestarse mayor atención en la realización de los ejercicios de rehabilitación por parte de los auxiliares de fisioterapia para asegurar su correcta realización por lo que el estándar se encuentra parcialmente cubierto.

4.1.5.5.PFE.5.- Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente.

Elementos Medibles

1. Hay un proceso para verificar que los pacientes y la familia reciben y comprenden la educación proporcionada.
2. Quienes imparten educación animan los pacientes y a las familias a hacer preguntas y a decir lo que piensan, como participantes activos.
3. La información verbal se refuerza con material escrito, que está relacionado con las necesidades del paciente y las preferencias de aprendizaje del paciente y de su familia.

Cumplimiento Actual: Se da las instrucciones al paciente y su familia sobre el tratamiento a seguir de forma verbal, aunque no se refuerza con material escrito por lo cual el estándar estaría parcialmente cubierto.

4.1.5.6. PFE.6.- Los profesionales sanitarios que atienden al paciente colaboran en la educación.

Elementos Medibles:

1. La educación del paciente y de su familia se proporciona interdisciplinariamente cuando sea necesario.
2. Quienes imparten educación tienen el conocimiento sobre el tema necesarios para hacerlo.

Cumplimiento Actual: Cubierto, se da las instrucciones al paciente y su familia sobre el tratamiento a seguir, sin embargo es importante una reflexión interna por parte de la empresa para reforzar la comunicación haciéndola más efectiva.

4.1.5.7.Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)

Se describe un enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente y busca la reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal es integral a la mejora general de la calidad. (JCI, 2011:p. 139)

4.1.5.8.QPS.1.-Los responsables de administrar la organización participan en la planificación de un programa de mejora de la calidad

Elementos Medibles:

1. El liderazgo de la organización participa en la elaboración del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
2. El liderazgo de la organización participa en la medición del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. El liderazgo de la organización establece el proceso o mecanismo de supervisión para el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Cumplimiento actual: No existe un programa de mejora de calidad y seguridad del paciente.

4.1.5.9.QPS.2.- La organización diseña sistemas y procesos nuevos y modificados conforme a los principios de mejora de la calidad.

Elementos Medibles:

1. Los principios y las herramientas de mejora de calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados.
2. Los elementos identificados en la intención del estándar se tienen en cuenta cuando son relevantes para el proceso que se está diseñando o modificando.
3. Se seleccionan medidas para evaluar el funcionamiento del proceso recién diseñado o rediseñado.
4. Se utilizan datos de medidas para evaluar el funcionamiento constante del proceso.

Cumplimiento actual: No existen procesos nuevos debido a limitantes de infraestructura y equipamientos.

4.1.5.10.QPS.3.- Los líderes de la organización identifican medidas claves proceso y resultados para utilizar en el plan de mejora de calidad.

Elementos Medibles:

1. Los líderes de la organización identifican las áreas relevantes para la medición y la mejora.
2. La medición forma parte del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

3. Los resultados de la medición se comunican al mecanismo de supervisión, así como periódicamente a los líderes de la organización y a la estructura de gobierno de la organización.

Cumplimiento actual: No existe un programa de mejora de calidad y seguridad del paciente.

4.1.5.11.QPS.4.-Personas con la experiencia, el conocimiento agregan y analizan los datos en la organización.

Elementos Medibles:

1. Los datos se agregan, se analizan y se transforman en información útil.
2. Las personas con la experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.
3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.
4. Se informa de los resultados del análisis a las personas responsables de la toma de decisiones.

Cumplimiento actual: No se implementa el análisis sistemático de los datos de la organización, ya que no existe la información de manera digital y sistematizada.

Actualmente la información se almacena en archiveros a los cuales se accesa por medio de números de secuencia que se encuentran registrados en un archivo en formato excel.

4.1.5.12.QPS.5.- La organización tiene un proceso para validar los datos.

Elementos Medibles:

1. La organización incorpora la validación de los datos dentro de los procesos de gestión y mejora de calidad.

2. La organización tiene un proceso interno para validar los datos

Cumplimiento actual: No existe un procedimiento de validación de datos, solo se ingresa datos nuevos.

4.1.5.13.QPS.10.- Se emprenden actividades de mejora y de seguridad para las áreas prioritarias que identifican los líderes de la organización.

Elementos Medibles:

1. Las áreas prioritarias que identifican los líderes de la organización se incluyen en las actividades de mejora.
2. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros recursos necesarios para llevar a cabo las mejoras.
3. Los cambios se planifican y se prueban.

Cumplimiento actual: No existen actividades de mejora y de seguridad para las áreas prioritarias, debido a limitantes de presupuestos.

4.1.5.14.QPS.11.-Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos

Elementos Medibles:

1. Los líderes de la organización adoptan un marco para la gestión de riesgos
2. La organización lleva a cabo y documenta el uso de una herramienta proactiva de reducción de riesgos, al menos una vez por año, sobre uno de los procesos de riesgo prioritario.
3. Los líderes de la organización toman medidas para rediseñar los procesos de alto riesgo basándose en el análisis.

Cumplimiento actual: No existen programas de gestión de riesgo.

4.1.6.Prevencción y control de infecciones (PCI)

(JCI, 2011) El objetivo del programa de prevención y control de infecciones de una organización es identificar y disminuir los riesgos de contracción y transmisión de infecciones entre los pacientes, el personal, los profesionales sanitarios, los trabajadores contratados, los voluntarios, los estudiantes y las visitas.

4.1.6.1.PCI.1.- Una o más personas supervisan las actividades de prevención y control de infecciones.

Elementos Medibles:

1. Una o más personas supervisan el programa de prevención y control de infecciones.
2. La o las personas están cualificadas de acuerdo con el tamaño de la organización, los niveles de riesgo y el alcance y la complejidad del programa.

Cumplimiento Actual: La supervisión se realiza por parte del profesional director de la organización

4.1.6.2.PCI.2.- Existe un mecanismo de coordinación diseñado para todas las actividades de prevención y control de infecciones.

Elementos Medibles:

1. Existe un mecanismo diseñado para la coordinación del programa de prevención y control de infecciones que involucran a médicos, personal de enfermería y demás personas, según sea adecuado para el tamaño y la complejidad de la organización.
2. La coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones implica la participación de los médicos.

Cumplimiento Actual:

El mecanismo implementado para coordinar la prevención de infecciones es el uso de gel antiséptico y continua higiene en las manos por parte del profesional y /o asistentes de fisioterapia

4.1.6.3.PCI.4.- Los líderes de la organización proporcionan recursos para respaldar el programa de prevención y control de infecciones.

Elementos Medibles:

1. El programa de prevención y control de infecciones cuenta con el personal adecuado, conforme a lo aprobado por el liderazgo.
2. Los líderes de la organización asignan recursos adecuados para el programa de prevención y control de infecciones.

Cumplimiento Actual.- Se proporciona los insumos necesarios para cumplir con la política de aseo, e higiene en la organización.

4.1.6.4. PCI.7 La organización identifica los procedimientos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir dicho riesgo.

Elementos medibles:

1. La organización identifica los procesos asociados con el riesgo de infección.
2. La organización implementa estrategias para reducir el riesgo de infección en esos procesos.
3. La organización identifica qué riesgos requieren políticas y/o procedimientos, educación del personal, cambios de práctica y otras actividades para apoyar la reducción de riesgos.

Cumplimiento actual: El mecanismo implementado para coordinar la prevención de infecciones es el uso de gel antiséptico y continua higiene en las manos por parte del profesional y /o asistentes de fisioterapia, se identifican los riesgos de infección y se instruye verbalmente la personal, no de manera formal.

4.1.6.5.PCI.9 Hay guantes, máscaras y demás equipo de protección, jabón y desinfectantes disponibles.

Elementos medibles:

1. La organización identifica las situaciones en las que es preciso usar guantes y/o máscaras.
2. Los guantes y/o máscaras o protección ocular se usan correctamente en dichas situaciones.
3. La organización identifica las situaciones en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dicha áreas.
5. La organización adopta guías clínicas de higiene de manos de una fuente de autoridad.

Cumplimiento actual: Se aplica norma de bio-seguridad se usan guantes o se usan guantes de examinación, así como higiene de manos.

4.1.6.6.PCI.10 El proceso de prevención y control de infecciones está integrado con el programa para la mejora de la calidad.

Elementos medibles:

1. Las actividades de prevención y control de infecciones están integradas dentro del programa de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización.
2. El liderazgo del programa de prevención y control de infecciones está incluido en el mecanismo de supervisión del programa de calidad y seguridad del paciente de la organización.

Cumplimiento actual: Actualmente no existe un programa global para la mejora de la calidad que se integre con un programa de prevención y control de infecciones.

4.1.6.7.PCI.11.- La organización imparte educación sobre prácticas de prevención y control de infecciones al personal.

Elementos medibles:

1. La organización desarrolla un programa de prevención y control de infecciones que incluye a profesionales, familiares y pacientes.
2. La organización proporciona formación sobre la prevención y el control de infecciones a todo el personal.
3. La organización proporciona educación sobre prevención y control de la infección a pacientes y familiares.
4. Todo el personal recibe formación sobre las políticas, procedimientos y prácticas del programa de prevención y control de infecciones.

Cumplimiento actual: Se inculca al personal sobre la importancia de la higiene para prevenir las infecciones durante los tratamientos realizados al paciente, así también se dan las respectivas indicaciones al paciente en la consulta.

4.1.7.Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)

La prestación de una atención excelente al paciente requiere de un liderazgo efectivo. Cada organización debe identificar a estas personas e involucrarlas para garantizar que la organización sea un recurso efectivo y eficiente para la comunidad y para sus pacientes. (JCI, 2011:p. 168).

4.1.7.1.GLD.1.- Las responsabilidades del gobierno se describen en los estatutos.

Elementos Medibles:

1. La estructura de gobierno de la organización está documentada y se identifica el nombre de los miembros del consejo de dirección y de los directivos de la organización.

Cumplimiento actual: No existe documentación de la estructura de gobierno por lo cual el estándar no se encuentra cubierto.

4.1.7.2.GLD.2.- Un gerente general o director es responsable de hacer funcionar la organización.

Elementos Medibles:

1. La formación y la experiencia del gerente general o director responde a los requisitos definidos en su puesto de trabajo.
2. El gerente general o director gestionan el funcionamiento diario de la organización, incluyendo aquellas funciones establecidas en su descripción de puesto de trabajo.

3. El gerente general o director recomiendan políticas al cuerpo gobernante.
4. El gerente general o director aseguran el cumplimiento de las políticas aprobadas.

Cumplimiento actual:

El director de la Clínica del Deportista cuenta con un doctorado en Fisioterapia, y una experiencia de 26 años en el campo, se gestiona el correcto funcionamiento de la organización para que fluyan los procesos, se recomienda el correcto procedimiento a pasos a seguir en las labores del día a día, por lo anterior el estándar se encuentra cubierto.

4.1.7.3.GLD.3.- Los líderes de la organización son responsables de la definición de la misión de la organización.

Elementos Medibles:

1. Los líderes de la organización están formal o informalmente identificados.
2. Los líderes son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización.
3. Los líderes son responsables, de forma participativa, de la creación de las políticas y procedimientos necesarios para llevar adelante la misión.
4. Los líderes trabajan de forma participativa para llevar adelante la misión de la organización y asegurarse de que se sigan las políticas y los procedimientos.

Cumplimiento actual: La Clínica del Deportista no tiene Misión y Visión definida formalmente, sin embargo se identifica como líder de la organización de manera al director de la Clínica Del Deportista. Las políticas y procedimientos actuales, se llevan de forma empírica, sin documentación, así el director de la organización realiza constante evaluación y seguimiento de que se cumpla la atención al paciente a fin de satisfacer sus necesidades, por lo cual el estándar estaría parcialmente cubierto.

4.1.7.4.GLD.4.- Los líderes médicos, planifican e implementan una estructura organizativa.

Elementos Medibles:

1. Existen una o más estructuras organizativas efectivas empleadas por los líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La o las estructuras son adecuadas para el tamaño y la complejidad de la organización.
3. La o las estructuras y procesos organizativos respaldan la comunicación entre los profesionales.
4. La o las estructuras y procesos organizativos respaldan la planificación clínica y la elaboración de políticas

Cumplimiento actual: Actualmente el director tiene dos personas que lo apoyan en la parte Administrativa, y en la parte médica, por su parte la parte administrativa cuenta con dos colaboradores que soportan su gestión, así también la parte médica cuenta con dos personas que brindan apoyo a su gestión por lo cual está cubierto, sin embargo es necesario revisar internamente acerca de las necesidades del personal para cubrir la demanda actual de los pacientes.

4.1.7.5.GLD.5.- Una o más personas cualificadas proporcionan directivas en cada departamento.

Elementos Medibles:

1. Cada departamento o servicio de la organización está dirigido por una persona con la capacitación, educación y experiencia acorde con los servicios prestados.

Cumplimiento actual: El servicio que presta la organización está dirigido por el profesional Director con apoyo de la administración y los asistentes de fisioterapia.

4.1.7.6.GLD.6.- La organización establece un marco para la gestión ética.

Elementos Medibles:

1. Los líderes de la organización establecen normativas éticas y legales que protegen a los pacientes y sus derechos.
2. Los líderes establecen un marco para el manejo ético de la organización.
3. Los líderes tienen en cuenta las normas éticas internacionales a la hora de establecer el marco ético de la organización.

Cumplimiento actual: Se inculca el cumplimiento a los colaboradoras de las normas éticas y mejores procedimientos para la atención de los pacientes de manera verbal.

4.1.7.7.Gestión y seguridad de la instalación (FMS)

Las organizaciones sanitarias trabajan para proporcionar una instalación segura, funcional y que ofrezca apoyo a los pacientes, a las familias, al personal y a las visitas. (JCI, 2011:p. 183).

4.1.7.8.FMS.1.- La organización cumple con las leyes y requisitos de inspección.

Elementos Medibles:

1. Los líderes de la organización y las personas responsables de la gestión de las instalaciones conocen las leyes, reglamentaciones y demás requisitos que corresponden a las instalaciones de la organización.
2. Los líderes implementan los requisitos correspondientes o las alternativas aprobadas.

3. Los líderes aseguran que la organización cumpla con las condiciones de los informes o citaciones de inspecciones de la instalación por parte de las autoridades locales.

Cumplimiento actual: Actualmente se cuenta con permisos del SRI y Bomberos, se sugiere que la empresa revise internamente que se cuente con todos los permisos necesarios para su funcionamiento.

4.1.7.9.FMS.3.-Existe supervisión del programa de gestión de riesgos.

Elementos Medibles:

1. La supervisión y dirección del programa se asignan a una o más personas.
2. La o las personas están cualificadas, ya sea por experiencia o por capacitación.

Cumplimiento actual: No existe un programa de gestión de riesgos del entorno de atención.

4.1.7.10.FMS.4.- La organización planifica un programa para brindar un entorno físico seguro y protegido.

Elementos Medibles:

1. La organización cuenta con un programa para proporcionar una instalación física segura y protegida, incluyendo la monitorización y la mejora de las áreas de riesgo identificadas.

Cumplimiento actual:

A nivel de seguridad se tiene implementado puertas eléctricas, se cuenta con extintores en las áreas de recepción y sala de rehabilitación.

4.1.7.11.FMS.6.- La organización elabora un plan y un programa de gestión de emergencias.

Elementos Medibles:

1. La organización tiene identificados los principales desastres internos y externos, como emergencias en la comunidad, epidemias y desastres naturales y de otro tipo, así como los principales acontecimientos epidémicos que tienen grandes probabilidades de ocurrir.
2. La organización planifica su respuesta a probables desastres.

Cumplimiento actual:

No se cuenta con un plan de gestión de emergencias

4.1.7.12.FMS.7.- La organización planifica un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo de emergencias.

La organización planifica un programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones de la organización estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias no relacionadas con el fuego.

Elementos medibles:

1. El programa se implementa de manera continua e integral, para asegurar que se incluyan todas las áreas de atención al paciente y de trabajo del personal.

Cumplimiento actual:

Existen extintores en cada ambiente en recepción pasillo y área de terapias se cuenta con áreas ventiladas, por lo cual el estándar se encuentra cubierto.

4.1.7.13. FMS.8.- La organización implementa un programa para el mantenimiento del equipo médico.

Elementos medibles:

1. El equipo médico se gestiona, en toda la organización, conforme a un plan.
Existe un inventario de todo el equipo médico.
2. El equipo médico se inspecciona regularmente.

Cumplimiento actual: Se gestiona el equipo médico conforme a las necesidades de atención de los pacientes, conforme al tratamiento específico de cada paciente. Existe un inventario del equipo médico que reposa en recepción, se inspecciona el equipo médico solo en caso de averías no de acuerdo a algún plan.

4.1.7.14.FMS.9.- Hay agua potable y energía eléctrica disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Elementos medibles:

1. Hay agua potable disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
2. Hay energía eléctrica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Cumplimiento actual: Se cuenta con los servicios básicos de agua potable y energía las 24 horas los 7 días de la semana, pero en caso de escasez no se cuenta con fuentes alternativas.

4.1.7.15.FMS.10.- Los sistemas de electricidad, agua, ventilación, y demás se someten periódicamente a inspecciones.

Elementos medibles:

1. La organización identifica los sistemas básicos, de gases médicos, de ventilación y otros sistemas claves.
2. Los sistemas claves se inspeccionan periódicamente.

3. Los sistemas claves se prueban periódicamente.
4. Los sistemas claves se mantienen periódicamente.
5. Los sistemas claves se mejoran según corresponda.

Cumplimiento actual: No se inspeccionan regularmente los sistemas básicos, se inspecciona y da mantenimiento solo en caso de averías

4.1.7.16.FMS.11.- Se forma y capacita a todos los miembros del personal para proporcionar una instalación segura y efectiva.

Elementos medibles:

1. Para cada componente del programa de gestión y seguridad de las instalaciones de la organización, hay actividades formativas planificadas para garantizar que los miembros del personal en todos los turnos puedan desempeñar efectivamente sus responsabilidades.

Cumplimiento actual:

La organización capacita a su personal, en la manera óptima y adecuada para prestar los servicios ofrecidos.

4.1.8.Cualificaciones y educación del personal (SQE)

Una organización sanitaria necesita una variedad adecuada de personas capaces y cualificadas para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes. (JCI, 2011).

SQE.1.- Los líderes de la organización definen la formación, y requisitos deseados de todos los miembros del personal.

Elementos Medibles:

1. La misión de la organización, la variedad de pacientes, los servicios y la tecnología se tienen en cuenta para la planificación.

2. Se definen la formación, las aptitudes y el conocimiento para el personal.
3. Se incorporan a la planificación las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Cumplimiento Actual: Está definido empíricamente pero no documentado.

4.1.8.1.SQE.2.- Los líderes de la organización implementan procesos para reclutar, evaluar y designar al personal.

Elementos Medibles:

1. Existe un proceso para reclutar personal.
2. Existe un proceso para evaluar las cualificaciones del personal nuevo.
3. Existe un proceso para designar personas para el personal.
4. El proceso es uniforme en toda la organización.
5. El proceso está implementado.

Cumplimiento Actual: No existe un proceso establecido para cuando se contrata personal nuevo, las entrevistas, evaluación son realizadas por el director, no se cuenta con un departamento de recursos humanos por el tamaño de la empresa. No existe un documento que indique las responsabilidades ni competencias del cargo.

4.1.8.2.SQE.3.- La organización utiliza un proceso para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal.

Elementos Medibles:

1. La organización usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal asistencial con las necesidades del paciente.
2. Los nuevos miembros del personal asistencial son evaluados en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales.

3. El departamento o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.

Cumplimiento Actual: Se prepara al personal en cómo debe prestar el servicio para atender las necesidades del paciente, pero no se realizan evaluaciones del personal de manera formal, sino de forma empírica.

4.1.8.3.SQE.4.- La organización y el proceso para el conocimiento.

Elementos Medibles:

1. La organización usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal no asistencial con los requisitos del cargo.
2. El nuevo personal no asistencial recibe una evaluación en el momento en que comienza sus responsabilidades laborales.

Cumplimiento Actual: No existe un proceso establecido para cuando se contrata personal nuevo, las entrevistas, evaluación son realizadas por el director, no se cuenta con un departamento de recursos humanos.

4.1.8.4.SQE.5.- Existe información documentada sobre el personal para cada uno de sus miembros.

Elementos Medibles:

1. Se mantiene información del personal para cada miembro del personal.
2. Los archivos del personal contienen las cualificaciones del miembro del personal.
3. Los archivos del personal contienen la descripción del puesto de los miembros del personal, cuando corresponda.
4. Los archivos del personal contienen el historial laboral del miembro del personal.

