

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN  
POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE  
PEDIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO  
NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

Proyecto Terminal para obtener el título de  
Especialista en Medicina Preventiva

Presenta

Asunción Gómez Agustín

Generación 2014-2017

Directora: Mtra. Antonia I. Rodríguez Martínez

Asesor: Dr. Jorge Montes Alvarado

Tlalpan, Ciudad de México, mayo 2017.

A Dios.

A mi Familia.

A mis Amigos.

A un gran equipo en el CMN 20 de Noviembre.

Y a todos los que confiaron en mí.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	6
ANTECEDENTES .....	7
MARCO TEÓRICO .....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
JUSTIFICACIÓN .....	34
GENERAL.....	36
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
METODOLOGÍA.....	37
ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....	40
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
RESULTADOS .....	42
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	72
LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS .....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Establecimientos de Atención Médica con Certificado vigente por el SINACEAM 2017.....	11
Tabla 2. Establecimientos de Atención Médica en Proceso de Certificación por el SINACEAM 2017.....	12
Tabla 3. Diferencias entre administración y gestión en las organizaciones.....	17
Tabla 4. Los 25 factores más comunes en la gestión de la calidad por Sila y Ebrahimpour (2002).....	19
Tabla 5. Tipos de procesos en la organización.....	22
Tabla 6. Descripción de la plantilla laboral médica y administrativa del personal de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.....	44
Tabla 7. Características generales de la población que participo de los servicios de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.....	46
Tabla 8. Resultados del cuestionario de clima organizacional sobre trabajo en equipo para los servicios de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.....	47
Tabla 9. Resultados del cuestionario de clima organizacional sobre cohesión para los servicios de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.....	48
Tabla 10. Resultados del cuestionario de clima organizacional sobre compromiso para los servicios de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.....	49
Tabla 11. Características de los registros o sistemas de notificación de eventos adversos en el CMN 20 de Noviembre comparado con recomendaciones de la literatura.....	51
Tabla 12. Lista de procesos estratégicos para el funcionamiento de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.....	56
Tabla 13. Lista de procesos operativos para el funcionamiento de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.....	56
Tabla 14. Lista de procesos para el funcionamiento de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.....	57
Tabla 15. Ficha del proceso de vigilancia de eventos adversos en la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.....	60

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Funciones y objetivos de los sistemas de salud.....	14
Figura 2. Descripción de un proceso.....	23
Figura 3. Dimensiones de la calidad de la atención según diversos esquemas.....	25
Figura 4. Modelo del queso suizo de James Reason para explicar los errores en el proceso de atención al paciente.....	27
Figura 5. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.....	29
Figura 6. Organigrama de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.....	43
Figura 7. Vigilancia actual de los eventos adversos que se realiza en la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.....	52
Figura 8. Mapa de procesos dentro de los servicios de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.....	58
Figura 9. Vigilancia de eventos adversos para la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.....	59
Figura 10. Diagrama de Flujo sobre la notificación de eventos adversos del área de enfermería del CMN 20 de Noviembre.....	61
Figura 11. Diagrama de flujo para la notificación de eventos adversos en la Coordinación de Pediatría.....	62
Figura 12. Indicador del proceso de vigilancia de eventos adversos para la Coordinación de Pediatría.....	63
Figura 13. Indicador del proceso de vigilancia de eventos adversos para la Coordinación de Pediatría.....	64

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1. Funciones y objetivos de los sistemas de salud.....	54

## **INTRODUCCIÓN**

Las instituciones de salud son organizaciones que han evolucionado a lo largo del tiempo ante la demanda que los usuarios realizan para la atención de su salud, esto ha condicionado que la administración de las mismas requiera el desarrollo de nuevas herramientas que permitan cumplir con las expectativas de los pacientes.

Las organizaciones en salud deben visualizar su desarrollo y funcionamiento centrado en la atención del usuario, con la finalidad de resolver y atender de manera oportuna sus necesidades; reconocer y atender todos los elementos que interactúan e intervienen para su adecuado funcionamiento, favorece que se brinde una atención de calidad.

Ante esta situación lograr resultados adecuados, es un requisito que deben cumplir las organizaciones con sus usuarios, por lo cual deben gestionar recursos y establecer actividades orientadas al cumplimiento de los mismos.

La gestión por procesos es un mecanismo que implica la realización de un análisis de las dimensiones de una organización, entre ellas la calidad, con el fin de buscar mejoras necesarias para su funcionamiento.

El presente documento integra elementos necesarios para un modelo de gestión por procesos, como son: el mapeo de procesos, la priorización, la generación de diagramas y fichas del proceso, así como indicadores. Bajo estos elementos se diseñó un modelo para los servicios de la Coordinación de Pediatría del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre que permita proporcionar el conocimiento y orientación sobre su aplicación y funcionamiento.