Cumplimiento Actual: Se registra en recepción las hojas de vida del personal que labora en la organización, pero no existe la descripción del puesto de forma documentada por lo cual el estándar se encuentra cubierto de forma parcial.

4.1.8.5.SQE.6.- El plan de dotación de personal para la organización, identifica la cantidad y cualificaciones deseadas del personal.

Elementos Medibles:

1. Existe un plan documentado para la dotación de personal de la organización.
2. Los líderes elaboran el plan en colaboración.
3. La cantidad, tipos y cualificaciones deseadas para el personal se identifican en el plan mediante un método reconocido de dotación de personal.
4. El plan trata la asignación y reasignación del personal.
5. El plan trata el traspaso de responsabilidad de una persona a otra.

Cumplimiento actual: No existe un plan documentado para la dotación de personal de la organización.

4.1.8.6.SQE.7.- Todos los miembros del personal asistencial y no asistencial reciben orientación con respecto a la organización,

Elementos Medibles:

1. Los nuevos miembros del personal asistencial y no asistencial reciben orientación respecto a la organización, departamento o unidad al que son asignados y respecto a las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
2. Los trabajadores contratados reciben orientación respecto a la organización, departamento o unidad al que son asignados y respecto a las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.

Cumplimiento Actual: Existe un proceso de adaptación, donde se inculca al personal como debe atenderse a los pacientes, con cordialidad, calidad calidez en la parte operativa que de desempeñe acorde a las necesidades de sus pacientes así como supervisor constante de los equipos durante el tratamiento.

4.1.8.7.SQE.8.- Cada miembro del personal recibe capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes.

Elementos Medibles:

1. La organización utiliza varias fuentes de datos e información, incluidos los resultados de la medición de calidad y seguridad, para identificar las necesidades formativas del personal.
2. Los programas formativos se planifican según estos datos e información.
3. El personal de la organización recibe formación y capacitación permanentes dentro del servicio.

Cumplimiento actual: Se recoge datos por medio del seguimiento del tratamiento, se recogen además por medio de la retroalimentación del paciente, se brinda además capacitación constante charlas cuando sean necesarias en caso de equipos nuevos, o situaciones de tratamiento que se presenten en la atención del paciente.

4.1.8.8.SQE.9.- La organización tiene un proceso efectivo para recabar, y evaluar las cualificaciones del personal médico.

Elementos Medibles:

1. Se identifican a aquellos a quienes la ley, las reglamentaciones y la organización permiten prestar atención al paciente sin supervisión.

2. La organización mantiene una copia de las credenciales (habilitación, educación, capacitación, etc.) requeridas por la legislación y la política de la organización para cada uno de los miembros del personal médico, guardadas en el expediente de personal o en un archivo independiente para cada profesional.

Cumplimiento actual: Actualmente se cuenta con información referente se registra en la hoja de vida, las cuales reposan en la administración de la organización, por lo cual el estándar se encuentra cubierto.

4.1.8.9.SQE.10.- La organización tiene un procedimiento objetivo para autorizar a todos los miembros del personal médico a prestar otros servicios clínicos según sus cualificaciones.

Elementos Medibles:

1. La organización utiliza un procedimiento estandarizado documentado en la política correspondiente para otorgar privilegios a los facultativos en el nombramiento inicial y en los renombramientos.
2. La decisión de renovar los privilegios para prestar servicios al paciente.

Cumplimiento actual: No se implementa actualmente

4.1.8.10.SQE.11.- La organización lleva a cabo un proceso para evaluar la calidad de los servicios prestados por el personal.

Elementos Medibles:

1. La evaluación permanente de la calidad y la seguridad de los servicios de atención al paciente prestados por cada miembro del personal médico se revisan y comunican al profesional al menos una vez al año.

2. Se lleva a cabo una evaluación permanente y una revisión anual del ejercicio profesional de cada miembro del personal médico mediante un proceso uniforme definido en la política de la organización.
3. La evaluación incorpora de forma proactiva datos comparativos, como literatura de medicina basada en la evidencia.

Cumplimiento actual: No se implementa actualmente

4.1.9. Manejo de la Información y la comunicación (MCI)

La atención al paciente es un esfuerzo complejo sumamente dependiente de la comunicación de información. Esta comunicación es para la comunidad, los pacientes y las familias y otros profesionales sanitarios. Los fallos de comunicación son una de las causas raíz más comunes de los incidentes de seguridad del paciente. (JCI, 2011:p. 218).

4.1.9.1.MCI.1.- La organización se comunica con su comunidad para facilitar a la información sobre sus servicios.

Elementos Medibles:

1. La organización proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención.
2. La organización proporciona información sobre la calidad de sus servicios.

Cumplimiento actual: La comunicación de los servicios se da por la publicidad mostrada en la clínica, por medio del internet, una página en el facebook y por los pacientes referidos.

4.1.9.2.MCI.2.- La organización informa a los pacientes sobre su atención y sus servicios y cómo acceder a los mismos.

Elementos Medibles:

1. La organización proporciona información sobre la atención y los servicios prestados a los pacientes y a las familias.
2. Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la organización.
3. La información sobre fuentes alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la organización no puede prestar la atención o los servicios.

Cumplimiento actual: A través del horario de atención, publicidad electrónica y letreros, sobre las fuentes alternativas de atención la misma se informa cuando se deriva a otro profesional, existe la opción de visitas a domicilio , aunque la comunicación existe podría mejorarse en aspectos tales como actualización y remodelación del letrero a la entrada de la Clínica, y la incorporación de más redes sociales para la comunicación de los servicios, por ello el estándar se encuentra cubierto de forma parcial.

4.1.9.3.MCI.3.- La comunicación y la educación del paciente se ofrecen en un formato comprensible.

Elementos Medibles:

1. La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un formato comprensible.
2. La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible.

3. Los familiares del paciente, principalmente los niños, actuarán como traductores sólo como último recurso.

Cumplimiento actual: La comunicación y demás indicaciones del tratamiento a seguir se indica de forma verbal, tanto al paciente como al familiar que le acompaña a la cita médica, en este aspecto existen sugerencias realizadas por los pacientes en la encuesta donde se solicita dar mayor amplitud en la explicación de los tratamientos, por lo cual el estándar se encuentra parcialmente cubierto.

4.1.9.4.MCI.4.- La comunicación es efectiva en toda la organización

Elementos Medibles:

1. Los líderes garantizan que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna.
2. Hay una comunicación efectiva en la organización y entre los programas de la misma.
3. Se da una comunicación efectiva con las organizaciones externas.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y las familias.
5. Los líderes comunican la misión de la organización y las políticas, planes y objetivos a todo el personal.

Cumplimiento actual: Se comunica la información de manera verbal y/o impresa, al momento no existe una declaración formal de la misión y visión de la empresa, adicionalmente se han recibido sugerencias de mejora en las encuestas por lo cual el estándar está parcialmente cubierto.

4.1.9.5.MCI.5.- Los líderes garantizan que comunicación y una coordinación efectivas entre las personas.

Elementos Medibles:

1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva y eficiente entre los departamentos y servicios clínicos y no clínicos y los miembros del personal.
2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.
3. Existen canales de comunicación entre directivos y gestores.

Cumplimiento actual: Existe comunicación entre el profesional y los asistentes de fisioterapia y pacientes, como parte de este proceso se han implementado timbres en el caso de los pacientes e intercomunicadores en el caso de los profesionales que prestan el servicio, sin embargo en las encuestas se percibe cierta descoordinación por parte de los asistentes de fisioterapia para dar continuidad a los tratamientos, por lo que existe un aspecto a mejorar para cubrir totalmente el estándar.

4.1.9.6.MCI.6.- La información sobre la atención al paciente se comunica entre los profesionales, durante cada turno del personal.

Elementos Medibles:

1. Existe un proceso para comunicar información del paciente entre los profesionales sanitarios, de manera permanente o en momentos claves del proceso de atención.
2. La información comunicada incluye el estado de salud del paciente.
3. La información comunicada incluye un resumen de la atención prestada.
4. La información comunicada incluye la evolución del paciente.

Cumplimiento Actual: Por medio de la evaluación periódica y la valoración para la evolución de la lesión del paciente así como la bitácora de indicaciones diaria, se han sugerido mejoras en este aspecto por lo cual el estándar se encuentra parcialmente cubierto.

4.1.9.7.MCI.7.- El o las historias clínicas del paciente están a disposición de los profesionales sanitarios.

Elementos Medibles:

1. La política determina qué profesionales tienen acceso a la historia clínica del paciente.
2. La o las historias clínicas están a disposición de los profesionales sanitarios que las necesitan para atender al paciente.
3. La o las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.

Cumplimiento Actual: Las historias clínicas se encuentran en un lugar disponible y accesible al profesional y asistentes médicos, las mismas se mantienen actualizadas.

4.1.9.8.MCI.9.- La organización planifica y diseña procesos de gestión de la información.

Elementos Medibles:

1. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades de información de los profesionales sanitarios.
2. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades de información de los gestores de la organización.
3. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.

4. La planificación es adecuada para el tamaño y la complejidad de la organización.

Cumplimiento Actual: No existe un proceso que planifique y diseñe la gestión de la información la misma es llevada de forma manual, y existe el riesgo de perder la misma por cuanto se almacena en archiveros. Por lo cual es de vital importancia mejorar las técnicas de acceso, almacenamiento y recuperación de la información con tecnología informática adecuada.

4.1.9.9.MCI.10.- Se mantienen la privacidad y la confidencialidad de la información.

Elementos Medibles:

1. Existe una política escrita que aborda la privacidad y confidencialidad de la información que se basa en las leyes y reglamentaciones y cumple con las mismas.
2. La política está implementada.
3. Se controla el cumplimiento de la política.
4. La política de la organización define en qué medida los pacientes tienen acceso a su información sanitaria y el proceso para obtener dicho acceso cuando está permitido.

Cumplimiento Actual: El proceso de acceso a la información del paciente es por medio de la ficha médica y solo es llevado por el profesional y/o asistentes médicos.

4.1.9.10.MCI.11.-Se mantiene la seguridad e integridad de la información.

Elementos Medibles:

1. La organización cuenta con una política documentada que aborda la seguridad de la información incluida la integridad de los datos.

2. La política incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información identificada.
3. Se identifica a las personas que necesitan acceder a cada categoría de datos e información y las que tienen un cargo laboral a quienes se les permite el acceso.
4. La política está implementada.

Cumplimiento actual: Existe un procedimiento de acceso a la información.

Actualmente no existe una política documentada que aborde la seguridad de la información

4.1.9.11.MCI.12.- La organización cuenta con una política sobre el tiempo de retención de historias clínicas.

Elementos Medibles:

1. La organización cuenta con una política sobre la retención de los historia clínicas y demás datos e información.
2. El proceso de retención establece la confidencialidad y seguridad esperadas.
3. Las historias clínicas, datos e información se destruyen debidamente.

Cumplimiento actual: Estándar cubierto, ya que se cuenta con la política de mantener todas las historias clínicas de los pacientes, ya que según confirmación de la clínica sirve para sus estadísticas. Se mantiene un proceso de confidencialidad durante la cita médica y en lo que se registra en las historias clínicas, las cuales no son destruidas.

4.1.9.12.MCI.13.- La organización usa códigos de diagnóstico estándar.

Elementos Medibles:

1. Se emplean códigos de diagnóstico estandarizados y se controla su uso.

2. Se emplean códigos de procedimiento estandarizados y se controla su uso.
3. Se emplean definiciones estandarizadas.
4. Se emplean símbolos estandarizados y están identificados y controlados los que no deben emplearse.
5. Se emplean abreviaturas estandarizadas y están identificadas y controladas las que no deben emplearse.

Cumplimiento actual: No se emplea ningún código de diagnóstico estandarizado.

4.1.9.13.MCI.14.- Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera de la organización se satisfacen de manera oportuna.

Elementos Medibles:

1. La difusión de datos e información satisface las necesidades del usuario.
2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna.
3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que facilita su uso deseado.
4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesarios para cumplir las responsabilidades de su trabajo.

Cumplimiento actual: La información se provee mediante el diagnóstico clínico y examen físico de los pacientes, la información también se accesa por medio de la historia clínicas y de la bitácora, lo anterior podría mejorarse con el uso de la tecnología, debido a que actualmente se lleva un proceso de búsqueda, almacenamiento y recuperación de información de los pacientes de forma manual.

4.1.9.14.MCI.15.-En la selección y utilización de la tecnología de gestión de la información participa el personal clínico y de gestión necesario.

Elementos medibles:

1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
2. El personal de gestión participa en las decisiones de tecnología de la información.

Cumplimiento actual: Actualmente no existe gestión de la tecnología de la información.

4.1.9.15.MCI.16.- Las historias clínicas y la información están protegidos contra pérdidas y destrucción.

Elementos medibles:

1. Las historias clínicas y la información están protegidas contra pérdidas o destrucción.
2. Las historias clínicas y la información están protegidas contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.

Cumplimiento actual: Las historias clínicas están en físico en un archivero ya que en la computadora se almacena la secuencia de acceso por medio de un archivo en excel, por lo cual la protección es parcial y susceptible a catástrofes que pueden ocasionar su pérdida.

4.1.9.16.MCI.17.- Los encargados de tomar decisiones reciben formación sobre los principios de gestión de la información.

Elementos medibles:

1. Los responsables de tomar decisiones y demás personas reciben formación sobre los principios de la gestión de la información.
2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo.
3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para apoyar la toma de decisiones.

Cumplimiento actual: No existe un proceso de toma de decisiones que sea integrado por los datos y la información clínica.

4.1.9.17.MCI.18.- Una política define los requisitos para elaborar y mantener las políticas y los procedimientos.

Elementos medibles:

1. Existe una política o protocolo documentado que define los requisitos para la elaboración y mantenimiento de políticas y procedimientos.
2. Existe un protocolo documentado que describe el modo en que se controlan las políticas y procedimientos originados fuera de la organización y está implementado.

Cumplimiento actual: No existen políticas y protocolos documentados que proporcionen información uniforme y estandarizada sobre el funcionamiento organizativo.

4.1.9.18.MCI.19.- La organización inicia y mantiene una historia clínica de cada paciente.

Elementos medibles:

1. Se abre una historia clínica para cada paciente que la organización evalúe o trate.
2. Las historia clínicas de los pacientes se conservan mediante el uso de un identificador exclusivo del paciente o algún otro método efectivo.

Cumplimiento actual: Se abre la historia clínica cuando llega el paciente, y no se conserva mediante un identificador exclusivo; actualmente se usan nombres y apellidos.

4.1.9.19.MCI.20.- Los datos y la información agregados respaldan la atención al paciente y la gestión de la organización.

Elementos medibles:

1. Los datos e información agregados respaldan la atención al paciente.
2. Los datos e información agregados respaldan la gestión de la organización.
3. Los datos e información agregados respaldan el programa de gestión de calidad.

Cumplimiento actual: Se respalda la atención del paciente por medio de la evolución registrada en la ficha médica, sin embargo no existe gestión de datos e información agregados.

4.2. Modelo de Gestión para mejorar el nivel de calidad de la Clínica del Deportista de Guayaquil.

En el presente capítulo se propone un Modelo de Gestión en función de tres aspectos: la aplicación del modelo JCAHO, las observaciones obtenidas en la entrevista con el Director de la Clínica del Deportista, los resultados de las

encuestas y de las mejores prácticas de las organizaciones modernas adaptadas a las necesidades de la Clínica con un despliegue a lo largo de tres ámbitos mostrados en la Figura No 31.

Adicionalmente en el Apéndice E se muestra el Plan de Acción y en el Apéndice C, se registran los costos estimados de la implementación de la presente propuesta.

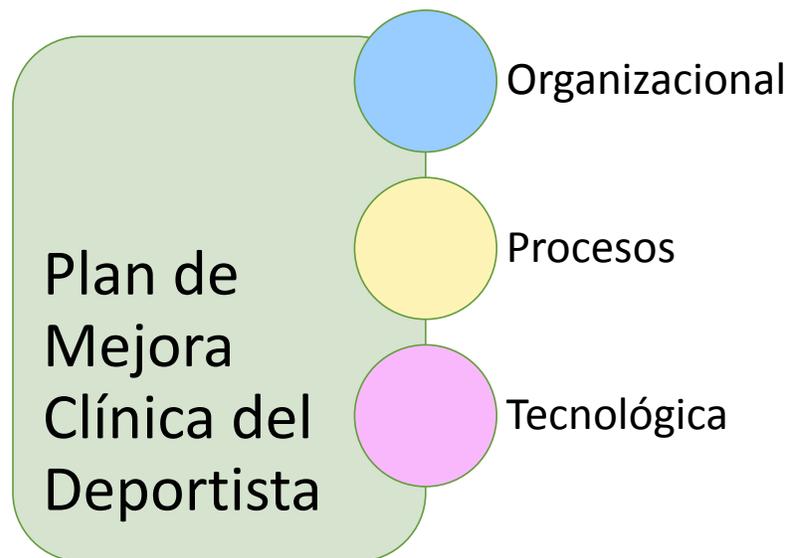


Figura 31 *Plan de Mejora Clínica del Deportista*

4.2.1. Plan de Mejora en Procesos

Para mejorar el resultado de los procesos es fundamental trabajar en su gestión, por lo cual se propone un sistema compuesto de la siguiente clasificación y a su vez las respectivas mejoras en áreas de:

- ✓ Atención al paciente
- ✓ Gestión de la información
- ✓ Gestión de la instalación.



Figura 32 Plan de Mejora Procesos

En el Área de atención del paciente, se proponen los objetivos de mejora:

- ✓ Objetivo No. 1: Promover mejoras específicas en la seguridad del paciente.
- ✓ Objetivo No. 2: Facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes
- ✓ Objetivo No. 3: Proporcionar una atención más adecuada en un ambiente que responda a las necesidades únicas de cada paciente.
- ✓ Objetivo No. 4: Educar al paciente y su familia para mejorar su participación en la atención.

Objetivo No. 1: Promover mejoras específicas en la seguridad del paciente

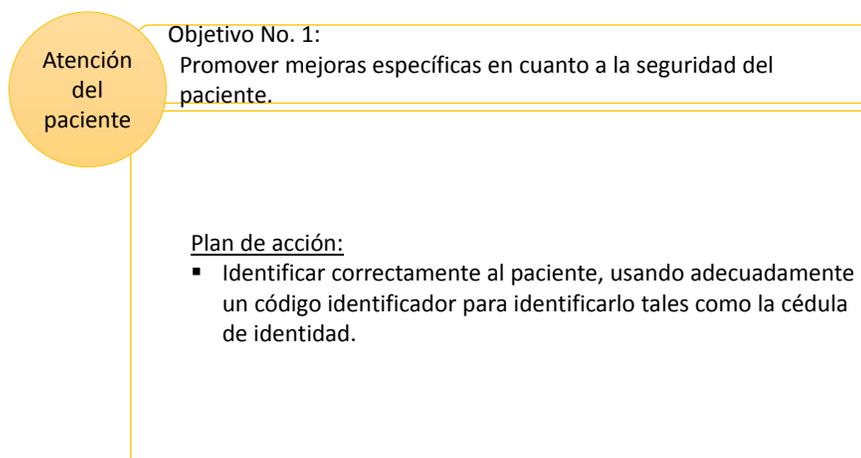


Figura 33 Plan de acción Atención del Paciente.

El plan de acción se sugiere con el propósito de cumplir el estándar no cubierto IPSTG1, de identificación adecuada de los pacientes.

Objetivo No. 2: Facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes.

Según los resultados de la investigación, la organización no demuestra de manera evidente la predisposición para atender las quejas de los pacientes, sin embargo cuando el paciente manifiesta alguna inconformidad, los profesionales de la Clínica ejecutan todos los esfuerzos para que el paciente sea satisfecho, a menos que ellos las espongan, por lo cual se propone un procedimiento formal para que el paciente conozca que cuenta con un canal que comprende y protege sus derechos.

Otro aspecto concerniente a este objetivo es la incorporación de un consentimiento informado, en la sección de Apéndice C se propone un modelo de consentimiento informado para la Clínica del Deportista

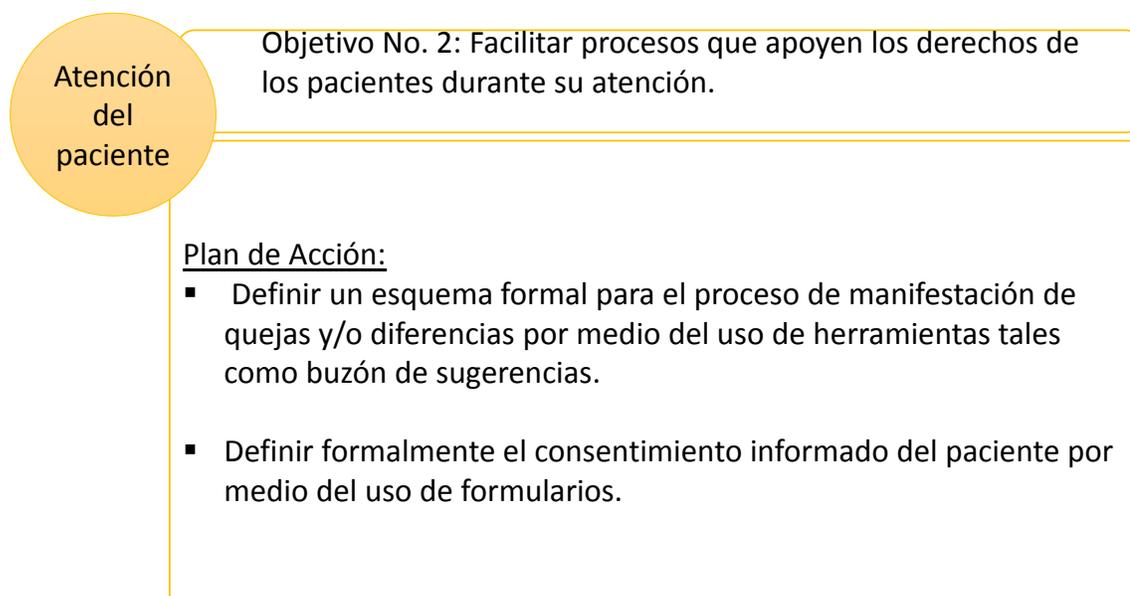


Figura 34 Plan de Acción Atención del paciente

Con las actividades listadas, se cubren los estándares PFR3 referente a la comunicación por parte de la organización sobre su proceso para tomar medidas

respecto a quejas y PFR6 del consentimiento informado el cual busca utilizar esta herramienta como uno de los principales medios para involucrar a los pacientes en las decisiones referentes a su atención.

Objetivo No.3.- Proporcionar una atención que responda a las necesidades únicas de cada paciente.

El objetivo propuesto busca que el proceso responda de manera más eficiente, la atención proporcionada al paciente para el cumplimiento del estándar COP2 referente al proceso para integrar y coordinar la atención de cada paciente.

En base a los resultados de las encuestas, y sugerencias realizadas por parte de los pacientes se identifica una oportunidad de mejora en el proceso de atención buscando que se integre y coordine de forma más eficiente la misma, incorporando el uso de tablets entre los profesionales ya que por medio de este dispositivo, se tiene acceso a la información referente a su tratamiento el cual puede estar disponible en todo momento, durante cada turno del personal.

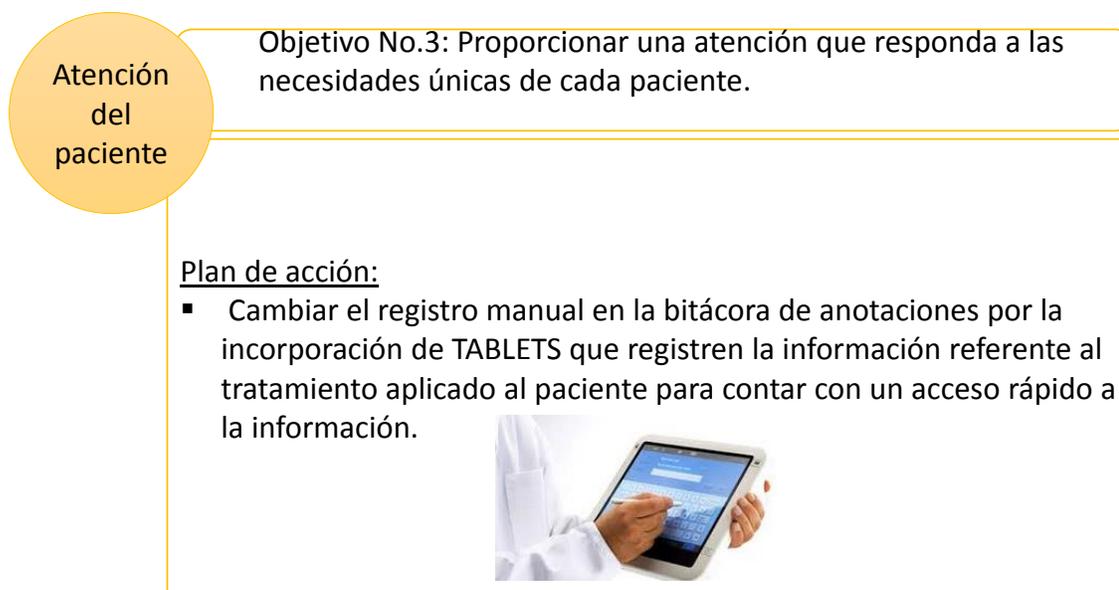


Figura 35 Plan de acción Atención del paciente

Con lo anterior también se cubren los estándares MCI.5 y MCI.6 que buscan garantizar la comunicación y coordinación de forma más efectiva.

Objetivo No. 4: Educar al paciente y su familia para mejorar su participación en la atención.

De acuerdo a la información recopilada en las entrevistas se evidencia que la Clínica del Deportista si cuenta con un procedimiento para informar y educar al paciente durante su proceso de atención.

Atención
del
paciente

Objetivo No.4. Educar al paciente y su familia ayuda a los pacientes para mejorar su participación en la atención .

Plan de Acción:

- Asegurarse que las instrucciones médicas dadas al paciente sean totalmente comprendidas.
- Brindar explicación a los pacientes sobre los resultados que se espera obtener en la aplicación del tratamiento de fisioterapia por parte de los profesionales involucrados en el proceso de atención.
- Monitorear continuamente al paciente y verificar que se hagan correctamente los ejercicios de rehabilitación
- Proporcionar material gráfico y/o digital que ayude a comprender los ejercicios



Figura 36 Plan de acción Educación del paciente

Sin embargo entre las sugerencias realizadas por los pacientes se identifica una oportunidad de mejora en este aspecto, por cuanto se ha manifestado por parte de los mismos que requieren mayor explicación del tratamiento de fisioterapia y rehabilitación que están recibiendo para poder comprender los efectos que el tratamiento tendrá en su proceso de recuperación, con ello se busca además el cumplimiento de los estándares PFE.1 al PFE.5 y MCI3 relacionados a la educación proporcionada al paciente que respalde su proceso de atención.

Para la Gestión de la Información se recomiendan los siguientes objetivos:

- ✓ Objetivo No. 1: Mejorar la gestión actual de la información de historias clínicas y el proceso de atención del paciente.
- ✓ Objetivo No. 2: Adoptar principios de gestión de la información en la organización.

Objetivo No. 1: Mejorar la gestión actual de la información de historias clínicas y el proceso de atención del paciente

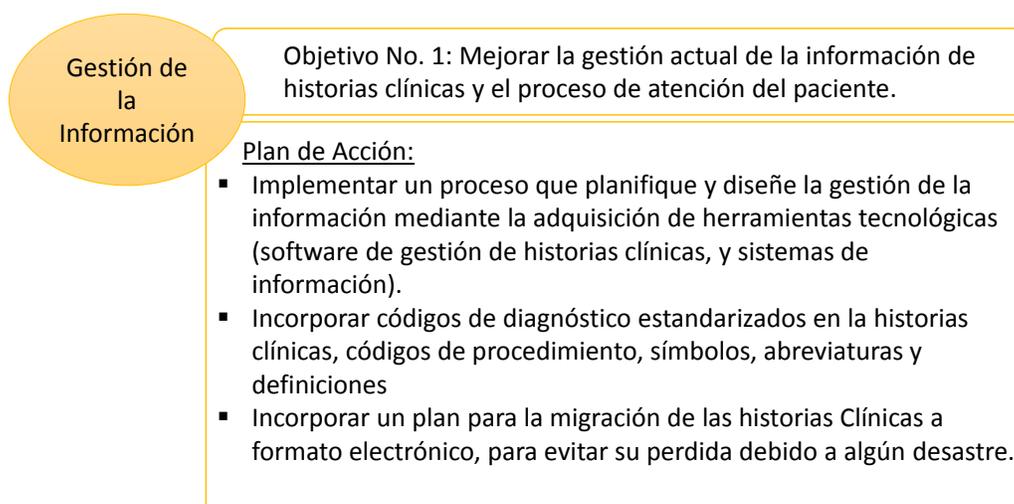


Figura 37 Plan de acción Gestión de la Información

En respuesta a lo encontrado en la investigación, es necesario implementar un proyecto que mejore la gestión de la información que se realiza actualmente en la Clínica del Deportista de Guayaquil, considerando que hoy en día las organizaciones usan a la información como un activo más que le permite lograr incluso ventajas competitivas en los mercados donde estas operan, por ello, se apoyan en el uso de las tecnologías informáticas existentes que permiten satisfacer las necesidades de información de formas más eficiente y segura.

Con el propósito de lograr el objetivo se propone la adquisición de herramientas existentes en el mercado dirigidas a las actividades que desempeña la Clínica, una de las soluciones existentes es el Software de Gestión Clínica NETClinicas, cuyas funcionalidades principales se describen en el Anexo F.

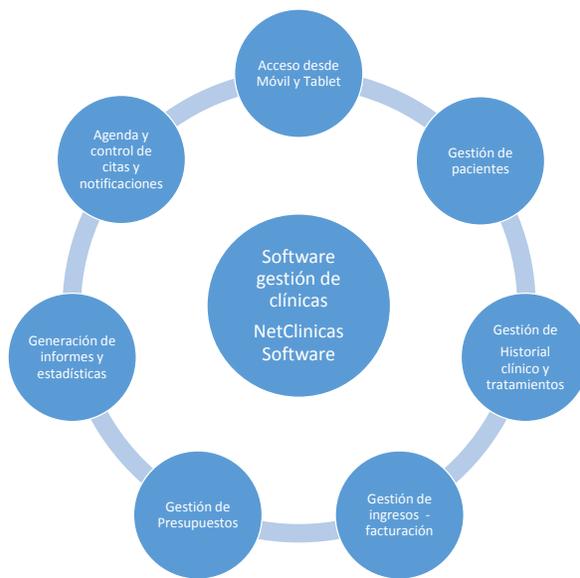


Figura 38 Software de Gestión Clínica

Fuente: NetClínicas, Adaptado de <http://www.netclinicas.com/>

Mediante el uso de este tipo de herramientas, la Clínica del Deportista dará un gran avance hacia la eficiencia de sus procesos al poder gestionar de forma más rápida distintas tareas de la clínica como por ejemplo los historiales de los pacientes, facturación, control de gastos, agendas de los distintos profesionales, entre otras.

Los estándares MCI.9, MCI7, MC11, MC14, MCI20 no cubiertos abordan principios de adecuada gestión de la información en la organización, si bien son compatibles con sistemas no informatizados es importante señalar que incorporar a la tecnología permite mejorar la eficiencia, también se recomienda la incorporación de códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimiento, símbolos, según se establece en el estándar MCI13 no cubierto, se sugiere adoptar el CIE que es el Código

Internacional de Enfermedades de la OMS que permite convertir los términos diagnósticos a códigos alfanuméricos y con ello permite optimizar su almacenamiento y su posterior consulta para el análisis y agregación de los datos. Otra necesidad identificada es la de incorporar un plan para la migración de las historias Clínicas a formato electrónico, debido a que está en riesgo su pérdida y su confidencialidad al mantenerse actualmente en los archiveros, considerando además el cumplimiento de los estándares MCI16 y MCI19 relacionadas a la pérdida, confidencialidad y registro accesible de las historias clínicas. Se recomienda considerar una capacitación sobre principios de gestión de la información para el personal directivo y administrativo según lo recomienda el estándar MCI17.

En el Área de Gestión de la Instalación, se propone los siguientes objetivos de mejora:

- ✓ Objetivo No.1: Brindar una instalación funcional y segura, que ofrezca apoyo a los pacientes y comunidad.
- ✓ Objetivo No 2: Reducción permanente del riesgo para el paciente y el personal.

Los objetivos mencionados buscan recomendar a la Clínica del Deportista mejoras en la gestión de la instalación física, del personal y del equipo médico, reducir y controlar los posibles riesgos, planificando el espacio, el equipo y el personal, para ofrecer una instalación segura y funcional para los pacientes y las visitas así también un llamado a reflexionar sobre la verificación de todos los requisitos municipales y sanitarios para evitar un posible riesgo de clausura por parte de las autoridades de salud.

Objetivo No.1: Brindar una instalación funcional y segura, que ofrezca apoyo a los pacientes y comunidad.

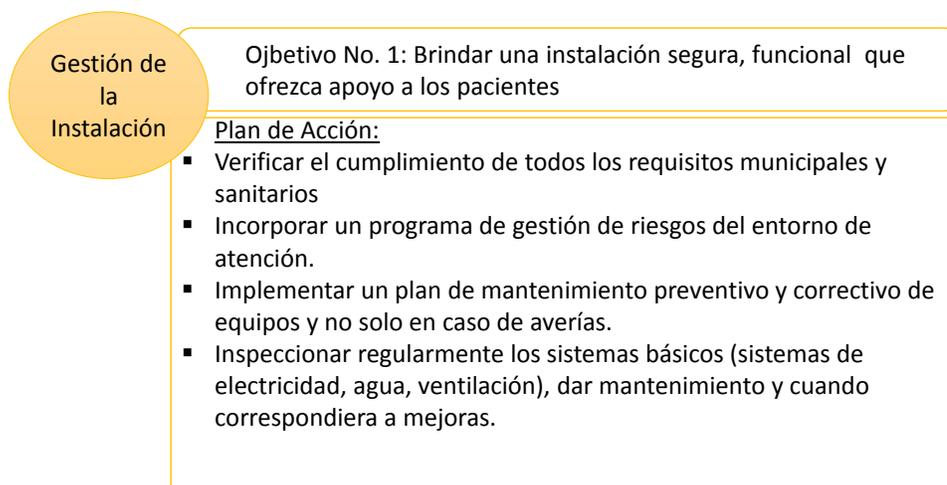


Figura 39 Plan de acción Gestión de la Instalación

El plan de acción planteado en la figura plantea el cumplimiento de los estándares FMS.1, FMS.8, FMS.9 y FMS10 referentes a la disponibilidad de los sistemas básicos de agua potable y energía eléctrica, para satisfacer las necesidades esenciales de atención al paciente.

Adicionalmente y en respuesta al Objetivo No. 1 acogiendo las sugerencias registradas por los pacientes en las encuestas se recomiendan las siguientes actividades en los siguientes aspectos referentes a climatización, infraestructura y condiciones de atención:

Tabla 2 Mejoras sugeridas en Condiciones de atención y climatización

TIPO	RECOMENDACIÓN
Climatización	Implementar aires acondicionados adicionales para abastecer a todos los consultorios y sala de rehabilitación
Condiciones de atención	Proporcionar a los pacientes lecturas mientras se recibe terapia
	Mejorar la infraestructura del baño
	Cambiar los colchones de los consultorios
	Mejorar la ubicación de equipos y tomas eléctricas
	Puntualidad en el horario, considerar incluir un sistema de citas
	Médico general se encuentre a diario

Objetivo No 2: Reducción permanente del riesgo para el paciente y el personal

En la actualidad la protección de la salud de los empleados y de las personas es un derecho elemental que se norma en las constituciones de los estados, es por ello que se propone la adopción de un plan formal que permita a la Clínica del Deportista implementar políticas de gestión de riesgos en su operación relacionados a los estándares FMS.3 y FMS.6.

Considerando que la Clínica del Deportista es una pequeña empresa y su estructura organizacional es liderada por pocas personas, a su vez con limitaciones de recursos, se recomienda la identificación de los aspectos básicos y esenciales para la correcta gestión de la prevención del riesgo a fin de no dejar de cubrir aspectos obligatorios en la protección de los empleados y pacientes.

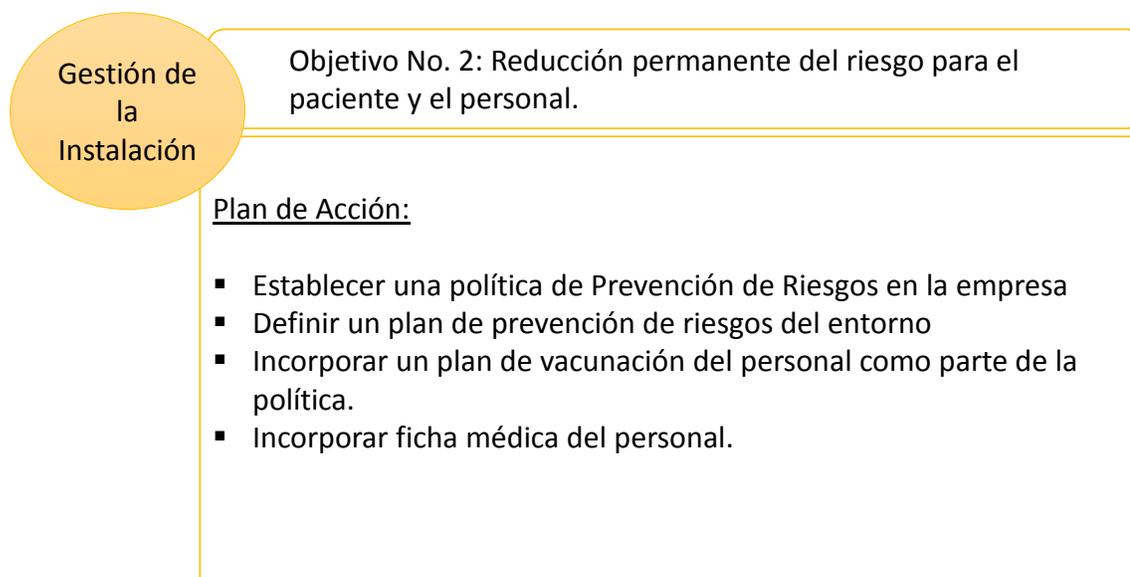


Figura 40 Plan de acción de Gestión de Riesgos

4.2.2. Plan de Mejora Organizacional

El Plan de Mejora Organizacional tiene como objetivo incorporar un marco y estrategias que fortalezcan el accionar de la Clínica del Deportista como organización, considerando además del cumplimiento de los estándares no cubiertos en la presente tesis, las prácticas de gestión y administración modernas.

Se proponen recomendaciones en las siguientes áreas:

- ✓ Misión y Visión
- ✓ Gestión de Recursos Humanos
- ✓ Comunicación con la Comunidad
- ✓ Alianzas y Recursos.



Figura 41 Plan de Mejora Organizacional

En el Área de Misión y Visión se plantean los siguientes objetivos:

- ✓ Objetivo No. 1: Identificar la misión y visión de la organización.
- ✓ Objetivo No. 2: Documentar la estructura de gobierno de la organización

✓ Objetivo No. 3: Elaborar y difundir el código de Gobierno de la Clínica.

Objetivo No. 1: Identificar la misión y visión de la organización.

Actualmente la Clínica del Deportista no cuenta con una definición de Misión y Visión, por lo tanto en la presente tesis se propone la siguiente declaración, la cual fue revisada en conjunto y aceptada por el Director de la Clínica del Deportista.

Propuesta de Misión: Brindar a toda la comunidad la mejor atención en servicios de Fisioterapia y rehabilitación física de forma personalizada.

Propuesta de Visión: Mantenerse y mejorar continuamente como el único Centro de Fisioterapia deportiva preferido por la comunidad proporcionando servicios de calidad con calidez a todos nuestros pacientes.

De igual forma se recomienda interiorizar la misión y visión dentro de la organización para introducirlos en el trabajo del día a día como una estrategia de comunicación organizacional al interior de la organización

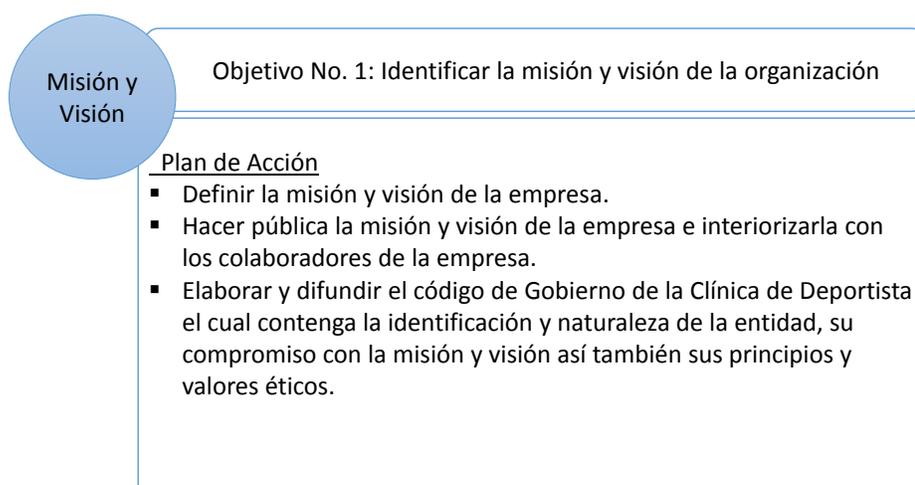


Figura 42 Plan de acción Misión y Visión

Lo anterior marca el cumplimiento del estándar GLD.3 referente a la capacidad que tienen los para comprometerse con la misión de la organización y de la creación de los planes y políticas necesarios para cumplir dicha misión.