## **ANTECEDENTES**

Las instituciones que brindan servicios de salud son en general, organizaciones muy complejas por todos los elementos que la comprenden: físicos, humanos, económicos, sociales y la interacción personal que día con día se debe realizar para atender las necesidades de los usuarios o clientes que dentro del contexto de la institución son pacientes.

Las necesidades y demandas que la población busca que sean atendidas se han diversificado, son más exigentes y complejas, esto ha condicionado que las organizaciones deban evolucionar para cumplir con esta situación y favorecer al mismo tiempo su funcionamiento; por lo tanto es necesario reestructurar y analizar los diferentes elementos que comprenden a la organización y facilitar su desarrollo interno.

Las organizaciones requieren de sistemas administrativos que les permita funcionar dentro de su ámbito y enfocarse en producir los resultados para las cuales fueron creadas. Se han diseñado diferentes modelos de gestión que permiten diseñar y establecer los parámetros de funcionamiento dentro de la organización para cumplir con su objetivo.

Los modelos de gestión que se han desarrollado en las organizaciones, fueron a partir de aportes de Henry Fayol y William Taylor, pioneros de la administración; ellos consideraban que deberían de organizarse en niveles jerárquicos e integrando diferentes responsabilidades y competencias dentro de cada nivel gerencial. Sin embargo con el transcurrir del tiempo, se empezaron a presentar cambios en la producción y servicios, pasando de una producción masiva a un enfoque centrado en la demanda; se visualizó la demanda del usuario o cliente, lo que condicionó una reducción en el ciclo de vida de los productos, generando un cambio y respondiendo a estas necesidades (García V, 2002).

Este cambio de enfoque favoreció la generación de tendencias para el desarrollo de la gestión, entre las que se mencionan (García V, 2002):

- La calidad total y los programas de mejoramiento continuo
- Los sistemas de producción y entregas justo a tiempo
- Esquemas de cero inventarios
- Rediseño de procesos
- Reingeniería de procesos
- El outsourcing
- Benchmarking
- La organización inteligente

Estos ejemplos se han establecido dentro de la práctica administrativa actual, con el fin de implementar una administración renovada e identificar temas que requieran una revisión dentro de las teorías clásicas, que favorezca aspectos de procesos, estructura o funcionamiento y análisis del trabajo cooperativo de los individuos (García V, 2002).

Un elemento dentro de las organizaciones que empiezan a considerar es la calidad, al identificarla de manera inicial como la medida en que se satisfacen las demandas de sus usuarios o clientes.

Antes de la década de los 70's, conforme se establecía un modelo de administración, la calidad estaba vinculada a la conformidad con ciertas especificaciones que deberían de tener los productos, por lo cual la inspección era el elemento principal para determinar el control de calidad de la producción. En la década de los 70' se empieza a desarrollar el enfoque de sistemas, orientada a una visión holística con el fin de identificar la interrelación de todos los elementos que permitiera comprender todo el sistema y no solo una parte del mismo (Llanes F, Moreno P, Arteta P, & Infante B, 2011).

A partir de la década de los 80' se plantea la orientación por procesos y la gestión total de la calidad, señalando que la calidad emerge de los procesos y compromete



a los integrantes de la organización (Llanes F, Moreno P, Arteta P, & Infante B, 2011).

El concepto de gestión de la calidad total fue promovido por Armand V. Feigenbaum, quien considero a la calidad como una herramienta de administración estratégica que requiere que todo el personal de una compañía este informado, se implementen actividades dirigidas al consumidor, sea orientada hacia la excelencia; la considera una filosofía y un compromiso para la excelencia (Giugni E., 2017).

Ante esta evolución del enfoque de calidad en las organizaciones, se ha buscado establecer programas o sistemas de gestión que permitan generar un referente y aplicarse con los instrumentos adecuados.

Un sistema de gestión de la calidad se define como un conjunto de ciertos elementos y actividades que tienen como fin la mejora continua de la calidad (Saturno, Modelos de Gestión de la Calidad aplicados a la atención primaria, 2005); la forma en que se organizan y orientan las diferentes actividades se traducen en un modelo para la gestión o mejora de la calidad.

Un modelo de referencia en las organizaciones permite identificar áreas sobre las que se tienen que actuar y evaluar, con el fin de alcanzar la máxima excelencia dentro de la organización; el modelo de gestión de la calidad es un referente y un instrumento para mejorar los servicios o productos que oferta la organización.