Objetivo No. 2: Documentar la estructura de gobierno de la organización

Como resultado de lo encontrado en el presente estudio, no existe una estructura de gobierno de la organización que se encuentre definida y documentada por el tamaño de estructura organizacional que actualmente posee la Clínica del Deportista, no obstante independientemente del tamaño de la empresa es importante formalizar dichos aspectos debido a que pueden ser requisitos indispensables para hacer frente al mercado actual.

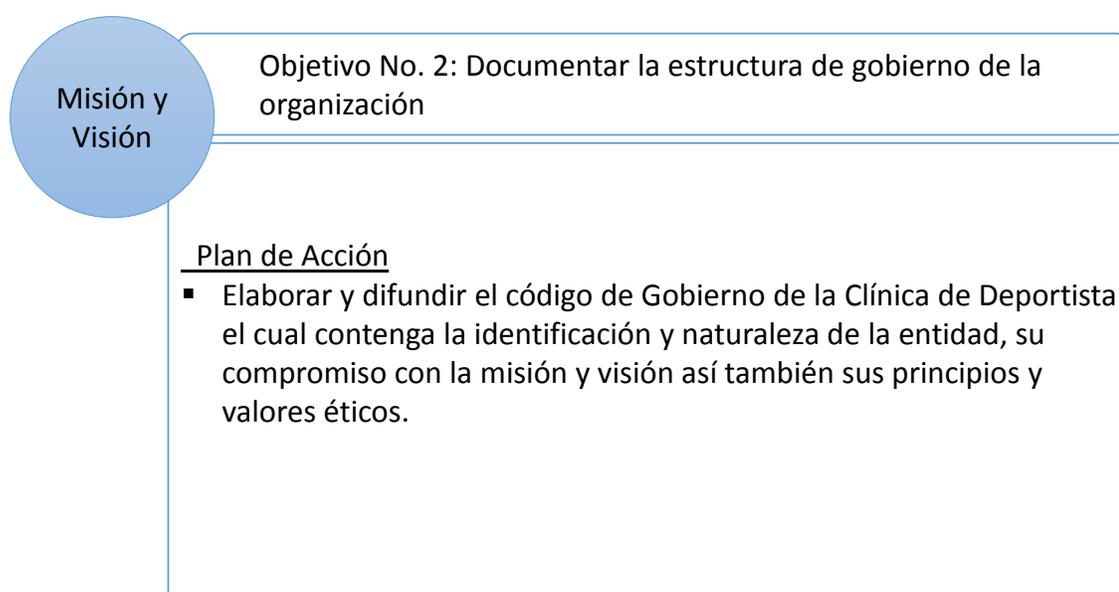


Figura 43 Plan de Acción Estructura de Gobierno

Por ello se plantea el siguiente plan de acción para el cumplimiento del estándar GLD.1 que guarda relación con la capacidad de definir de manera formal la estructura de gobierno, y principios de la organización.

En la Gestión de Recursos Humanos se plantea los siguientes objetivos:

- ✓ Objetivo No.1.- Contar con el personal capaz y cualificado para cumplir su misión, visión.

- ✓ Objetivo No 2.- Incorporar procesos de evaluación del desempeño del personal.
- ✓ Objetivo No 3. - Ofrecer al personal oportunidades de aprendizaje y superación.

Objetivo No.1: Contar con el personal capaz y cualificado para cumplir su misión, visión.

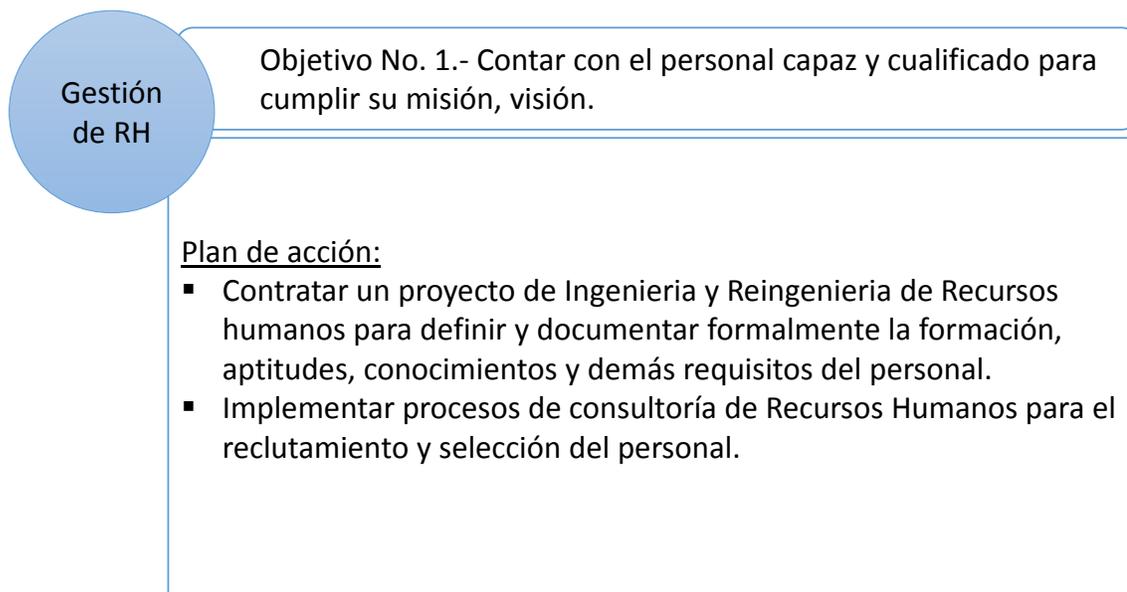


Figura 44 Plan de acción Gestión de RH

Dado que no existe un proceso establecido para cuando se contrata personal nuevo, las entrevistas y evaluación son realizadas por el director, no se cuenta con un departamento de recursos humanos por el tamaño de la empresa y tampoco existe un documento que indique las responsabilidades ni competencias de los cargos por lo cual se recomienda la implementación de un proyecto de reingeniería de recursos humanos a fin de definir formalmente la formación y habilidades requeridas, proceso de reclutamiento y selección con lo anterior se cubren los estándares SQE1, SEQ2, SQE3,

SQE4, SQE5, SQE 6 y 10 relacionados a la formación, aptitudes y cualificaciones del personal.

Objetivo No 2. Incorporar procesos de evaluación del desempeño del personal.

En base a la información recopilada de las entrevistas, se encuentra una oportunidad de mejora en aspectos de administración del recurso humano, al no tener un proceso que permita medir el desempeño laboral de sus colaboradores.

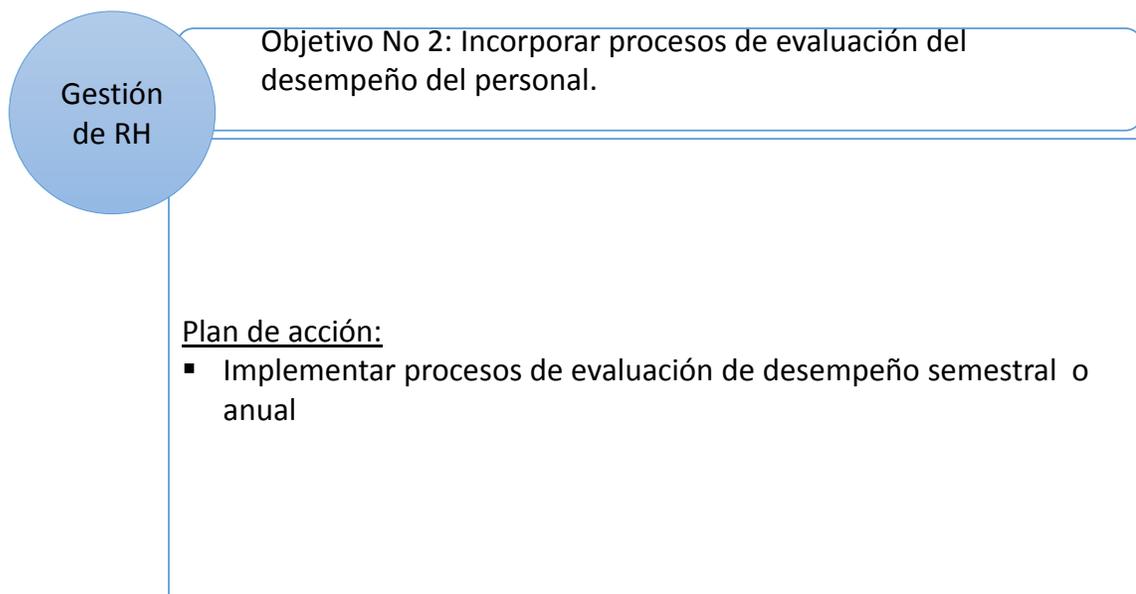


Figura 45 Plan de acción Evaluación de Desempeño

El estándar SQE.11 no cubierto por la organización se refiere a la existencia de un proceso que permita evaluar la calidad de los servicios prestados por cada miembro del personal médico.

Por ello se propone la adopción de un procedimiento formal para identificar a los colaboradores que cumplen las expectativas y a quienes no lo hacen a fin de dar la respectiva retroalimentación con el propósito de buscar puntos de mejora que permita a la empresa lograr sus objetivos de mejor forma.

Objetivo No 3. - Ofrecer al personal oportunidades de aprendizaje y superación

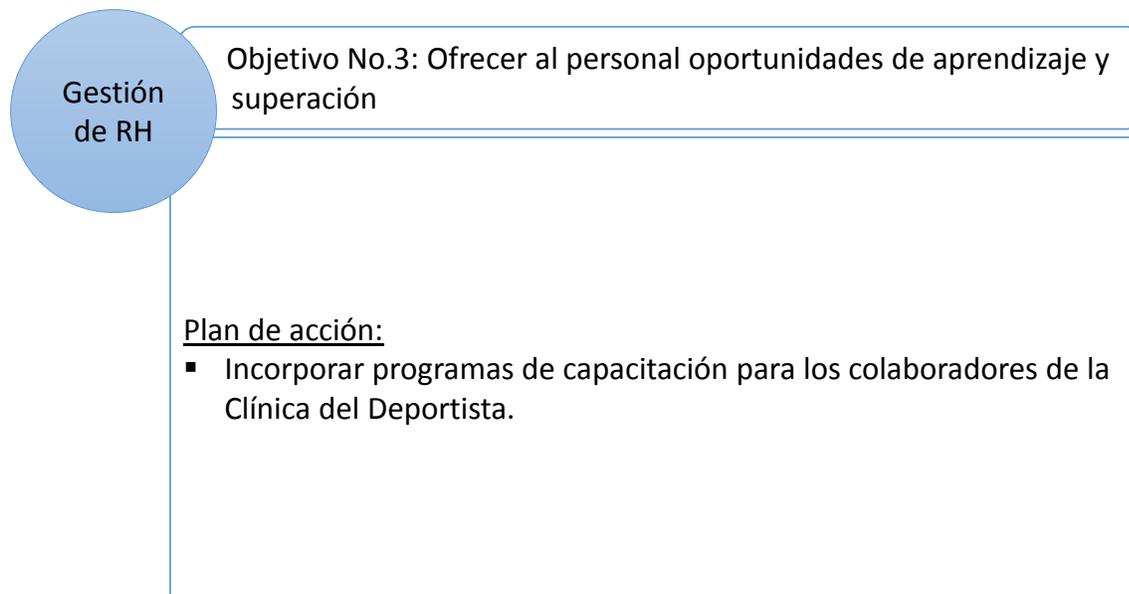


Figura 46 Plan de acción capacitación de personal

El tercer objetivo de esta área recomienda la adopción de un plan de capacitación para los colaboradores de la empresa en base a las necesidades organizacionales y con el objetivo de lograr un cambio en la forma en que se realizan las actividades para hacerlas de forma eficiente y con ello cubrir el estándar SQE8 relacionado al plan de capacitación del personal.

En el área de la Comunicación e Información se proponen los siguientes objetivos de mejora:

- ✓ Objetivo No.1: Mejorar el acceso a la información de los servicios.

El objetivo planteado buscar fortalecer la comunicación de la Clínica del Deportista con la comunidad en la difusión de los servicios ofrecidos incorporando canales de comunicación adicionales que actualmente existen.

Objetivo No.1: Mejorar el acceso a la información de los servicios.



Figura 47 Plan de acción Comunicación con la comunidad

Durante el desarrollo de la presente tesis, la Clínica del Deportista llevo a cabo las actividades de actualización del letrero con los servicios que actualmente se ofrecen, así también se incorporó letreros de publicidad que muestran a pacientes realizando ejercicios de rehabilitación, según lo indicado por la dirección de la misma, se evidenció un incremento en la cantidad de los pacientes.

En el área de Alianzas y recursos, se plantean las siguientes propuestas:

- ✓ Objetivo No. 1: Fortalecimiento financiero de la Clínica del Deportista
- ✓ Objetivo No 2: Masificación del servicio ofrecido por la Clínica del Deportista

Objetivo No. 1: Fortalecimiento financiero de la Clínica del Deportista

Como parte de las recomendaciones de mejora del presente estudio se sugiere la búsqueda de fuentes de financiamiento con entidades como: Corporación Financiera Nacional: A través del proyecto de financiamiento para las pequeñas y medianas

empresas (Pymes), cuenta con un programa llamado “Fondo de Garantía”, está destinado a aquellos emprendedores que no disponen de las garantías exigentes por las instituciones financieras. “*El Emprendedor*” (2014).

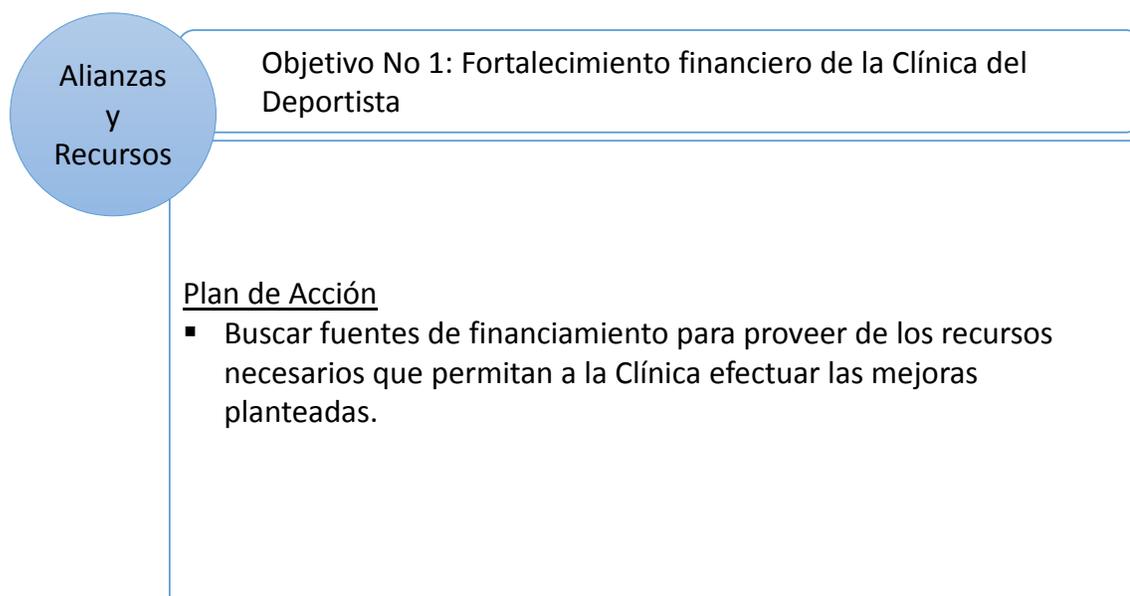


Figura 48 Plan de acción fortalecimiento financiero

Banco del Pacífico: Por medio del crédito Pyme Pacífico dirigido a pequeñas y medianas empresas para el financiamiento, ofrece préstamos de hasta \$1,000,000 con una tasa de interés aproximada del 9.76%.” *Banco Nacional de Fomento*” (2014).

Objetivo No 2: Masificación del servicio ofrecido por la Clínica del Deportista.

El presente objetivo recomienda la realización de convenios con otras entidades de salud, que generen una demanda de los servicios que ofrece la Clínica del Deportista tales como el IESS que actualmente lleva esta iniciativa con hospitales y prestadores privados para cubrir la demanda insatisfecha de usuarios. “*El IESS mantiene convenios con 116 clínicas y hospitales privados*” (2014).

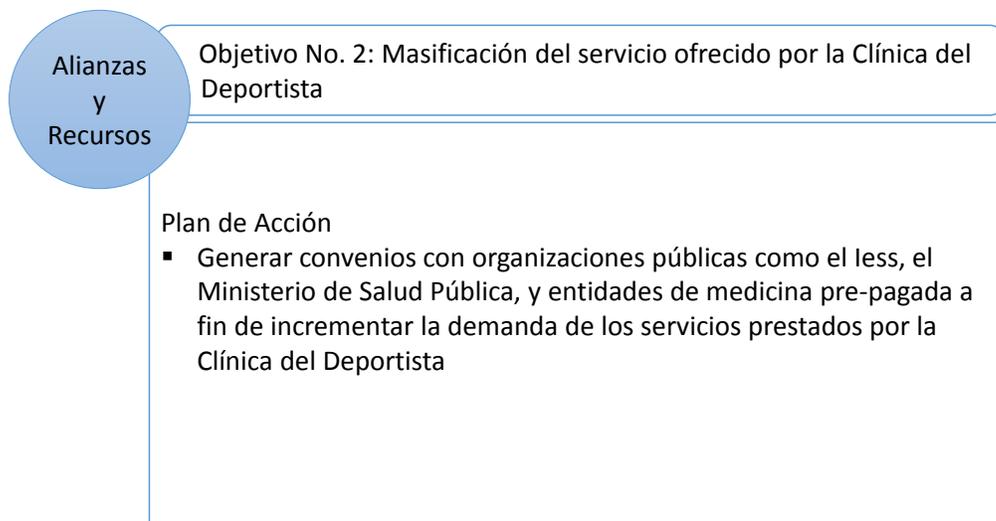


Figura 49 Plan de acción Masificación del Servicio

Se sugiere además considerar convenios con entidades de medicina prepagada como otra alternativa para promover el servicio ofrecido por la Clínica tales como Salud S.A y/o aseguradoras como Humana, Ecuasanitas, Transmédical entre otras.

4.2.3. Plan de Mejora Tecnológica

En el área de Tecnología informática se recomiendan los siguientes objetivos:

- ✓ Objetivo No. 1: Modernizar el equipamiento médico de la Clínica del Deportista
- ✓ Objetivo No. 2: Impulsar el aprovechamiento de los sistemas y tecnologías de la información en la gestión de la Clínica del Deportista de Guayaquil.

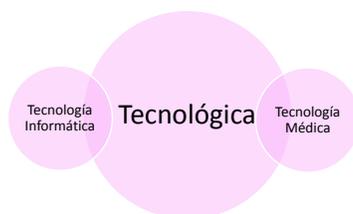


Figura 1 Plan de Mejora Tecnológica

Objetivo No. 1: Modernizar el equipamiento médico de la Clínica del Deportista

Por medio de la retroalimentación recibida en las entrevistas y la información recopilada en las encuestas, se evidencia la necesidad de una modernización del equipamiento médico en la parte de fisioterapia por lo cual se recomienda la adquisición de nuevos equipos tales como eletroestimuladores digitales, ultrasonido digital, Lasers y magnetos digitales para los cinco consultorios.

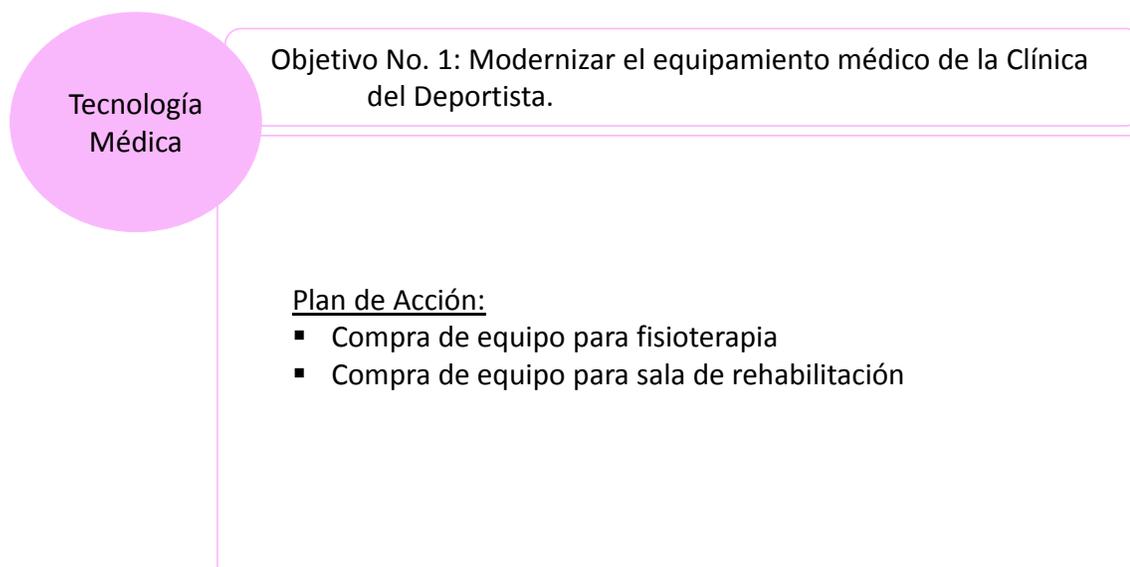


Figura 50 Plan de Acción Equipamiento Médico

En la sección de rehabilitación también se sugiere la adquisición de nuevos kits de ejercicios tales como balón inestable, tablero basculante, steps, colchonetas, elásticos y fit-ball.

Objetivo No. 2: Impulsar el aprovechamiento de los sistemas y tecnologías de la información

Actualmente la Clínica del Deportista cuenta con una computadora personal con acceso a Internet en el área de recepción, sin embargo se identifica la necesidad de contar con computadores e impresoras en los consultorios del director y del doctor, los cuales a su vez con el uso de las herramientas recomendadas en el plan de mejora en

procesos permitirían un mejoramiento y aprovechamiento de las tecnologías de la información en la gestión de las historias clínicas de los pacientes de la Clínica del Deportista.

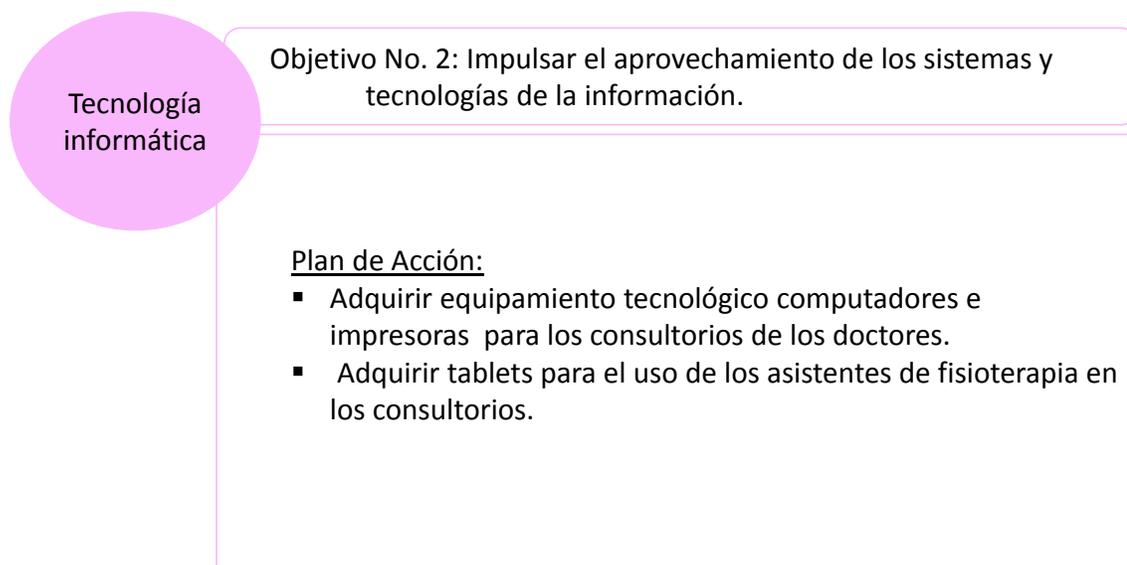


Figura 51 Plan de Acción Tecnología Informática

Para el caso de los asistentes de fisioterapia, se recomienda la adquisición de tablets y con la ayuda de los programas de gestión clínica sugeridos en la presente tesis permitirán el acceso a la información de los tratamientos a aplicar de forma más eficiente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.CONCLUSIONES

1. La Clínica del Deportista de Guayaquil, cuenta con 16 años de experiencia brindando sus servicios, y su gran aceptación y conocimiento por parte de la comunidad sostienen una fortaleza para el crecimiento de la empresa.
2. La falta de presupuesto de inversión no ha permitido que la Clínica incorpore mejoras en áreas de infraestructura, equipos tecnológicos, equipos médicos, capacitación de personal para mejorar aún más el nivel de servicio percibido por los pacientes.
3. La Clínica del Deportista de Guayaquil, no cuenta con una declaración formal de objetivos expresados en su Misión y Visión que toda organización debe poseer, de acuerdo a las prácticas de administración modernas, sin embargo en el presente proyecto de Tesis se adjunta propuesta de Misión y Visión aceptada y revisada en conjunto con la dirección de la empresa.
4. La Clínica del Deportista de Guayaquil, no cuenta con un esquema de evaluación del desempeño, lo que no le permite recibir ni brindar retroalimentación al personal de manera formal y no empírica como se lleva actualmente.
5. La Clínica del Deportista de Guayaquil, no cuenta con un código de ética y reglamento interno que permitan definir formalmente su marco de actuación, sin embargo se inculca el cumplimiento a los colaboradores de las normas éticas y mejores procedimientos para la atención de los pacientes de manera verbal.

6. La Clínica del Deportista de Guayaquil, no cuenta con documentación que describa formalmente el perfil de competencias y responsabilidades de cargo del personal de la empresa.
7. La Clínica del Deportista de Guayaquil no cuenta con un plan de mantenimiento de la instalación de los sistemas básicos, por lo cual es susceptible a no mantener las condiciones de atención adecuadas en caso de fallas en los mismos.
8. La Clínica del Deportista de Guayaquil no posee un plan de capacitación formal para su personal lo cual permite mayor profesionalización y mejoras en la calidad de atención brindada.
9. La Clínica del Deportista de Guayaquil no cuenta con información médica de su personal, lo cual no permite que se implemente un plan de medicina laboral preventiva para salvaguardar la salud del personal, sin embargo si se cuenta con un médico general como parte del personal lo que representa una ventaja para la implementación del plan de salud.
10. El servicio brindado por la Clínica del Deportista y su personal tiene gran aceptación por parte de la comunidad, sin embargo se sugieren mejoras a nivel de imagen, infraestructura, procesos y climatización del ambiente para percibir un mejor servicio.
11. La Clínica del Deportista de Guayaquil realiza todos los esfuerzos posibles dentro de sus limitantes de presupuesto para brindar el mejor servicio, lo que se traduce en la gran aceptación por parte de la comunidad.
12. La delincuencia y mendicidad del sector no han permitido que la Dirección de la Clínica del Deportista de Guayaquil implemente estrategias de publicidad por el

temor de ser asaltado. Sin embargo, se acogió lo sugerido en la presente tesis implementándose gigantografías publicitarias lo que permitió un incremento de los pacientes de acuerdo a lo indicado por el director de la Clínica.

13. La Clínica del Deportista de Guayaquil, no cuenta con la tecnología informática en sus procesos diarios lo que no permite usar la información como activo estratégico de la empresa ni tampoco planificar y diseñar procesos de gestión de la información para cumplir con las necesidades de información.

6.RECOMENDACIONES

1. Buscar alternativas de financiamiento con entidades como la Corporación Financiera Nacional o el Banco del Pacífico para impulsar el desarrollo de la Clínica del Deportista.
2. Retomar la oferta de servicios adicionales tales como radiología, ya que las encuestas realizadas a los pacientes denotan la necesidad del mismo y su alto nivel de aceptación.
3. Ampliar el sistema de terapias, expuesto por los pacientes en las encuestas realizadas en el presente proyecto de tesis.
4. Promover la masificación del servicio ofrecido mediante la publicidad para atraer más clientes por medio de la inclusión de gigantografías publicitarias en las instalaciones de la Clínica del Deportista, así también incrementar su participación en medios sociales como Facebook e incorporar su presencia en medios como Twitter y/o Instagram.
5. Revisar el esquema de sus horarios de atención acoplándose a las necesidades de los clientes, e incorporar el proyecto de citas médicas.
6. Remodelar la infraestructura y mobiliario de la Clínica del Deportista para brindar mayor comodidad a la estadía del paciente.
7. Realizar la gestión pertinente para la celebración de convenios con el less, Ministerio de salud Pública o empresas de medicina Prepagada, con el fin de atraer la mayor cantidad de clientes para la Clínica del Deportista.
8. Incrementar la climatización del ambiente en el área de rehabilitación expuesto por los pacientes en las encuestas realizadas en el presente proyecto de tesis.

9. Mejorar los procesos y gestión de la información mediante la incorporación de herramientas tecnológicas.
10. Promover la incorporación de equipamiento moderno para proveer el servicio de fisioterapia y rehabilitación.
11. Actualizar la información presentada al público en la entrada de la Clínica del Deportista, y eliminar los servicios que actualmente no son ofrecidos por la misma.
12. Incorporar un plan de mantenimiento de las instalaciones y servicios básicos, para asegurar la continuidad del servicio de calidad ofrecido por la Clínica del Deportista.
13. Mejorar la gestión de historias Clínicas del paciente incorporando un código único de identificación así también códigos de diagnóstico estandarizados en la ficha médica.
14. Llevar a cabo un programa de dotación de equipo informático para la Clínica del Deportista de Guayaquil para incluir a la tecnología en la gestión de historias clínicas de los pacientes
15. Gestionar un plan de vacunación del personal con entidades como el Ministerio de Salud Pública.
16. Gestionar la incorporación de la ficha médica del personal con entidades como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
17. Hacer pública la Misión y Visión de la empresa e interiorizarla en el personal que labora en la Clínica del Deportista.

18. Gestionar un plan de capacitación del personal a fin de adquirir mayor profesionalización e incrementar el nivel de satisfacción del cliente de la Clínica del Deportista.
19. Promover un esquema de evaluación de desempeño formal para el personal, a fin de contar con retroalimentación para la búsqueda de oportunidades de mejora de los procesos llevados en la empresa.

7.REFERENCIAS

Amador, C., & Cubero, O. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 175–179.

Asociación Dominicana de Fisioterapia. (2010). [ASOCIACION DOMINICANA DE FISIOTERAPIA Adofi]. Recuperado Julio 5, 2014, de <http://adofi.wordpress.com/codigo-de-etica/adofi/conceptos-de-fisioterapia/>

Aspectos prácticos de la calidad en el servicio - Equipo Vértice. (n.d.).

Recuperado de

http://books.google.es/books?id=SniadKuZkpoC&printsec=frontcover&dq=calidad+en+el+servicio&hl=es&sa=X&ei=3BBNVK2tMc_GgwSGloHACw&ved=0CDYQ6AEwBA#v=onepage&q=calidad%20en%20el%20servicio&f=false

Bravo, M. P. (1994). *El marketing y su utilidad en la pequeña empresa.*

Ediciones Díaz de Santos.

Cano, J. (2007). *Business_Intelligence_competir_con_informacion.pdf.*

Center for History and New Media. (n.d.). Guía rápida. Recuperado de http://zotero.org/support/quick_start_guide

Club Excelencia en Gestión. (2014, June). Especial Modelo EFQM 2013.htm.

Recuperado Julio 5, 2014, de <http://www.visionceg.com/index.php/modelo-efqm-2013>

CONADIS. (n.d.). Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades.

Recuperado Julio 5, 2014, de <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec>

Credito Produccion, comercio, servicio. (n.d.). Recuperado Enero 2, 2015, de https://www.bnf.fin.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=359&Itemid=316&lang=es

D' Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica*, 16(2), 124–132.

Diana Cuervo, F. L. (2013, May 27). *Confederacion Latinoamericana de Fisioterapia*. Recuperado de <http://prezi.com/y1ep188qlhv0/untitled-prezi/>

Elices, E. (2014, Julio 5). Garantía de Calidad en Atención Primaria. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/62729738/Garantia-de-Calidad-en-Atencion-Primaria>

El IESS mantiene convenios con 116 clínicas y hospitales privados | El Comercio. (n.d.). Recuperado Enero 2, 2015, de <http://www.elcomercio.com.ec/tendencias/ieess-mantiene-convenios-116-clinicas.html>

El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud, Propuestas Para Un Debate - Ignacio Para Rodríguez-Santana - Google Books. (n.d.). Recuperado Noviembre 29, 2014, de http://books.google.com.ec/books?id=_PPczb7qiaG&pg=PA35&lpg=PA35&dq=modelos+de+gestion+obsoletos+en+salud&source=bl&ots=jYZd-sAD3K&sig=F2LdYrRqXcmdw4yZ-EY2zVhgRuE&hl=es-419&sa=X&ei=4yF6VK_dBoSnNsi9g8AP&ved=0CCEQ6AEwAA#v=onepage&q=modelos%20de%20gestion%20obsoletos%20en%20salud&f=false

El Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio Aiteco Consultores. (n.d.). Recuperado Octubre 25, 2014, de <http://www.aiteco.com/modelo-servqual-de-calidad-de-servicio/>

Federación Ecuatoriana de Fisioterapia. (2011). Recuperado Julio 5, 2014, de <http://prezi.com/nhohob8cl4sj/federacion/>

Gallego, T. (2007). Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia. Ed. Médica Panamericana.

Gutierrez, E., Ramos, W., Uribe, M., Ortega-Loayza, A. G., Torres, C., Montesinos, Galarza, C. (2009). Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios de la farmacia central de un hospital general de Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 26(1), 61–65.

Hospital Metropolitano. (n.d.). Hospital Metropolitano.htm. Recuperado de <http://www.hospitalmetropolitano.org/es/noticia.php?ref=17%3A0%2C52%3A0%2C117%3A7>

Instituto de Salud Pública Departamento de Salud Ocupacional y Contaminación Ambiental Santiago. (2007). Manual de evaluacion por estandares de calidad.pdf.

ISO 9001 Estructura Organizativa de la norma. (n.d.). Recuperado Enero 3, 2015, de <http://www.normas9000.com/condiciones-iso-9001.html>

Joint Commission International. (n.d.). About The Joint Commission | Joint Commission. Recuperado Julio 5, 2014, de http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx

Joint Commission International, & Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2011). Joint Commission International accreditation standards for hospitals. Joint Commission International.

José Luis Duarte. (2009). Calidad del Servicio.

Julio Cano, & Alvaro Santivañez. (2012). Proyecto de mejora continua: Mejora en la Calidad de atención en consultorio externo en el HONADOMANI San Bartolomé.

Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2004). *Sistemas de información gerencial: administración de la empresa digital*. Pearson Educación.

Lina Gonzales. (2005). El modelo de gestión clínica en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, *48(3)*, 221–227.

Lopez, L. (2012). 2.- MODELOS DE GESTION DE CALIDAD.pdf.

Luis Sáenz. (n.d.). Desarrollo de nuevas modalidades de atención a la salud en Costa Rica.

Malagón, G., Galan, R., & Ponton, G. (2006). *Garantía de calidad en salud*. Ed. Médica Panamericana.

Marianna Barrios. (2011). Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios, *18(1)*, 80–87.

Murillo, D. A. (2012). *Gestión de enfermería y los servicios generales de organizaciones sanitarias*. Ediciones Díaz de Santos.

Normas ISO 9001. (2015, March 1). Recuperado de [http://www.alconet.com.ar/ISO/calidad008.html#ISO 9001](http://www.alconet.com.ar/ISO/calidad008.html#ISO%209001)

Organizacion Panamericana de la Salud. (2009, August 11). PREMIO A LA CALIDAD CON CALIDEZ EN LA ATENCIÓN EN SALUD. Recuperado Julio 3, 2014, de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=164:premio-calidad-calidez-atencion-salud&catid=300:campaigns-and-initiatives&Itemid=360

Ortega, M. C., & Suarez, M. G. (2009). *Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería / Manual Evaluation of Service Quality in Nursing: Estrategias para su aplicación / Strategies for its Application*. Ed. Médica Panamericana.

Oteo. (2012). *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Ediciones Díaz de Santos.

Palacios, L., Gens Barberà, M., Hernández, N., & Vidal, E. (2008). Acreditación externa de calidad. «Oportunidad de mejora a través de la experiencia». *Atención Primaria*, 40(10), 517–519. doi:10.1157/13127233

Paneque, J. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=21430104>

Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. (n.d.). Recuperado Noviembre 28, 2014, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331005>

Pérez Lugo, J., Suárez, P. K., Bentacourt, J. de los S., & Cote, G. P. (2008). Modelos de gestión de la salud en Venezuela en la década de los 90. *Revista de Ciencias Sociales*, 14(2), 346–357.

Ponjuan. (1998). Piramide informacional de Ponjuan | Fotos - Fotografía - Blog de Fotografía. Imágenes y Fotos. Recuperado Julio 5, 2014, de: <http://www.fotos.com.es/2012/04/26/piramide-informacional-de-ponjuan/>

Ferrer(2012) Propiocepción: ¿Qué es y para qué sirve? - Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Pública Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Pública. Recuperado Febrero 8, 2015, de: <http://www.fisioenap.com/propiocepcion-que-es-y-para-que-sirve/>

Restrepo, R. (2008). *Rehabilitación en salud, 2.a edición*. Universidad de Antioquia.

Roadmap. (n.d.) *Modelo EFQM de Excelencia*. Business. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/roadmap/modelo-efqm-348592>

Serpa, G. R. (n.d.). Conocimiento, información y alfabetización en información.

Recuperado de

<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/index/assoc/HASHab9a.dir/doc>

Software gestión de historiales médicos. Programa historiales médicos. (n.d.).

Recuperado Enero 2, 2015, de <http://www.netclinicas.com/software-para-clinicas.html>

TQM Asesores. (2012). El Modelo EFQM de Excelencia. Nueva versión.htm.

Recuperado de <http://www.tqm.es/TQM/ModEur/ModeloEuropeo.htm>

Urquizu. (2010). Datos, información y conocimiento.htm.

Vera. (2012, August 20). Joint Commission. Acreditación Internacional en Salud.

Recuperado Julio 5, 2014, de <http://www.isotools.org/2012/08/20/joint-commission-acreditacion-internacional-en-salud/>

Vicepresidencia de la República del Ecuador » Programas / Servicios. (n.d.).