A lo largo del tiempo y dependiendo de las necesidades y características que se presentan dentro de las organizaciones se han desarrollado diferentes modelos de gestión de la calidad que les permitan abordar esta dimensión; la cual se refiere a la gestión que se realiza en todas las áreas y componentes de la organización, como son la gerencia, clima organizacional, satisfacción del personal, no solo a la parte de productos o los servicios que ofrezcan. (Saturno, Modelos de Gestión de la Calidad aplicados a la atención primaria, 2005)

El desarrollo de calidad en las organizaciones se operacionaliza en un Modelo de Gestión de la Calidad el cual ha recibido diferentes nombres con relación a su origen y elementos que lo integran, cuya finalidad es desarrollar el elemento de la calidad en su máxima expresión, ejemplos de este modelo son:

- Modelo Deming
- Modelo Malcolm Baldrige
- Modelo Seis Sigma
- Modelo de excelencia en calidad total (EFQM)
- Modelo ISO 9001-2015
- Modelo de Acreditación

Dentro de las organizaciones de salud en México, los modelos que se han implementado son: Modelos ISO-9001-2015, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINACEAM) del Consejo de Salubridad General y el Modelo de Gestión de Calidad en Salud por la Secretaría de Salud para todas las unidades de atención Médica.

La certificación de las unidades hospitalarias no aplica de manera obligatoria para los hospitales, parte de la iniciativa propia de las instituciones para inscribirse y cumplir los requisitos que les solicitan; el Consejo de Salubridad emite los estándares que deben de cumplir, pero no proyecta un número potencial de unidades a certificar, por lo cual solo se inscriben las instancias que están interesadas.

Los establecimientos en salud que actualmente se encuentran certificados por el SINACEAM son 225, los estándares evaluados corresponden a 4 categorías, (clínicas de atención primaria y consulta de especialidades, rehabilitación, hospital y hemodiálisis) para instituciones públicas y privadas, en la tabla 1 se describen.

Tabla 1. Establecimientos de Atención Médica con Certificado vigente por el SINACEAM 2017.

<b>No. De establecimientos</b>	<b>Estándar evaluado</b>	<b>Institución</b>
107	Hospital	Privado
6	Hospital	IMSS
5	Hospital	PEMEX
4	Hospital	Secretaría de Salud
2	Hospital	Secretaría de la Defensa Nacional
1	Hospital	Secretaría de Marina
1	Hospital	ISSEMyM
1	Hospital	DIF
1	Hospital	Institución educativa
25	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	IMSS
11	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	PEMEX
8	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	Institución educativa
3	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	Privado
1	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	Secretaría de la Defensa Nacional
1	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	ISSSTE
24	Hemodiálisis	Privado
23	Rehabilitación	privado
1	Rehabilitación	Institución educativa

Fuente: Consejo de Salubridad General. Establecimientos de Atención Médica Certificados. Consultado 16 de marzo. [http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/estable\\_de\\_atencion\\_medica.html](http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/estable_de_atencion_medica.html)

En la tabla se observa que las instituciones privadas son las que predominan, en segundo lugar están las unidades pertenecientes al IMSS; también se observa que hay diez unidades pertenecientes a instituciones educativas.

Los hospitales en proceso de certificación (estatus de inscrito o implementación) hasta el mes de marzo del 2017 son 312, en la tabla 2 se muestra su distribución.

Tabla 2. Establecimientos de Atención Médica en Proceso de Certificación por el SINACEAM 2017

<b>No. De establecimientos</b>	<b>Estándar evaluado</b>	<b>Institución</b>
<b>93</b>	Hospital	Privado
<b>18</b>	Hospital	IMSS
<b>8</b>	Hospital	Secretaría de Salud
<b>5</b>	Hospital	PEMEX
<b>2</b>	Hospital	PROSPÉRA
<b>1</b>	Hospital	ISSSTE
<b>50</b>	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	IMSS
<b>9</b>	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	ISSSTE
<b>4</b>	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	Secretaría de Salud
<b>2</b>	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	Privado
<b>2</b>	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	Secretaría de Marina
<b>1</b>	Clínica de atención primaria y consulta de especialidades	PEMEX
<b>114</b>	Hemodiálisis	Privado
<b>2</b>	Psiquiátrico	Secretaría de Salud
<b>1</b>	Psiquiátrico	Privado

Fuente: Consejo de Salubridad General. Establecimientos de Atención Médica en Proceso de Certificación. Consultado 16 de marzo. [http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/estable\\_de\\_atencion\\_medica.html](http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/estable_de_atencion_medica.html)

De la misma manera que en la tabla anterior, las instituciones privadas son las que cuentan con mayor participación para la certificación.