Recuperado Julio 5, 2014, de <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas-servicios/>

World Confederation for Physical Therapy. (n.d.). World Confederation for Physical Therapy (WCPT).htm. Recuperado Julio 5, 2014, de <http://www.wcpt.org/>

8.APÉNDICES

8.1. Apéndice A: Estándares de Acreditación de la JCI

Tabla A1 *Objetivos Internacionales seguridad del Paciente (IPSG)*

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			
Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG)			
Objetivo	Requisito	Elemento Medible	
IPSG 1	Identificar correctamente a los pacientes	La organización desarrolla un enfoque para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se identifica al paciente utilizando dos identificadores, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente. 2. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados. 3. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos. 4. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos. 5. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica de identificación del paciente consistente en todas las situaciones y en todas las áreas de la organización.
IPSG 2	Mejorar la comunicación efectiva	La organización desarrolla un enfoque para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico anota la orden o resultado del análisis. 2. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico vuelve a leer dicha orden o resultado. 3. La orden o el resultado del análisis son confirmados por la persona que los dio. 4. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica consistente para la verificación de la comunicación verbal o telefónica.
IPSG 3	Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	La organización elabora de forma colaborativa una política y/o un procedimiento que identifica la lista de medicamentos que la organización considera de alto riesgo, en base a sus propios datos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se desarrollan políticas y/o procedimientos que definan la identificación, la ubicación, el etiquetado y el almacenamiento de medicación de alto riesgo. 2. Se implementan las políticas y procedimientos. 3. No hay electrolitos concentrados en unidades de atención al paciente, salvo en aquellas áreas donde la política lo autorice, sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra su administración involuntaria. 4. Los electrolitos concentrados que se almacenan en las unidades de atención al paciente se identifican (etiquetan) claramente y se almacenan de forma que tengan un acceso restringido.
IPSG 4	Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto	La organización desarrolla un enfoque para asegurar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización emplea una marca reconocible automáticamente para la identificación del sitio quirúrgico y hace participar al paciente en el proceso de marcado. 2. La organización emplea una lista de verificación u otro proceso para verificar que todos los documentos y el equipo necesarios estén a mano, sean los correctos y funcionen. 3. El equipo quirúrgico completo lleva a cabo y documenta el Tiempo Fuera ("time-out") justo antes de comenzar un procedimiento quirúrgico.
IPSG 5	Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria	La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización adoptó o adaptó guías para la higiene de manos actualmente publicadas y generalmente aceptadas. 2. La organización implementa un programa efectivo para la higiene de manos. 3. Se desarrollan políticas y/o procedimientos para reducir continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
IPSG 6	Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas	La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización implementa un proceso para la evaluación inicial del riesgo de caídas del paciente y una reevaluación del paciente cuando así lo indique un cambio su estado, su medicación, etc. 2. Se implementan medidas para reducir el riesgo de caídas en los pacientes con riesgo de caídas identificado. 3. Se monitorizan los resultados obtenidos por las medidas implementadas, tanto el éxito en la reducción del daño producido por caídas como cualquier consecuencia no intencionada relacionada. 4. Las políticas y los procedimientos apoyan la reducción continua del riesgo de daño al paciente producido por caídas en la organización.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A2 Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			
Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)			
Objetivo	Requisito	Elemento Medible	
ACC1	Admisión en la organización	Los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria, o inscritos para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El cribado se inicia en el momento del primer contacto, dentro o fuera de la organización. 2. Según los resultados del cribado, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos de la organización 3. Sólo se acepta a los pacientes si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados. 4. Existe un proceso para proporcionar los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de determinar si el paciente deberá ser admitido, transferido o derivado. 5. Las políticas identifican las pruebas diagnósticas que se consideran necesarias antes de admitir al paciente. 6. Los pacientes no son admitidos, transferidos ni derivados antes de que estén disponibles los resultados de las pruebas necesarias para tomar estas decisiones
ACC2	Continuidad de la atención	La organización diseña y desarrolla procesos que permiten la continuidad de la atención al paciente dentro de la propia organización y entre diferentes profesionales sanitarios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes de servicios y áreas diseñan e implementan procesos que respaldan la continuidad y la coordinación de la atención, incluidos aquellos identificados en la declaración de intención. 2. La indicación de los traslados dentro de la organización se determina mediante normas o criterios establecidos. 3. La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de atención al paciente. 4. La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.
ACC3	Alta, derivación y seguimiento	Existe una política o procedimiento para dar el alta o derivar a los pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se da de alta o deriva al paciente en base a sus necesidades de atención continuada. (Véanse también AOP.1.10, EM 1, AOP.1.11, EM 1 y GLD.6.1, EM 3) 2. Se determina si el paciente está listo para el alta utilizando criterios predeterminados que garantizan la seguridad del paciente 3. Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan temprano en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluye a la familia. 4. Se deriva y/o da el alta a los pacientes en función de sus necesidades. 5. La política de la organización establece el proceso de los pacientes que pueden salir de la organización durante el proceso de atención "con permiso de salida" para un período de tiempo definido.
ACC4	Traslado de pacientes	Se traslada a los pacientes a otras organizaciones en base a su estado y para atender sus necesidades de atención continuada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los traslados se basan en las necesidades de atención continuada del paciente. 2. El protocolo contempla el modo en que se transfiere la responsabilidad de la continuidad de la atención a otro proveedor u otro entorno. 3. El protocolo especifica quién es responsable durante el traslado y el equipamiento y material necesario durante el traslado. 4. El protocolo de traslado especifica las situaciones en que no es posible realizar el traslado. 5. Los pacientes se trasladan de manera adecuada a otras organizaciones.
ACC5	Transporte	El proceso de derivación, traslado o alta pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, tiene en cuenta sus necesidades de transporte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza una evaluación de las necesidades de transporte cuando un paciente es derivado a otro lugar de atención, cuando se traslada a otra organización sanitaria o cuando está listo para ir a su casa, tanto después de una hospitalización como de una visita de atención ambulatoria. 2. El transporte proporcionado se adecúa a las necesidades y la condición del paciente. 3. Los vehículos de transporte del hospital cumplen las leyes y normativas pertinentes respecto a su funcionamiento, condición y mantenimiento. 4. Los servicios de transporte subcontratados cumplen los requisitos de calidad y seguridad del hospital. 5. Todos los vehículos utilizados para el transporte, tanto los propios del hospital como los subcontratados, disponen del equipamiento, el material y la medicación necesaria para dar respuesta a las necesidades de los pacientes trasladados. 6. Se ha implementado un proceso para monitorizar la calidad y la seguridad del transporte que el hospital proporciona o gestiona, incluyendo el proceso de gestión de quejas

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A3 Derechos del Paciente y de su familia (PFR)

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			
Derechos del Paciente y de su familia (PFR)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
PFR1	La organización es responsable de facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.	Los líderes de una organización son los responsables principales de trato que la organización da a sus pacientes.	1. Los líderes de la organización trabajan con un proceso participativo para proteger y anticipar los derechos de los pacientes y las familias. 2. Los líderes comprenden los derechos de los pacientes y las familias 3. La organización respeta el derecho de los pacientes
PFR2	La organización apoya los derechos de los pacientes y de sus familias a participar en el proceso de atención.	Los pacientes y las familias participan en el proceso de atención tomando decisiones sobre la atención, haciendo preguntas sobre la misma e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamientos.	Se elaboran políticas y procedimientos para apoyar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención. 2. Las políticas y procedimientos respaldan el derecho del paciente a solicitar una segunda opinión
PFR3	La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su proceso para recibir y tomar medidas respecto a quejas, conflictos y diferencias de opinión sobre la atención del paciente y sobre el derecho del paciente a participar en estos procesos.	Los pacientes tienen derecho a manifestar sus quejas sobre la atención, a que dichas quejas se revisen y a que, de ser posible, se resuelvan.	1. Los pacientes son informados del proceso para manifestar una queja, conflicto o diferencias de opinión y del proceso para hacerlo. 2. Las quejas, conflictos y diferencias de opinión se investigan por parte de la organización.
PFR4	Los miembros del personal reciben educación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias del paciente y en la protección de los derechos del paciente.	La organización educa a todo el personal sobre los derechos del paciente y de la familia. La educación reconoce que los miembros del personal pueden tener valores y creencias que difieran de las de los pacientes a los que atienden.	1. Los miembros del personal comprenden su rol en la identificación de los valores y creencias de un paciente y su familia y el modo en que tales valores y creencias pueden respetarse en el proceso de atención. 2. Los miembros del personal comprenden su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.
PFR5	Todos los pacientes son informados sobre sus derechos y deberes en un formato y con un lenguaje que puedan comprender.	La admisión como paciente interno o la inscripción como paciente externo en una organización sanitaria puede ser aterradora y confusa para los pacientes, haciendo que les resulte difícil entender y actuar acorde a sus derechos y comprender sus responsabilidades en el proceso de atención.	1. Se entrega información a cada paciente sobre sus derechos y responsabilidades. 2. La definición de derechos y deberes está expuesta en la organización o accesible continuamente de otra forma para los profesionales.
PFR6	El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido por la organización, que lleva a cabo el personal capacitado en un lenguaje que el paciente pueda entender.	Una de las principales formas en las que los pacientes se involucran en sus decisiones de atención es otorgando un consentimiento informado.	1. La organización cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos. 2. Se capacita al personal designado a fin de implementar las políticas y los procedimientos.
PFR7	La organización informa a los pacientes y a las familias sobre cómo acceder a estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos.	Una organización que lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos informa a los pacientes y a las familias respecto a cómo obtener acceso a dichas actividades, cuando fuera relevante, para las necesidades de tratamiento del paciente.	1. Se identifican los pacientes y las familias adecuados y se les informa sobre cómo obtener acceso a los estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento. 2. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los beneficios esperados. 3. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre posibles molestias y riesgos.
PFR8	Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en estudios, investigaciones y ensayos clínicos.	Cuando los pacientes y las familias deciden participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se otorga un consentimiento informado.	1. Cuando un paciente decide participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se obtiene un consentimiento informado. 2. Las decisiones consentidas se documentan, fechan y basan en la información identificada 3. La identidad de la o las personas que facilitan la información y obtienen el consentimiento se anota en la historia clínica del paciente. 4. El consentimiento se documenta en la historia clínica del paciente mediante firma o consentimiento verbal.
PFR9	La organización cuenta con un comité u otras formas de supervisar toda investigación en la organización en la que participen sujetos humanos.	Cuando la organización lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos que involucran a seres humanos, se instaura un comité u otro mecanismo para la supervisión de todas las actividades al respecto dentro de la organización.	1. La organización cuenta con un comité u otro mecanismo para supervisar todas las investigaciones dentro de la organización. 2. La organización establece una clara declaración de propósito para las actividades supervisadas. 3. Las actividades supervisadas incluyen un proceso de revisión.
PFR10	La organización informa a los pacientes y a las familias sobre cómo decidir la donación de órganos y otros tejidos.	La organización apoya la decisión de los pacientes y las familias de donar órganos y otros tejidos para investigación o trasplante.	1. La organización apoya las decisiones del paciente y de la familia sobre la donación de órganos y otros tejidos. 2. La organización ofrece información para respaldar la decisión.
PFR11	La organización supervisa la extracción y el trasplante de órganos y tejidos.	El personal de la organización se capacita para la implementación de las políticas y procedimientos para apoyar las	1. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de obtención y donación. 2. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de trasplante. 3. El personal está capacitado en las políticas y procedimientos. 4. El personal está capacitado en lo que refiere a los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de rasplantes. 5. La organización recoge el consentimiento informado de donantes vivos. 6. La organización coopera con las agencias y organizaciones relevantes de la comunidad a fin de respetar e implementar la decisión de donar.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A4 Evaluación de pacientes (AOP)

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			
Evaluación de pacientes (AOP)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
AOP1	Las necesidades de atención sanitaria de todos los pacientes atendidos por la organización se identifican a través de un proceso de evaluación establecido.	Cuando un paciente ingresa en una organización para ser atendido o comienza tratamiento ambulatorio (ACC.1), se debe realizar una evaluación completa relacionada con los motivos por los que el paciente solicita la atención.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La política y el procedimiento de la organización definen la información de evaluación a ser obtenida en el caso de los pacientes internos. 2. La política y el procedimiento de la organización definen la información de evaluación a ser obtenida en el caso de los pacientes externos. 3. La política de la organización identifica la información que se documentará para las evaluaciones.
AOP2	Se reevalúa a todos los pacientes, a intervalos adaptados a su situación, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.	La reevaluación por parte de todos los profesionales sanitarios del paciente es fundamental para comprender si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se reevalúa a los pacientes para determinar su respuesta al tratamiento 2. Se reevalúa los pacientes para planificar la continuación del tratamiento o el alta. 3. Se reevalúa a los pacientes a intervalos adaptados según su estado y cuando haya un cambio significativo en la situación del paciente.
AOP3	Las evaluaciones y reevaluaciones las realizan personas cualificadas.	La evaluación y reevaluación de los pacientes son procesos críticos que requieren una educación, capacitación, conocimiento y destrezas especiales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización identifica a las personas cualificadas para realizar las evaluaciones y reevaluaciones de los pacientes. 2. Sólo realizan evaluaciones aquellas personas autorizadas mediante habilitación, leyes y reglamentaciones correspondientes, o certificación. 3. Las evaluaciones de emergencia las realizan personas cualificadas para ello. 4. Las evaluaciones de enfermería las realizan personas cualificadas para ello. 5. Las responsabilidades de quienes realizan las evaluaciones y reevaluaciones de los pacientes están definidas por escrito.
AOP4	Los médicos, los enfermeros y demás personas y servicios responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.	Un paciente puede ser sometido a varios tipos de evaluaciones dentro y fuera de la organización, por parte de varios departamentos y servicios diferentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se analizan e integran los datos e información de la evaluación del paciente 2. En el proceso participan todos los responsables de la atención del paciente.
AOP5	Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.	La organización cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de laboratorio, incluidos los servicios de patología clínica, requeridos según las necesidades de su población de pacientes, de los servicios clínicos ofrecidos y de los profesionales sanitarios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los servicios de laboratorio cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales. 2. Hay servicios de laboratorio adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades. 3. Hay servicios de laboratorio de emergencia disponibles, incluso fuera del horario habitual de atención. 4. Las fuentes externas se seleccionan basándose en un historia clínica aceptable y conforme a las leyes y reglamentaciones. 5. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico que hace la derivación y las fuentes externas de servicios de laboratorio.
AOP6	Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.	La organización cuenta con un sistema para proporcionar servicios de radiología y de diagnóstico por imagen requeridos por su población de pacientes, por los servicios clínicos ofrecidos y por las necesidades de los profesionales sanitarios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales. 2. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades de los pacientes. 3. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de emergencia.
AOP7	Habrà una o más personas cualificadas responsables de gestionar los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.	Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, realizados en cualquier lugar de la organización, se encuentran bajo la dirección de una persona cualificada por una capacitación, competencia y experiencia documentadas, de acuerdo a las leyes y reglamentaciones correspondientes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están bajo la dirección de una o más personas cualificadas. 2. Las responsabilidades de la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos están definidas y se llevan a cabo. 3. Las responsabilidades de la supervisión administrativa están definidas y se llevan a cabo.
AOP8	Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan	Los sistemas de control de calidad firmes son esenciales para proporcionar excelentes servicios de radiología y diagnóstico por imagen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un programa de control de calidad para los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, que está implementado. 2. El control de calidad incluye la validación de los métodos de prueba. 3. El control de calidad incluye la vigilancia diaria de los resultados de los exámenes de diagnósticos por imagen. 4. El control de calidad incluye la corrección rápida ante la identificación de una deficiencia.
AOP9	La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todas las fuentes externas de servicios de diagnóstico.	Cuando la organización emplea fuentes externas de servicios de radiología y diagnóstico por imagen, recibe y revisa regularmente los resultados de control de calidad de dicha fuente. Los resultados de control de calidad los revisan personas cualificadas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización determina la frecuencia y el tipo de datos de control de calidad de fuentes externas. 2. El profesional cualificado responsable del control de calidad de radiología, o la persona cualificada a quien designe, revisa los resultados de control de calidad de fuentes externas.
AOP10	La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales	El proceso de evaluación inicial puede identificar la necesidad de otras evaluaciones, como odontológicas, auditivas, del lenguaje, etc. La organización deriva al paciente para tales evaluaciones, dentro de la organización o en la comunidad, donde estén disponibles	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, se deriva a los pacientes dentro o fuera de la organización. 2. Las evaluaciones especializadas realizadas dentro de la organización se completan y documentan en la historia clínica del paciente.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A5 Atención del Paciente (COP)

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			
Atención de pacientes (COP)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
COP.1	Las políticas y procedimientos y las leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes.	Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en toda la organización. A fin de llevar adelante el principio de "un nivel de calidad de atención", es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes de la organización colaboran para proporcionar procesos de atención uniformes. 2. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan las leyes y reglamentaciones relevantes. 3. Se proporciona una atención uniforme que cumple con los requisitos # 1 al # 5 de la declaración de intención.
COP.2	Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente	El proceso de atención al paciente es dinámico e involucra a muchos profesionales sanitarios y puede involucrar asimismo múltiples entornos de atención, departamentos y servicios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La planificación de la atención está integrada y coordinada entre entornos, departamentos y servicios. 2. La prestación de atención está integrada y coordinada entre entornos, departamentos y servicios. 3. Los resultados o conclusiones de las reuniones de cualquier equipo de atención del paciente u otras discusiones hechas en forma conjunta se anotan en la historia clínica del paciente.
COP.3	Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.	Las organizaciones sanitarias atienden una variedad de pacientes, con variadas necesidades de atención sanitaria. Algunos pacientes son considerados de alto riesgo debido a su edad, su estado o la naturaleza crítica de sus necesidades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes de la organización identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo. 2. Los líderes elaboran políticas y procedimientos aplicables. 3. El personal recibe capacitación y emplea las políticas y procedimientos para guiar la atención.
COP.6	Los pacientes reciben apoyo para la gestión efectiva del dolor	El dolor puede ser una parte habitual de la experiencia del paciente; el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y manejo adecuados del dolor (Véase también PFR.2.5, intención del estándar).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para identificar a los pacientes que padecen dolor. 2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme a las guías sobre gestión del dolor. 3. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para comunicarse con los pacientes y las familias y educarlos, respecto al dolor. 4. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para educar al personal sobre el dolor.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A6 Gestión y Uso de Medicamentos (MMU)

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			
Gestión y uso de medicamentos (MMU)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
MMU.1	El uso de medicamentos en la organización cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes y está organizado a fin de cubrir las necesidades del paciente	Los medicamentos, como un importante recurso en la atención al paciente, deben organizarse de manera efectiva y eficiente.	1. Existe un plan, política u otro documento que identifica el modo en que los medicamentos se organizan y gestionan en toda la organización. 2. Se incluyen en la estructura organizativa todas las áreas, servicios y personas que gestionan procesos de medicación.
MMU.2	Se cuenta con una selección adecuada de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para recetar u ordenar.	Cada organización debe decidir qué medicamentos tendrá a disposición para que los profesionales sanitarios receten y ordenen.	1. Existe una lista de medicamentos en existencias dentro de la organización o a inmediata disposición, de fuentes externas. 2. Se utiliza un proceso participativo para elaborar la lista (salvo que lo haya determinado una reglamentación o una autoridad ajena a la organización).
MMU.3	Los medicamentos se almacenan de manera debida y segura.	Los medicamentos se pueden guardar en un área de almacenamiento, en una farmacia o servicio farmacéutico, en las unidades de atención al paciente, en unidades de farmacia o en las estaciones de enfermería dentro de la unidad de hospitalización.	1. Los medicamentos se guardan en condiciones adecuadas para la estabilidad del producto. 2. Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.
MMU.4	Hay políticas y procedimientos que guían las recetas, órdenes y transcripciones de medicamentos.	Hay políticas y procedimientos de la organización que guían las recetas, órdenes y transcripciones seguras de medicamentos.	1. Las políticas y procedimientos guían procedimientos seguros para recetar, ordenar y transcribir medicamentos en la organización. 2. Hay políticas y procedimientos que abordan las acciones relacionadas con las recetas y órdenes ilegibles. 3. Existe un proceso participativo para elaborar las políticas y procedimientos aplicables.
MMU.5	Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro e higiénico	La farmacia o el servicio farmacéutico preparan y dispensan los medicamentos en un entorno higiénico y seguro que cumple con las leyes, las reglamentaciones y los estándares de práctica profesional.	1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas, con el equipo y los suministros adecuados. 2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con las leyes, reglamentaciones y los estándares de práctica profesional.
MMU.6	La organización identifica a las personas calificadas autorizadas para administrar medicamentos.	La administración de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento específico y experiencia.	La organización identifica a aquellas personas que, de acuerdo con su descripción de puesto o con el proceso de asignación de privilegios, están autorizadas para administrar medicamentos. 2. Sólo las personas autorizadas por la organización y por las habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes administran medicamentos.
MMU.7	Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.	El paciente, su médico, el personal de enfermería y demás profesionales sanitarios trabajan juntos para la monitorización a los pacientes que toman medicamentos.	1. Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes, incluidos los efectos adversos 2. El proceso de monitorización es un proceso participativo. 3. La organización cuenta con una política que identifica aquellos efectos adversos que deben registrarse en la historia clínica del paciente y aquellos que deben notificarse a la organización. (Véase también QPS.6, EM 3) 4. Los efectos adversos se documentan en la historia clínica del paciente, conforme a lo establecido en la política.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A7 Mejora de la calidad y seguridad del paciente(QPS)

SECCIÓN II: Estándares de gestión de la organización sanitaria			
Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
QPS.1	Los responsables de gobernar y administrar la organización participan en la planificación y la medición de un programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente	Si una organización va a iniciar y a mantener mejoras y a reducir los riesgos para los pacientes y el personal, es fundamental que cuente con liderazgo y planificación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El liderazgo de la organización participa en la elaboración del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. 2. El liderazgo de la organización participa en la medición del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. 3. El liderazgo de la organización establece el proceso o mecanismo de supervisión para el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. 4. El liderazgo de la organización informa al gobierno acerca del programa de calidad y seguridad del paciente.
QPS.2	La organización diseña sistemas y procesos nuevos y modificados conforme a los principios de mejora de la calidad.	A menudo, las organizaciones cuentan con la oportunidad de diseñar nuevos procesos o tienen la necesidad de modificar los procesos existentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los principios y las herramientas de mejora de calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados. 2. Los elementos identificados en la intención del estándar se tienen en cuenta cuando son relevantes para el proceso que se está diseñando o modificando. 3. Se seleccionan medidas para evaluar el funcionamiento del proceso recién diseñado o rediseñado. 4. Se utilizan datos de medidas para evaluar el funcionamiento constante del proceso.
QPS.3	Los líderes de la organización identifican medidas claves de estructura, proceso y resultados para utilizar en el plan de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización.	La mejora de la calidad y la seguridad del paciente están dirigidas por los datos. La efectividad en el uso de los datos es mayor dentro de un contexto más amplio de práctica clínica basada en la evidencia y gestión basada en la evidencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes de la organización identifican las áreas relevantes para la medición y la mejora. 2. La medición forma parte del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. 3. Los resultados de la medición se comunican al mecanismo de supervisión, así como periódicamente a los líderes de la organización y a la estructura de gobierno de la organización.
QPS.4	Personas con la experiencia, el conocimiento y las habilidades adecuadas agregan y analizan sistemáticamente los datos en la organización.	A fin de llegar a conclusiones y tomar decisiones, deben agregarse y analizarse datos y transformarlos en información útil. El análisis de datos involucra a personas que entienden la gestión de la información, están capacitadas en métodos de análisis de datos agregados y saben cómo usar herramientas estadísticas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los datos se agregan, se analizan y se transforman en información útil. 2. Las personas con la experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso. 3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado. 4. Se informa de los resultados del análisis a las personas responsables de la toma de decisiones.
QPS.5	La organización tiene un proceso interno para validar los datos.	Un programa de mejora sólo tiene la validez que tengan los datos que se recogen. La validez de las medidas, por lo tanto, es fundamental para todas las mejoras.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización incorpora la validación de los datos dentro de los procesos de gestión y mejora de calidad. 2. La organización tiene un proceso interno para validar los datos que incluye los aspectos de a) a f) de la intención del estándar.
QPS.6	La organización emplea un proceso definido para identificar y gestionar eventos centinela	Cada organización establece una definición operativa de evento centinela que incluye, al menos: <ol style="list-style-type: none"> a) muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente (por ejemplo suicidio); 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes del hospital han establecido una definición de evento centinela que incluye al menos los puntos a) hasta c) incluidos en la declaración de intención. 2. La organización lleva a cabo un análisis causa raíz de todos los eventos centinela dentro del período de tiempo especificado por los líderes del hospital. 3. Los eventos se analizan cuando ocurren.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A8 Mejora de la calidad y seguridad del paciente(QPS)

SECCIÓN II: Estándares de gestión de la organización sanitaria			
Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
QPS.7	Se analizan los datos cuando muestran tendencias y variaciones no deseadas	Cuando la organización detecta o sospecha un cambio no deseado respecto a lo esperado, inicia un análisis en profundidad para determinar dónde es mejor concentrar la mejora.	El análisis en profundidad de datos tiene lugar cuando ocurren niveles, patrones o tendencias adversas. 2. Se analizan todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si aplica a la organización. 3. Se analizan todos los eventos adversos graves de fármacos, si correspondiera y según lo definido por la organización. 4. Se analizan todos los errores relevantes en la administración de medicamentos, si correspondiera y según lo definido por la organización.
QPS.8	La organización emplea un proceso definido para la identificación y el análisis de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente (near misses).	En un intento por aprender de manera proactiva dónde puede residir la vulnerabilidad del sistema a la ocurrencia real de eventos adversos.	1. La organización establece una definición de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente. 2. La organización define qué tipo de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente debe notificarse.
QPS.9	Se logra y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad	La organización emplea la información proveniente del análisis de datos para identificar posibles mejoras o reducir (o prevenir) eventos adversos.	1. La organización planifica e implementa mejoras en calidad y seguridad del paciente. 2. La organización utiliza un proceso consistente para identificar las mejoras prioritarias que son identificadas por los líderes. 3. La organización documenta las mejoras logradas y sostenidas.
QPS.10	Se emprenden actividades de mejora y de seguridad para las áreas prioritarias que identifican los líderes de la organización.	La organización utiliza recursos adecuados e involucra a las personas, disciplinas y departamentos más cercanos a los procesos o actividades a mejorar.	1. Las áreas prioritarias que identifican los líderes de la organización se incluyen en las actividades de mejora. 2. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros recursos necesarios para llevar a cabo las mejoras. 3. Los cambios se planifican y se prueban.
QPS.11	Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el persona	Las organizaciones necesitan adoptar un proceso proactivo de gestión de riesgos	Los líderes de la organización adoptan un marco para la gestión de riesgos que incluye de la a) a la f) de la intención del estándar. 2. La organización lleva a cabo y documenta el uso de una herramienta proactiva de reducción de riesgos, al menos una vez por año, sobre uno de los procesos de riesgo prioritario. 3. Los líderes de la organización toman medidas para rediseñar los procesos de alto riesgo basándose en el análisis.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A9 Prevención y Control de Infecciones (PCI)

SECCIÓN II: Estándares de gestión de la organización sanitaria			
Prevención y control de infecciones(PCI)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
PCI.1	Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones	El programa de prevención y control de infecciones cuenta con una supervisión adecuada al tamaño de la organización, los niveles de riesgo, la complejidad de las actividades y el alcance del programa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una o más personas supervisan el programa de prevención y control de infecciones. 2. La o las personas están cualificadas de acuerdo con el tamaño de la organización, los niveles de riesgo y el alcance y la complejidad del programa.
PCI.2	Existe un mecanismo de coordinación diseñado para todas las actividades de prevención y control de infecciones que involucran a médicos, personal de enfermería y demás personas, según sea adecuado para el tamaño y la complejidad de la organización.	Las actividades de prevención y control de infecciones llegan a todas partes dentro de una organización sanitaria e involucran a personas en múltiples departamentos y servicios, por ejemplo en departamentos clínicos, mantenimiento de la instalación, servicios de alimentación (catering), limpieza, laboratorio, farmacia y servicios de esterilización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un mecanismo diseñado para la coordinación del programa de prevención y control de infecciones. 2. La coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones implica la participación de los médicos.
PCI.3	El programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, guías clínicas aceptadas, las leyes y reglamentaciones correspondientes y los estándares de salubridad y limpieza.	La información es esencial para un programa de prevención y control de infecciones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El programa de prevención y control de infecciones se basa en el conocimiento científico actual. 2. El programa de prevención y control de infecciones se basa en guías clínicas aceptadas. 3. El programa de prevención y control de infecciones se basa en las leyes y reglamentaciones correspondientes.
PCI.4	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el programa de prevención y control de infecciones.	El programa de prevención y control de infecciones requiere contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos del programa y las necesidades de la organización,	<ol style="list-style-type: none"> 1. El programa de prevención y control de infecciones cuenta con el personal adecuado, conforme a lo aprobado por el liderazgo. 2. Los líderes de la organización asignan recursos adecuados para el programa de prevención y control de infecciones. 3. Los sistemas de gestión de la información respaldan el programa de prevención y control de infecciones.
PCI.5	La organización diseña e implementa un programa integral para reducir los riesgos de infecciones asociadas con la atención sanitaria en pacientes y personal sanitario.	Para que un programa de prevención y control de infecciones sea efectivo, debe ser integral, abarcando tanto la atención al paciente como la salud de los empleados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existen un programa integral y un plan para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria en los pacientes. 2. Existen un programa integral y un plan para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria en el personal sanitario. 3. El programa incluye actividades de vigilancia sistemáticas y proactivas para determinar las tasas habituales (endémicas) de infección.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A10 Prevención y Control de Infecciones (PCI)

SECCIÓN II: Estándares de gestión de la organización sanitaria			
Prevención y control de infecciones(PCI)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
PCI.6	La organización utiliza un enfoque basado en riesgos para establecer el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención sanitaria.	Cada organización debe identificar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección y los dispositivos, procedimientos y prácticas asociados que centrarán los esfuerzos para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones asociadas con la atención sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización ha establecido el enfoque del programa mediante la recogida de datos de los elementos 2. Se analizan los datos recogidos de los elementos 3. En base a la evaluación y el análisis de los datos se toman medidas para establecer o modificar el foco del programa de prevención y control de la infección de la organización.
PCI.7	La organización identifica los procedimientos y procesos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir dicho riesgo	Las organizaciones sanitarias evalúan y atienden a los pacientes empleando muchos procesos simples y complejos, cada uno de ellos asociado con un nivel de riesgo de infección para los pacientes y el personal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización identifica los procesos asociados con el riesgo de infección. 2. La organización implementa estrategias para reducir el riesgo de infección en esos procesos. 3. La organización identifica qué riesgos requieren políticas y/o procedimientos, educación del personal, cambios de práctica y otras actividades para apoyar la reducción de riesgos.
PCI.8	La organización proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, a las visitas y al personal contra las enfermedades contagiosas y protegen a los pacientes inmunodeprimidos contra las infecciones a las que son extremadamente propensos.	La organización elabora políticas y procedimientos que establecen los métodos de aislamiento y de barrera para el hospital.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los pacientes con enfermedades contagiosas, conocidas o sospechadas, son aislados conforme a la política de la organización y las guías recomendadas. 2. Las políticas y procedimientos abordan la separación de los pacientes con enfermedades contagiosas.
PCI.9	Hay guantes, máscaras, protección ocular y demás equipo de protección, jabón y desinfectantes disponibles y se usan correctamente cuando es necesario.	La higiene de las manos, las técnicas de barrera y los agentes de desinfección son herramientas fundamentales para una prevención y un control de infecciones correctos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización identifica las situaciones en las que es preciso usar guantes y/o máscaras o protección ocular. 2. Los guantes y/o máscaras o protección ocular se usan correctamente en dichas situaciones. 3. La organización identifica las situaciones en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies. 4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dicha áreas. 5. La organización adopta guías clínicas de higiene de manos de una fuente de autoridad.
PCI.10	El proceso de prevención y control de infecciones está integrado con el programa global de la organización para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.	El proceso de prevención y control de infecciones está diseñado para reducir el riesgo de infección para los pacientes, el personal y las demás personas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las actividades de prevención y control de infecciones están integradas dentro del programa de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización. 2. El liderazgo del programa de prevención y control de infecciones está incluido en el mecanismo de supervisión del programa de calidad y seguridad del paciente de la organización.
PCI.11	La organización imparte educación sobre prácticas de prevención y control de infecciones al personal, a los médicos, a los pacientes y a los familiares y demás cuidadores cuando esté indicado por su implicación en la atención.	Para que una organización tenga un programa de prevención y control de infecciones efectivo, debe educar a los miembros del personal sobre el programa, tanto cuando empiezan a trabajar como periódicamente a partir de entonces.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización desarrolla un programa de prevención y control de infecciones que incluye a profesionales, familiares y pacientes. 2. La organización proporciona formación sobre la prevención y el control de infecciones a todo el personal. 3. La organización proporciona educación sobre prevención y control de la infección a pacientes y familiares. 4. Todo el personal recibe formación sobre las políticas, procedimientos y prácticas del programa de prevención y control de infecciones.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A11 Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)

SECCIÓN II: Estándares de gestión de la organización sanitaria			
Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
GLD.1	Las responsabilidades del gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño	Existe una entidad, uno o varios propietarios o un grupo de personas identificadas responsables de la supervisión del funcionamiento de la organización y de la prestación de servicios sanitarios de calidad a su comunidad o a la población que procura obtener atención.	1. La estructura de gobierno de la organización está documentada y se identifica el nombre de los miembros del consejo de dirección y de los directivos de la organización. gerencia general.
GLD.2	Un gerente general o director es responsable de hacer funcionar la organización y cumplir con las leyes y reglamentaciones correspondientes.	El liderazgo efectivo es fundamental para que una organización sanitaria pueda funcionar de manera eficiente y cumplir con su misión.	1. Los líderes de la organización están formal o informalmente identificados. 2. Los líderes son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización. 3. Los líderes son responsables, de forma participativa, de la creación de las políticas y procedimientos necesarios para llevar adelante la misión. 4. Los líderes trabajan de forma participativa para llevar adelante la misión de la organización y asegurarse de que se sigan las políticas y los procedimientos.
GLD.3	Los líderes de la organización están identificados y son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización y de la creación de los planes y políticas necesarios para cumplir dicha misión.	Los líderes de una organización surgen de muchas fuentes. El cuerpo gobernante nombra al gerente general o director.	1. Los líderes de la organización están formal o informalmente identificados. 2. Los líderes son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización. 3. Los líderes son responsables, de forma participativa, de la creación de las políticas y procedimientos necesarios para llevar adelante la misión
GLD.4	Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planifican e implementan una estructura organizativa efectiva que apoye sus responsabilidades y autoridad.	Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con la organización.	1. Existen una o más estructuras organizativas efectivas empleadas por los líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad. 2. La o las estructuras son adecuadas para el tamaño y la complejidad de la organización. 3. La o las estructuras y procesos organizativos respaldan la comunicación entre los profesionales. 4. La o las estructuras y procesos organizativos respaldan la planificación clínica y la elaboración de políticas.
GLD.5	Una o más personas cualificadas proporcionan directivas en cada departamento o servicio de la organización	La atención clínica, los resultados de los pacientes y la gestión en general de una organización sanitaria son tan buenas como las actividades clínicas y de gestión de cada departamento o servicio por separado.	1. Cada departamento o servicio de la organización está dirigido por una persona con la capacitación, educación y experiencia acorde con los servicios prestados 2. Cuando hay más de una persona a cargo de la dirección, se definen por escrito las responsabilidades de cada una.
GLD.6	La organización establece un marco para la gestión ética que garantiza que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas comerciales, financieras, éticas y legales y que proteja a los pacientes y sus derechos.	Una organización sanitaria posee una responsabilidad ética y legal para con sus pacientes y su comunidad.	1. Los líderes de la organización establecen normativas éticas y legales que protegen a los pacientes y sus derechos. 2. Los líderes establecen un marco para el manejo ético de la organización. 3. Los líderes tienen en cuenta las normas éticas internacionales a la hora de establecer el marco ético de la organización.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A12 Manejo de la comunicación y la información (MCI)

SECCIÓN II: Estándares de gestión de la organización sanitaria			
Manejo de la comunicación y la información (MCI)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
MCI.1	La organización se comunica con su comunidad para facilitar el acceso a la atención y el acceso a la información sobre sus servicios de atención al paciente.	Las organizaciones sanitarias definen su comunidad y poblaciones de pacientes y planifican la comunicación permanente con dichos grupos claves.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización identifica su comunidad y poblaciones de interés. 2. La organización implementa una estrategia de comunicación con estas poblaciones. 3. La organización proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención. 4. La organización proporciona información sobre la calidad de sus servicios.
MCI.2	La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su atención y sus servicios y cómo acceder a los mismos.	Los pacientes y las familias necesitan información completa sobre la atención y los servicios ofrecidos por la organización, así como también sobre cómo acceder a tales servicios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización proporciona información sobre la atención y los servicios prestados a los pacientes y a las familias. 2. Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la organización. 3. La información sobre fuentes alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la organización no puede prestar la atención o los servicios.
MCI.3	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se ofrecen en un formato e idioma comprensibles.	Los pacientes solo pueden tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención si comprenden la información que se les proporciona.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un formato comprensible. 2. La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible. 3. Los familiares del paciente, principalmente los niños, actuarán como traductores sólo como último recurso.
MCI.4	La comunicación es efectiva en toda la organización	La comunicación efectiva dentro de una organización es un tema que atañe al liderazgo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes garantizan que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna. 2. Hay una comunicación efectiva en la organización y entre los programas de la misma. 3. Se da una comunicación efectiva con las organizaciones externas. 4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y las familias. 5. Los líderes comunican la misión de la organización y las políticas, planes y objetivos a todo el personal.
MCI.5	Los líderes garantizan que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.	Para coordinar e integrar la atención al paciente, los líderes desarrollan una cultura que hace énfasis en la cooperación y la comunicación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva y eficiente entre los departamentos y servicios clínicos y no clínicos y los miembros del personal. 2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos. 3. Existen canales de comunicación entre directivos y gestores.
MCI.6	La información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunica entre los profesionales médicos, de enfermería y demás profesionales sanitarios, durante cada turno del personal y entre los turnos.	La comunicación y el intercambio de información entre los profesionales sanitarios son fundamentales para un proceso de atención sin complicaciones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un proceso para comunicar información del paciente entre los profesionales sanitarios, de manera permanente o en momentos claves del proceso de atención. 2. La información comunicada incluye el estado de salud del paciente. 3. La información comunicada incluye un resumen de la atención prestada. 4. La información comunicada incluye la evolución del paciente.
MCI.7	El o las historias clínicas del paciente están a disposición de los profesionales sanitarios, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.	El o las historias clínicas del paciente son una fuente primaria de información en el proceso de atención y en la evolución del paciente, por lo que son una herramienta esencial de comunicación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La política determina qué profesionales tienen acceso a la historia clínica del paciente. 2. La o las historias clínicas están a disposición de los profesionales sanitarios que las necesitan para atender al paciente. 3. La o las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.
MCI.8	La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto al paciente.	A menudo los pacientes son trasladados dentro de la organización durante su atención. Cuando cambia el equipo de atención debido a un traslado, la continuidad de la atención al paciente requiere que la información esencial relacionada con el paciente se transfiera junto al mismo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro de la organización. 2. El resumen incluye el motivo de admisión. 3. El resumen incluye los hallazgos relevantes. 4. El resumen incluye los diagnósticos. 5. El resumen incluye todos los procedimientos realizados. 6. El resumen incluye todos los medicamentos y demás tratamientos administrados. 7. El resumen incluye el estado del paciente al momento de la transferencia.
MCI.9	La organización planifica y diseña procesos de gestión de la información para cumplir con las necesidades de información tanto internas como externas.	La información se genera y se utiliza durante la atención al paciente y para la gestión de una organización segura y efectiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades de información de los profesionales sanitarios. 2. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades de información de los gestores de la organización. 3. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización. 4. La planificación es adecuada para el tamaño y la complejidad de la organización.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

Tabla A13 Manejo de la comunicación y la información (MCI)

SECCIÓN II: Estándares de gestión de la organización sanitaria			
Manejo de la comunicación y la información (MCI)			
	Estándares	Intención	Elemento Medible
MCI.10	Se mantienen la privacidad y la confidencialidad de la información	La organización mantiene la privacidad y la confidencialidad de los datos y la información, y tiene especial cuidado en la preservación de la confidencialidad de datos e información que sean sensibles.	1. Existe una política escrita que aborda la privacidad y confidencialidad de la información que se basa en las leyes y reglamentaciones y cumple con las mismas. 2. La política está implementada. 3. Se controla el cumplimiento de la política. 4. La política de la organización define en qué medida los pacientes tienen acceso a su información sanitaria y el proceso para obtener dicho acceso cuando está permitido.
MCI.11	Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.	Las políticas y procedimientos abordan los procedimientos de seguridad que sólo permiten al personal autorizado el acceso a los datos y la información.	1. La organización cuenta con una política documentada que aborda la seguridad de la información – incluida la integridad de los datos – que se basa en las leyes y reglamentaciones o cumple con las mismas. 2. La política incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información identificada. 3. Se identifica a las personas que necesitan acceder a cada categoría de datos e información y las que tienen un cargo laboral a quienes se les permite el acceso. 4. La política está implementada. 5. Se controla el cumplimiento de la política.
MCI.12	La organización cuenta con una política sobre el tiempo de retención de historias clínicas, datos e información.	La organización elabora e implementa una política que guía la retención de las historias clínicas y demás datos e información	1. La organización cuenta con una política sobre la retención de los historia clínicas y demás datos e información. 2. El proceso de retención establece la confidencialidad y seguridad esperadas. 3. Las historias clínicas, datos e información se destruyen debidamente.
MCI.13	La organización emplea códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimiento, símbolos, abreviaturas y definiciones.	La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizada facilitan la comparación de datos e información dentro de una organización y entre organizaciones.	1. Se emplean códigos de diagnóstico estandarizados y se controla su uso. 2. Se emplean códigos de procedimiento estandarizados y se controla su uso. 3. Se emplean definiciones estandarizadas. 4. Se emplean símbolos estandarizados y están identificados y controlados los que no deben emplearse. 5. Se emplean abreviaturas estandarizadas y están identificadas y controladas las que no deben emplearse.
MCI.14	Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera de la organización se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada.	El formato y los métodos de difusión de datos e información al usuario se adaptan para satisfacer las expectativas del usuario.	1. La difusión de datos e información satisface las necesidades del usuario. 2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna. 3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que facilita su uso deseado. 4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesarios para cumplir las responsabilidades de su trabajo.
MCI.15	En la selección, integración y utilización de la tecnología de gestión de la información participa el personal clínico y de gestión necesario.	La tecnología de gestión de la información representa una importante inversión de recursos para una organización sanitaria.	1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información. 2. El personal de gestión participa en las decisiones de tecnología de la información.
MCI.16	Las historias clínicas y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizados.	Las historias clínicas de los pacientes y demás datos e información están seguros y protegidos en todo momento.	1. Las historias clínicas y la información están protegidas contra pérdidas o destrucción. 2. Las historias clínicas y la información están protegidas contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.
MCI.17	Los encargados de tomar decisiones y otros miembros del personal adecuados reciben formación y capacitación sobre los principios de gestión de la información.	Las personas de la organización que generan, recogen, analizan y usan los datos y la información reciben educación y capacitación a fin de participar efectivamente en la gestión de la información.	1. Los responsables de tomar decisiones y demás personas reciben formación sobre los principios de la gestión de la información. 2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo. 3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para apoyar la toma de decisiones.
MCI.18	Una política o protocolo, por escrito, define los requisitos para elaborar y mantener las políticas y los procedimientos internos y el proceso para gestionar las políticas y procedimientos externos.	Las políticas y protocolos tienen la finalidad de proporcionar información uniforme y estandarizada sobre el funcionamiento organizativo.	1. Existe una política o protocolo documentado que define los requisitos para la elaboración y mantenimiento de políticas y procedimientos, que incluye al menos los puntos a) hasta h) de la intención y está implementado. 2. Existe un protocolo documentado que describe el modo en que se controlan las políticas y procedimientos originados fuera de la organización y está implementado.
MCI.19	La organización inicia y mantiene un historia clínica de cada paciente evaluado o tratado	Todo paciente evaluado o tratado en una organización sanitaria como paciente ingresado, paciente externo o paciente de urgencias cuenta con una historia clínica.	1. Se abre una historia clínica para cada paciente que la organización evalúe o trate. 2. Las historia clínicas de los pacientes se conservan mediante el uso de un identificador exclusivo del paciente o algún otro método efectivo.
MCI.20	Los datos y la información agregados respaldan la atención al paciente, la gestión de la organización y el programa de gestión de calidad.	La organización recoge y analiza datos agregados para respaldar la atención al paciente y la gestión de la organización.	1. Los datos e información agregados respaldan la atención al paciente. 2. Los datos e información agregados respaldan la gestión de la organización. 3. Los datos e información agregados respaldan el programa de gestión de calidad.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

8.2. Apéndice B: Encuesta de Satisfacción del Servicio



Sexo: Masculino () Femenino ()	Edad: Menor de 18 () Entre 18 y 30 () Entre 31 y 40 años () Entre 41 y 50 años () 51 años y más ()
Actividad Principal Trabaja () Estudia () Dueña de casa () Cesante () Jubilado () Deportista ()	Estudios Básica () Universitaria () Post Grado ()

Marque con una X su respuesta

1.- El tiempo que duraron los trámites administrativos en admisiones

Entre 5 y 10 minutos <input type="checkbox"/>	Entre 11 y 15 minutos <input type="checkbox"/>
Entre 16 y 25 minutos <input type="checkbox"/>	Más de 25 minutos <input type="checkbox"/>

2.- El tiempo espero para ser atendido por el profesional el día de su cita.