## MARCO TEÓRICO

### SISTEMAS DE SALUD

El concepto de sistema parte de la teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy quien definió a un sistema como:

*“Un conjunto de elementos interdependientes e interactuantes; un grupo de unidades combinadas que forman un todo organizado y cuyo resultado es mayor que el resultado que las unidades podrían tener si funcionaran independientemente”. (Ludwig, 1989)*

La teoría general de los sistemas establece las propiedades de los sistemas (Román, 2011):

1. Los elementos en conjunto son diferentes a la suma de las partes, por lo cual deben comprenderse a partir de un todo y no de manera segmentada, su composición está en función de tener una organización interdependiente en la que cada uno de los elementos afectara a los otros.
2. Deben estar orientados a objetivos o metas.
3. Dentro del sistema se desarrollan dos fuerzas contrarias pero complementarias: a) fuerza homeostática que favorece el equilibrio, b) fuerza morfogenética que favorece los cambios dentro del sistema.
4. En un sistema se puede alcanzar un punto determinado de desarrollo a partir de diferentes condiciones iniciales (equifinalidad).

La atención de la salud está orientada hacia la teoría de los sistemas; el sistema de salud busca realizar un proceso de atención de manera integral logrando la interrelación de diferentes áreas y diseñando estrategias para su funcionamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema de salud como:

*“La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud; necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una*

*orientación y una dirección generales”*. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

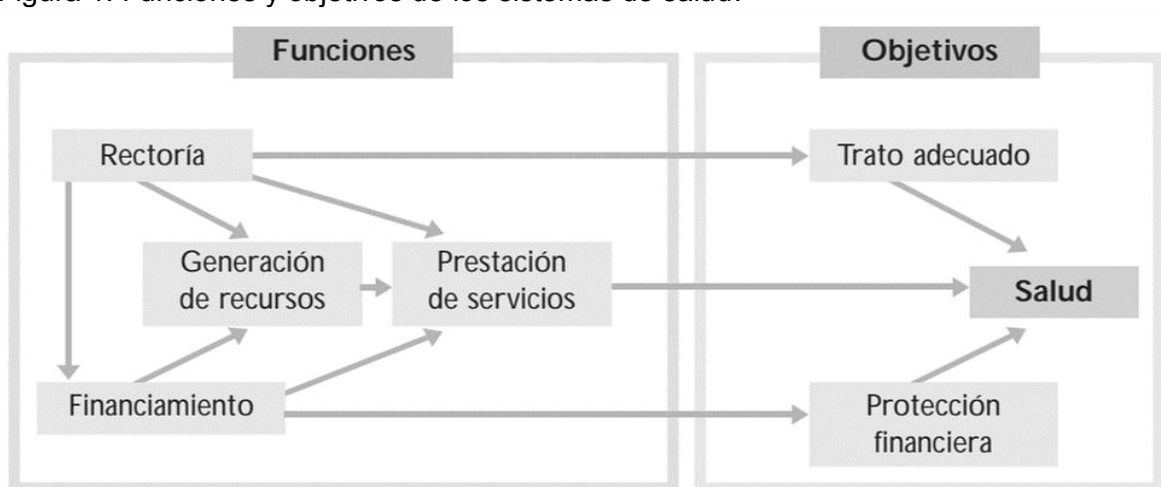
Esto enfocado en proporcionar los servicios que den respuesta a las necesidades que la población demanda, mejorando las condiciones de salud de la población.

Las características de los países determinara el funcionamiento del sistema de salud, siendo el gobierno el principal responsable del desempeño del sistema; sin embargo, también cuenta con la participación de instancias internacionales y áreas locales como son los municipios, así como las diferentes instituciones que brindan los servicios señalados dentro del sistema de salud, siendo de índole pública o privada.

El sistema de salud engloba una serie de acciones enfocadas en el desarrollo de la salud que involucran a la sociedad y al Estado; es una respuesta social organizada antes los problemas de salud (Román, Angélica, 2012).

La OMS propone que los objetivos de los sistemas de salud se alcanzaran al desarrollar cuatro funciones señaladas en la figura 1.

Figura 1. Funciones y objetivos de los sistemas de salud.



Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2000). Informe sobre la salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. Ginebra Suiza.

En la figura 1 se señalan las funciones de los sistemas de salud: Rectoría, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios que al articularse contribuyen al logro de los objetivos de un trato adecuado, salud y protección financiera a la población.

### TEORÍAS DE LA ORGANIZACIÓN

Una organización es un sistema con una serie de actividades coordinadas, que puede ser formada por dos o más individuos, en la cual la cooperación de manera recíproca, es una parte fundamental para su desarrollo; las personas deben ser capaces de comunicarse, trabajar en conjunto y tener un objetivo común (Chiavenato, Idalberto, 2000).

Su funcionamiento ha evolucionado a partir del tiempo fundamentando su desarrollo en diferentes teorías que permiten que suceda y acotándose al contexto dentro del cual se genera la organización.