Entre 5 y 10 minutos <input type="checkbox"/>	Entre 11 y 15 minutos <input type="checkbox"/>
Entre 16 y 25 minutos <input type="checkbox"/>	Más de 25 minutos <input type="checkbox"/>

3.- ¿ Durante su proceso de atención recibió educación sobre el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos ?

SI () NO ()

4.- ¿ Durante las sesiones de fisioterapia y/o rehabilitación recibió educación sobre el uso seguro y efectivo del equipamiento médico?

SI () NO ()

5.- ¿ Ha recibido información sobre el proceso para manifestar una queja, conflicto o diferencias de opinión?

SI () NO ()

6.- ¿ Durante la atención médica le llamaron por su nombre o apellido?

SI () NO ()

7.- ¿ Las instrucciones recibidas por parte del Profesional que le atendió se dieron en un formato comprensible?

SI () NO ()

CRITERIOS: Califique su satisfacción con respecto a los siguientes aspectos:

		Pésimo	Regular	Muy Bueno	Excelente
		1	2	3	4
8.	EL TRATO que usted recibió de parte del:				
	Profesional que lo atendió(Médico Tratante)				
	Personal Administrativo (Recepción)				
	Atención Personal Auxiliar (Asistente de Terapia)				
9	La confianza que le generó el profesional que le atendió				
10	La CLARIDAD DE LA INFORMACIÓN brindada por parte del:				
	Profesional que lo atendió(Médico Tratante)				
	Personal Administrativo (Recepción)				
	Atención Personal Auxiliar (Asistente de Terapia)				
11	Satisfacción Posterior a la atención recibida				
12	Las CONDICIONES DE PRIVACIDAD para su atención				
13	La LIMPIEZA Y ASEO de las instalaciones (Salas de Espera, Consultorios, Baños y demás sitios para su atención)				
14	Infraestructura Baño-Sala espera				
15	La infraestructura del Consultorio presenta las condiciones adecuadas para su atención				
16	La Infraestructura de la Sala Rehabilitación presenta las condiciones adecuadas para su atención				

17.- Le agradecemos que nos aporte al menos una sugerencia que nos permita

8.3. Apéndice C: Formato para Consentimiento informado

Sr./Sra./Srta _____ con Cédula N°

He leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible.

Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado por un fisioterapeuta colegiado.

Declaro no encontrarme en ninguna de los casos de las contraindicaciones especificadas en este documento

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar.

Asimismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

_____, ____ de _____ de _____

AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR

Ante la imposibilidad de Sr./Sra./Srta.

_____ Cédula

N° _____ de prestar autorización para los tratamientos explicitados en el presente documento de forma libre, voluntaria, y consciente.

Sr/Sra/Srta _____ Cédula N°

En calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador), decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente a la técnica descrita para los tratamientos explicitados en el presente documentos

_____, ____ de _____ de _____

FISIOTERAPEUTA

Sr/Sra/Srta. _____ con Cédula
N° _____

Fisioterapeuta de la Clínica del Deportista de Guayaquil, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de los tratamientos explicitados en el presente documentos y declaro haber confirmado, inmediatamente antes de la aplicación de la técnica, que el paciente no incurre en ninguno de los casos contraindicación relacionados anteriormente, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea correcta.

_____, ____ de _____ de _____

8.4. Apéndice D: Presupuesto estimado Plan de Mejora Clínica del Deportista

Tabla D1 *Presupuesto estimado Plan de Mejora Clínica del Deportista*

Equipamiento tecnologico			
Hardware	Cantidad	Precio	Total
computadores	2	\$ 624,11	\$ 1.248,22
impresoras	2	\$ 61,61	\$ 123,22
Tablets	5	\$ 170,00	\$ 850,00
Software			
Software de Gestion de historias clinicas	1	\$ 460,00	\$ 460,00
Digitalización de fichas médicas		\$ 4.000,00	\$ 4.000,00
Total Equipamiento Tecnológico			\$ 6.681,44
Recurso humano			
Consultoria de recursos humanos (codigo de gobierno, evaluación de desempeño, y perfil del puesto)			\$ 7.827,90
Total Recurso humano			\$ 7.827,90
Infraestructura			
Split 18000	1	\$ 550,00	\$ 550,00
sillas de espera tripersonales	5	\$ 250,00	\$ 1.250,00
escritorios2	5	\$ 157,18	\$ 785,90
sillones	4	\$ 89,00	\$ 356,00
sillas de visita	8	\$ 33,00	\$ 264,00
latex supremo 16.50 galon pintura	15	\$ 16,50	\$ 247,50
mano de obra pintura		\$ 600,00	\$ 600,00
Alfombra (metro cuadrado)	30	\$ 55,00	\$ 1.650,00
Elaboración del buzón de sugerencias	1	\$ 16,00	\$ 16,00
TV sala de espera	1	\$ 329,00	\$ 329,00
Colchones	5	\$ 100,00	\$ 500,00
Sábanas	5	\$ 14,00	\$ 70,00
Almohadas	5	\$ 15,00	\$ 75,00
			\$ 5.719,40
Publicidad			
Gigantografias de 2 metros cuadrados	3	\$ 66,67	\$ 200,00
Postal de Mision			\$ 15,00
Postal de Visión			\$ 15,00
Total publicidad			\$ 230,00
Operativa			
Impresión de formularios consentimiento informado	700	\$ 0,05	\$ 35,00
Impresión de material sobre autocuidado para el paciente mediante material explicativo y gráfico	700	\$ 0,05	\$ 35,00
Impresión de material explicativo sobre higiene de manos	1	\$ 4,00	\$ 4,00
Total operativa			\$ 74,00
EQUIPOS FISIOTERAPIA			
ELEKTROESTIMULADOR DIGITAL	1	\$ 70,00	\$ 70,00
ULTRASONIDO DIGITAL	1	\$ 700,00	\$ 700,00
LASER	1	\$ 1.384,00	\$ 1.384,00
MAGNETO DIGITAL	1	\$ 276,83	\$ 276,83
EQUIPOS REHABILITACIÓN			
Kit de ejercicios propioceptivos			
balon inestable - vasculante	1	\$ 99,00	\$ 99,00
tablero basculante (aparato de boheler)	1	\$ 93,22	\$ 93,22
step	1	\$ 390,00	\$ 390,00
colchoneta	1	\$ 18,00	\$ 18,00
elastico	1	\$ 40,00	\$ 40,00
fit-ball	1	\$ 25,71	\$ 25,71
Total equipamiento fisioterapia y rehabilitación			\$ 3.096,76
Total			\$ 23.629,50

8.6. Apéndice F: NetClínicas Software de Gestión Clínica

Net Clínicas es un software para llevar el control de las actividades de una Clínica, una ventaja del producto es que es adaptable a cualquier centro médico y posee las siguientes características:

- ✓ Agenda tipo Outlook para llevar un control de las citas.
- ✓ Módulo de gestión de pacientes
- ✓ Historial clínico y evolución de los tratamientos.
- ✓ Gestor de facturación y presupuestos.
- ✓ Control de médicos, mediante privilegios de accesos
- ✓ Integración con Microsoft Office
- ✓ Aplicación multipuesto que permite trabajar en red
- ✓ Cumple con la normativa de protección de datos.
- ✓ Emisión de circulares.
- ✓ Generación de estadísticas.
- ✓ Envío de SMS.
- ✓ Acceso a la información mediante Móvil y Tablet

8.6.1. Arquitectura de la Aplicación NetClínicas

Net Clínicas está desarrollado con tecnología Windows, los requisitos mínimos para funcionar son los siguientes:

- ✓ Sistema Operativo Windows.
- ✓ 512 Mb de memoria Ram.
- ✓ Pentium 300 Mhz o superior.

El programa dispone de gestor de base de datos multiusuario con posibilidad de conectar distintos equipos entre sí ubicados dentro de una misma oficina o en distintas oficinas.

La figura F1 muestra la arquitectura cliente/servidor de la plataforma, la base de datos reside en el servidor, y los clientes deben configurarse para poder acceder a la base, dicha configuración se encuentra disponible en la aplicación.

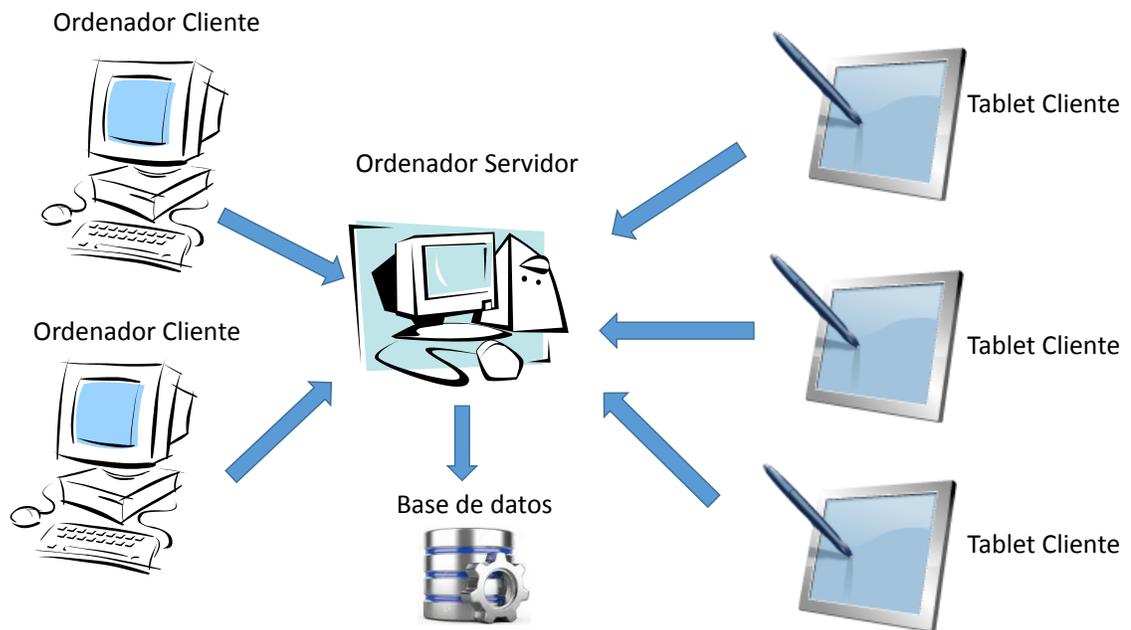


Figura F1 Arquitectura Cliente/Servidor de la aplicación
Fuente: NetClinicas, adaptado de: <http://www.netclinicas.com/>

8.6.2. Funcionalidades Principales de la Aplicación

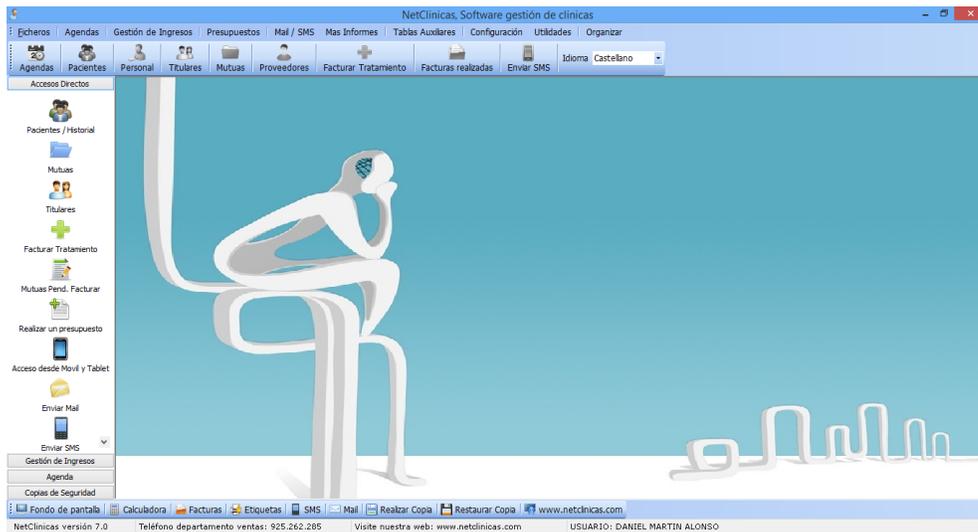


Figura F2 Pantalla principal NetClínicas

Fuente: NetClínicas, Recuperado de: <http://www.netclinicas.com/>

Especialidad	Activar
Endocrino	<input type="checkbox"/>
Masajista	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input checked="" type="checkbox"/>
Psicologo	<input type="checkbox"/>

Figura F3 Fichero de Personal

Fuente: NetClínicas, Recuperado de <http://www.netclinicas.com/>

Fichero de Pacientes

PACIENTE: MARTIN GOMEZ ALBERTO

Nuevo Borrar Grabar Cancelar Anterior Siguiente Buscar Nueva Visita Facturar Imprimir Cerrar

Datos del Paciente Listado de Pacientes

Datos Generales

Número 1 Nombre ALBERTO Apellidos MARTIN GOMEZ N.I.F. 79878978R Letra

Fecha de Nacimiento 15/04/1978 Fecha de Alta 06/06/2011 Última Actualización 03/01/2011 Número historia clínica A-000001

Sexo Masculino Domicilio C/ SANTA ENGRACIA Nº 23 1º A Población MADRID C.P. 28010

Provincia MADRID País ESPAÑA Teléfono 1 918129211 Teléfono 2

Movil e-mail ALBERTO@demo.com e-mail 2

Añadir Foto Quitar Foto

Paciente Activo
 Autorización fotográfica
 Autorización enviar Mail

Más información Observaciones Visitas / Historial clínico Documentación adjunta

Nueva Visita Eliminar Visita Mostrar Comentarios

Fecha	Profesional	Tipo Visita	Motivo Visita
08/12/2010	DANIEL MARTIN ALONSO	1 Visita	Dolor de espalda

Se observa una desviación de la cadera

Figura F4 Fichero de pacientes

Fuente: NetClínicas, Recuperado de <http://www.netclinicas.com/>

GESTIÓN DE VISITAS: MARTIN GOMEZ ALBERTO

Nuevo Borrar Grabar Cancelar Anterior Siguiente Imprimir Cerrar

VISITA DEL PACIENTE: MARTIN GOMEZ ALBERTO NHC: A-000001

General Datos Visita Evolución Tratamiento a Seguir Medicación Actual Cuestionarios Pruebas Médicas Resumen Ver documentación

Tratamiento

Orientación Diagnóstica médica Solicitud de pruebas complementarias

Orientación Pruebas complementarias

Figura F5 Gestión de visitas y tratamiento

Fuente: NetClínicas, Recuperado de <http://www.netclinicas.com/>

Facturar a un paciente

ALTA NUEVA FACTURA

Datos del Paciente

Paciente Fecha 02/01/2015

Pagador

Profesional DANIEL MARTIN ALONSO

Serie de Facturación Serie de Facturación A

Conceptos de la factura

Concepto	Observaciones	Precio Unidad	Unidades	% Iva	% Descuento	Total

Base €0,00 I.V.A. €0,00 I.R.P.F. €0,00 Total €0,00

Grabar Cancelar

Figura F6 Facturación

Fuente NetClínicas, Recuperado de: <http://www.netclinicas.com/>

Avisos de citas por SMS

Texto del SMS

Le recordamos que el día #dia# tiene cita a las #hora#. Un Saludo

los tags #dia# y #hora# se sustituyen automáticamente por el nombre del paciente y hora cuando se envía el SMS

Desde la Fecha 03/01/2015

Hasta la Fecha 03/01/2015

Enviar Cerrar

Figura F7 Notificaciones de Citas

Fuente: NetClínicas, Recuperado de <http://www.netclinicas.com/>

Gestión de usuarios y contraseñas

Gestión de personal

Profesional del centro

DANIEL MARTIN ALONSO

JOSE GOMEZ SANCHEZ

Administración de contraseñas

Contraseña del personal seleccionado

Usuario: DEMO

Contraseña: ●●●●

Confirmar contraseña:

Clave Modificación de Datos:

Derechos de Acceso

Usuario Administrador

Ver solo su agenda

Ocultar pacientes

Ocultar datos de los pacientes

Ocultar datos del personal

Ocultar datos de los titulares

Ocultar datos de las mutuas

Ocultar proveedores

Ocultar privilegios de acceso

Ocultar configuración agendas

Ocultar grabar gastos

Ocultar listado de pacientes

Ocultar facturación

Ocultar Histórico de facturación

Ocultar Listado de Facturas

Ocultar entregas a cuenta

Ocultar generar facturas

Ocultar presupuestos

Ocultar tablas auxiliares

Ocultar configuración

Ocultar Historial / Documentación

Ocultar Borrar Pacientes-Historias

Ver solo sus historiales

Poder acceder desde SmartPhone y Tablet

Figura F8 Gestión de usuarios y contraseñas

Fuente: NetClínicas, Recuperado de: <http://www.netclinicas.com/>

ALTA NUEVO PRESUPUESTO

Datos del Paciente

Paciente: [Búsqueda] [Selección] Fecha: 02/01/2015 Serie Facturación: Serie de Facturación A

Pagador: [Selección] Personal del centro: DANIEL MARTIN ALONSO

Conceptos del presupuesto

Concepto	Observaciones	Precio Unidad	Unidades	% Iva	% Descuento	Total

Base: €0,00 I.V.A.: €0,00 I.R.P.F.: €0,00 Total: €0,00

Figura F9 Gestión de presupuestos

Fuente: NetClínicas, Recuperado de <http://www.netclinicas.com/>

Fichero de Proveedores

PROVEEDOR:

Nuevo Borrar Grabar Cancelar Anterior Siguiente Buscar Cerrar

Datos del proveedor **Listado de Proveedores**

Datos Generales

Nombre C.I.F. Letra Activo

Responsable / Persona de contacto

Domicilio Población C.P. Provincia

Teléfono 1 Teléfono 2 Movil Fax e-mail

Cuenta Corriente de domiciliación

Cuenta bancaria formato IBAN

Otros Datos

Empresa de Facturación Forma de pago % IRPF

Observaciones

Figura F10 Gestión de proveedores

Fuente: NetClínicas, Recuperado de: <http://www.netclinicas.com/>