Entre las teorías que se han desarrollado se encuentran (Rivas Tovar, 2007):

- Teoría Científica de Frederik Winslow, Taylor 1900
- Teoría Funcional Henry Fayol 1916
- Teoría Burocrática Weber 1924
- Teoría de las Relaciones Humanas; Mayo, 1920; Follet, Maslow, 1954
- Teoría de los Sistemas Beterlanffy, Katz, Rosengweiz
- Teoría del Desarrollo Organizacional Lewin. McGregor
- La Teoría de los Recursos y Capacidades Barney 1991
- Teoría de los sistemas complejos adaptativos Kauffman 1995
- Teoría de la autocrítica organizada Maturana y Varela, 1980

Son diferentes corrientes para el estudio de las organizaciones; sin embargo, ante la presencia de eventos que suscitan el cambio, como son las necesidades y demandas de los usuarios y clientes, la gestión de las organizaciones debe

evolucionar a partir de su construcción y reestructuración, para vincular procesos, estructura, funcionamiento y el trabajo en equipo (García V, 2002)

Para que las organizaciones cumplan con los objetivos señalados es necesario que dispongan de modelos de trabajo que reúnan diversas características, entre las que destacan (OPS, 2001):

- **Flexibilidad:** no deben de mantener una estructura rígida sin modificaciones en el tiempo, por el contrario, deben sufrir las adaptaciones que requieran para su funcionamiento, pasar de ser unidades de aislamiento de personas enfermas a establecimientos dedicados a solucionar los problemas o necesidades de salud.
- **Interrelación y cooperación:** deben construir redes y formas de trabajo dentro y fuera de la organización que les permita articular los diferentes procesos que se realizan durante la atención.
- **Aprendizaje continuo:** es competencia de todas las personas de la organización un crecimiento profesional, favoreciendo la prestación de servicios con profesional capacitado y actualizado en temas relacionados con la atención.

El diseño de una organización está en función de identificar una configuración adecuada para su momento y lugar determinado, sus elementos deben estar seleccionados con base en su congruencia; que le permita articular todos los recursos con los que cuenta, para alcanzar sus objetivos, con el menor empleo de recursos y resolviendo las demandas o expectativas de sus clientes.

## **MODELOS DE GESTIÓN**

En todas las organizaciones se deben tomar decisiones, los modelos de gestión parten del hecho de cómo se deben tomar las decisiones; de forma explícita, racional, transparente, participativa, sin embargo no siempre se está implementando adecuadamente un modelo de gestión, ya que implica definir



elementos como quién, cuándo, cómo se toman las decisiones, además de vincular a todos los involucrados con la organización.

Dentro de las organizaciones se manejan funciones de administración y gestión, son conceptos que han sido señalados por algunos autores como sinónimos, sin embargo no es lo mismo; son conceptos que han evolucionado a lo largo del tiempo dentro de las teorías de la organización.

La diferencia entre estos conceptos toma importancia cuando es necesario analizar el fenómeno de un cambio en las organizaciones, por ejemplo, en la tabla 3 se colocan las diferencias de estos conceptos (Tobar, 2002)

Tabla 3. Diferencias entre administración y gestión en las organizaciones.

<b>Administración</b>	<b>Gestión</b>
Es ordenar, disponer recursos de forma racional o según algún criterio lógico.	Hacer gestión es conducir personas. La gestión es siempre, en primer lugar, de recursos humanos
Administrar recursos es sincronizar conductas	Es sincronizar voluntades.

Fuente: Tobar Federico. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires 2011.

Federico Tobar (2011) en su documento Modelos de Gestión en Salud señala que el modelo de gestión está en función del control de resultados, visualizando un enfoque estratégico, orientados hacia los actores que participan, en cambio la administración está centrada en el control de procesos, utilizando conocimientos y herramientas normativas; la diferencia también se visualiza en cómo se toman las decisiones que en la gestión está asociada a concebir decisiones al conducir a los seres humanos.

Un modelo de gestión se define como:

*“La forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. Un modelo de gestión depende*

*de la definición que se dé a las prioridades del sistema” (Román, Angélica, 2012).*

Al definir el modelo de gestión también se debe definir cuáles son las principales decisiones que se tomarán dentro de la institución, cómo se toman, quién y cuándo se tomarán, de manera que involucre a tres entidades dentro de la organización: el ser, el hacer y el estar (Tobar, 2002).

Estas dimensiones se describen como:

- El Ser es aquello que hace la esencia de la organización en donde se sitúan la visión, misión y valores de la misma.
- El Hacer representa la consistencia de una acción con otra acción, además de lo que se hace con lo que es la organización, con lo que se quiere ser y con los actores involucrados creen; se distinguen dentro de esta dimensión las prioridades, funciones y acciones.
- El estar contiene dimensiones concretas, observables y físicas, representadas por la cultura organizacional, su estructura formal y el ambiente externo.

Sin embargo, para que un modelo de gestión de la organización se desarrolle es necesario que todos los componentes interactúen y logren concretarse para realizar su propósito.

### MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Un modelo de gestión de calidad funciona como un marco referencial de la organización que está enfocado en mejorar los productos o servicios que ofertan, de igual manera favorece que se comprendan las dimensiones de la organización; establece criterios de comparación e intercambio de experiencias (López C, 2001).

La gestión de la calidad, se obtiene con base a recursos y procedimientos adecuados que actúan mutuamente, lo que favorece el desarrollo de un sistema de gestión de calidad (Griful P & Canela C, 2002).

Son varios los elementos de la gestión de la calidad, que permitirán llevar a cabo el desarrollo de la misma, en la tabla 4 se identifican los elementos más comunes:

Tabla 4. 25 factores más comunes en la gestión de la calidad por Sila y Ebrahimpour (2002).

Compromiso de la alta dirección	Responsabilidad social (medioambiente, seguridad de los empleados)	Planificación estratégica	Orientación hacia el cliente y su satisfacción	Información sobre la calidad y el desempeño
Benchmarking	Gestión de RRHH	Formación	Involvement	Empowerment
Satisfacción del empleado	Trabajo en equipo	Reconocimiento a los empleados	Gestión por procesos	Control de procesos
Diseño de producto y servicio	Gestión de proveedores	Mejora continua e innovación	Aseguramiento de la calidad	"0 defectos"
Cultura de la calidad	Comunicación	Sistemas de calidad	"Just in time"	Flexibilidad

Fuente: Gutiérrez G. Leopoldo, Tamayo T. Ignacio. Los Modelos de la gestión de la calidad como medios facilitadores para la obtención de flexibilidad estratégica en la organización. Dialnet.

En la tabla 4 se describen los diferentes elementos comunes de los modelos de gestión de la calidad, propuestos a partir de autores como Deming, Juran, Crosby, posteriormente se han añadido elementos que se han derivado de ellos como parte de la evolución de la gestión de la calidad.

Dentro de las organizaciones en salud se han implementado modelos de gestión de la calidad, por ejemplo:

- Modelo de excelencia en calidad total EFQM

La Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) es una organización sin fines de lucro que impulsa en Europa la excelencia de las organizaciones, desarrollando alianzas en diferentes niveles; el modelo EFQM está basado en nueve criterios para evaluar el progreso de las organizaciones, enfocándolas a la excelencia, destacando la gestión por procesos para el desarrollo de este modelo (EFQM, 2003).

Ha sido implementado en organizaciones de diferente índole en Europa, favoreciendo el desarrollo de las mismas hacia una mejora en la calidad de sus servicios para sus clientes o usuarios.

- Modelo ISO 9001-2015

La Organización Internacional de Normalización (ISO) es una federación mundial de diversos organismos nacionales, se dedican a realizar normas internacionales de diferente índole como lo es la ISO 9001 que ha sido creada por el comité técnico de gestión y aseguramiento de la calidad.

Esta norma internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos para favorecer el desarrollo de un sistema de calidad, brindando la satisfacción del usuario al darse cumplimiento a sus expectativas, se ejecuta en varias organizaciones entre las que se encuentran las de servicios de salud.

- Modelo JCAHO

Son las siglas de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations la cual fue creada por la JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospital), es un modelo relacionado al ámbito hospitalario exclusivamente, con base en estándares establecidos, acreditan las organizaciones de salud, evaluando elementos estructurales, de proceso y resultado; busca que las instituciones realicen acciones de mejora continua (Saturno, Modelos de Gestión de la Calidad aplicados a la atención primaria, 2005).

## GESTIÓN POR PROCESOS

Tradicionalmente las organizaciones se han desarrollado dentro de la teoría de la administración científica cuyo representante entre otros fue Frederick Taylor, centrándose en diseñar un método estándar para la realización de tareas, seleccionando empleados con aptitudes idóneas; buscaba hacer más eficiente el esfuerzo humano; sin embargo, también se generó un enfoque burocrático, con estructuras verticales de decisión y un control directo (SESCAM, 2002).

Sin embargo, los sistemas de salud han evolucionado generando un cambio en la prestación de servicios que deben realizar, dado por la transición epidemiológica, la incorporación de tecnologías a la atención, el financiamiento con el que cuenta y el tipo de sistema que se desarrolla en cada país, esto ha generado que se oriente la atención hacia el usuario (OPS, 2001), las estrategias de gestión orientadas hacia la calidad favorecen realizar este enfoque al buscar la satisfacción de los usuarios.

Un modelo de gestión que permite el funcionamiento de las organizaciones en función de la calidad y centrado en la atención del usuario es la gestión por procesos.

Dentro de una organización de salud se define proceso como (Consejería de Salud, 2001):

*“El conjunto de actividades de los proveedores de la atención en salud (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.)”.*

Los procesos dentro de las organizaciones se consideran como una base operativa, permitiendo ser su base estructural para su funcionamiento, se clasifican en tres categorías en función del impacto sobre el usuario final (Junta de Andalucía, 2002):

- Los procesos estratégicos adecúan la organización a las necesidades y expectativas de usuarios, guían para incrementar la calidad en los servicios que prestan a sus clientes y están orientados a las actividades estratégicas de la organización.
- Los operativos son aquéllos que están en contacto directo con el usuario, engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido, tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario.
- Los procesos de apoyo son los que generan los recursos que precisan los demás procesos.

En la tabla 5 se identifican ejemplos sobre los tipos de procesos dentro de la organización.

Tabla 5. Tipos de procesos en la organización.

PROCESOS ESTRATÉGICOS	PROCESOS OPERATIVOS	PROCESOS DE APOYO
Plan Estratégico Encuestas de satisfacción Planes de Calidad Plan Investigación Autoevaluación	Proceso clínico-asistencial.	Gestión pacientes Almacén. Hostelería, Mantenimiento. Farmacia

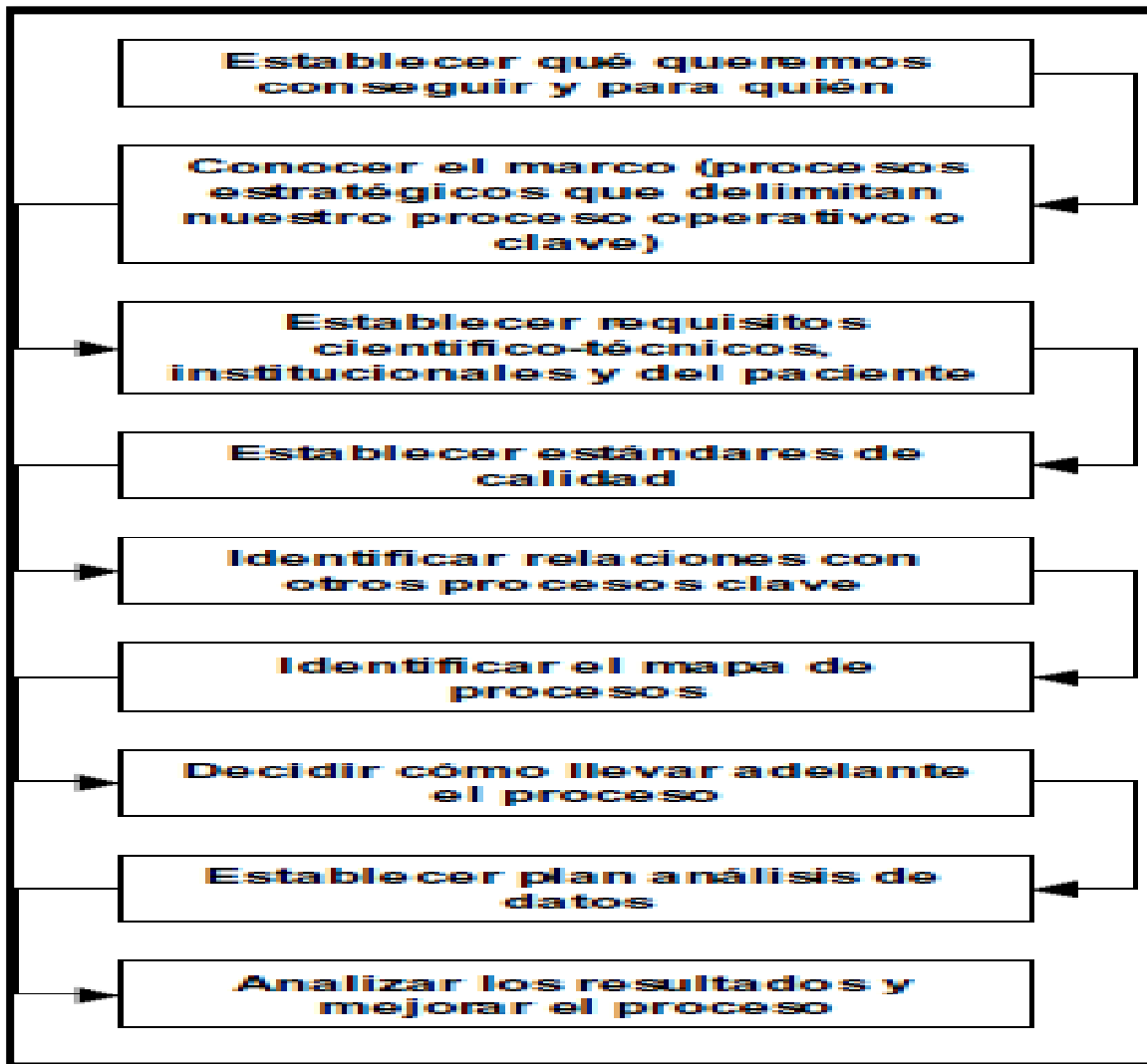
Fuente: Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud Andalucía. 2001

Para describir un proceso es recomendable llevar un orden como el que se ejemplifica a continuación:

- Definirlo, especificar de qué se trata
- Identificar el beneficiario del proceso
- Relacionar las actividades
- Especificar el método de evaluación y revisión
- Analizar los resultados y formular propuestas para mejora.

En la figura 2 se identifican los pasos esenciales para la descripción del proceso

Figura 2. Descripción de un proceso



Fuente: Lorenzo M. Susana et col. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Master en Dirección Médica y gestión clínica. Módulo 8: gestión clínica 1: Gobierno clínico.

La gestión por procesos implica que se reordenen los diferentes flujos de trabajo de forma que vayan aportando un valor enfocado a mejorar y aumentar la satisfacción del usuario o cliente y facilite la serie de tareas que desarrolla el profesional de la salud, se define como:

*“Disciplina de gestión que ayuda a la dirección de la empresa a identificar, representar, diseñar, formalizar, controlar, mejorar y hacer más productivos los procesos de la organización para lograr la confianza del cliente. La estrategia de la organización aporta las definiciones necesarias en un*

*contexto de amplia participación de todos sus integrantes, donde los especialistas en procesos son facilitadores (Bravo Carrasco, 2011).*

La gestión por procesos trata de disminuir o eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, se enfoca en facilitar la coordinación y sinergia de todos los procesos que se realizan dentro de la organización, optimizando la utilización de los recursos y mejorando la calidad de los servicios.

### **CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

La calidad es una de las esferas importantes dentro de la atención de la salud, el Instituto de Medicina la define como:

*“El grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento” (Institute of Medicine, 1990).*

Sin embargo, también se tiene que considerar las necesidades y expectativas de las personas a las que va dirigida la atención con el fin de lograr una combinación adecuada de los servicios que se brindan y lo que se está solicitando.

En 1980 el Dr. Avedis Donabedian propuso en su documento Explorations in quality assessment and monitoring un concepto sobre la calidad asociado a la atención en los servicios de salud que la define como:

*“Calidad de la atención: es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas su partes”.*



Dentro del sistema de salud la calidad se ejecuta desde diferentes niveles y dependiendo de las características propias de la institución, son diferentes elementos que se encuentran inmersos para su desarrollo.

A lo largo del tiempo se le han asignado diferentes atributos o dimensiones a la calidad en la figura 3 se ejemplifica.

Figura 3. Dimensiones de la calidad de la atención según diversos esquemas.

<i>Vuori (componentes) (1982)</i>	<i>Palmer (1983)</i>	<i>Nutting et al (atributos) (1987)</i>	<i>Joint Comm. (factores) (1989)</i>	<i>Joint Comm. (componentes) (1990)</i>	<i>Programa Ibérico (1990)</i>	<i>IOM (2001)</i>	<i>WHO (2006)</i>
Calidad científico-técnica	Competencia profesional*	Competencia profesional	—	—	Calidad científico-técnica	—	—
—	Accesibilidad* y Equidad	Distribución de la asistencia/ integralidad	Accesibilidad	Accesibilidad/ Disponibilidad	Accesibilidad y Equidad	Equidad	Accesibilidad Equidad
—	Aceptabilidad/* Satisfacción	—	Participación	Aceptabilidad	Satisfacción	Servicio centrado en el paciente	Aceptabilidad/ centrada en el paciente
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	—	Efectividad	Efectividad
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	—	Eficiencia	Eficiencia
Adecuación	—	—	Adecuación	Adecuación	—	—	—
—	—	Continuidad/ Coordinación	Continuidad	Continuidad	—	—	—
—	—	—	Eficacia	—	—	—	—
—	—	—	Oportunidad/ temporal	—	—	Oportunidad	Accesibilidad
—	—	—	Privacidad	—	—	—	—
—	—	—	Confidencialidad	—	—	—	—
—	—	—	Seguridad	—	—	Seguridad	Seguridad
—	—	—	Apoyo estructural	—	—	—	—

Fuente: Saturno PJ: Como definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 1. Conceptos básicos. Unidad temática 1. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008.

La figura 3 describe los diferentes atributos que se le asignan a la calidad, permite identificar lo que se debe de realizar dentro de las instituciones de salud; sin embargo, en gran medida su implementación va a depender de los recursos y procesos que ejecuten para la atención.

## **SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN**

La seguridad del paciente es una de las dimensiones sujetas de estudio para el presente trabajo, la OMS la define como:

*“La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”.*

(Organización Mundial de la salud, 2009)

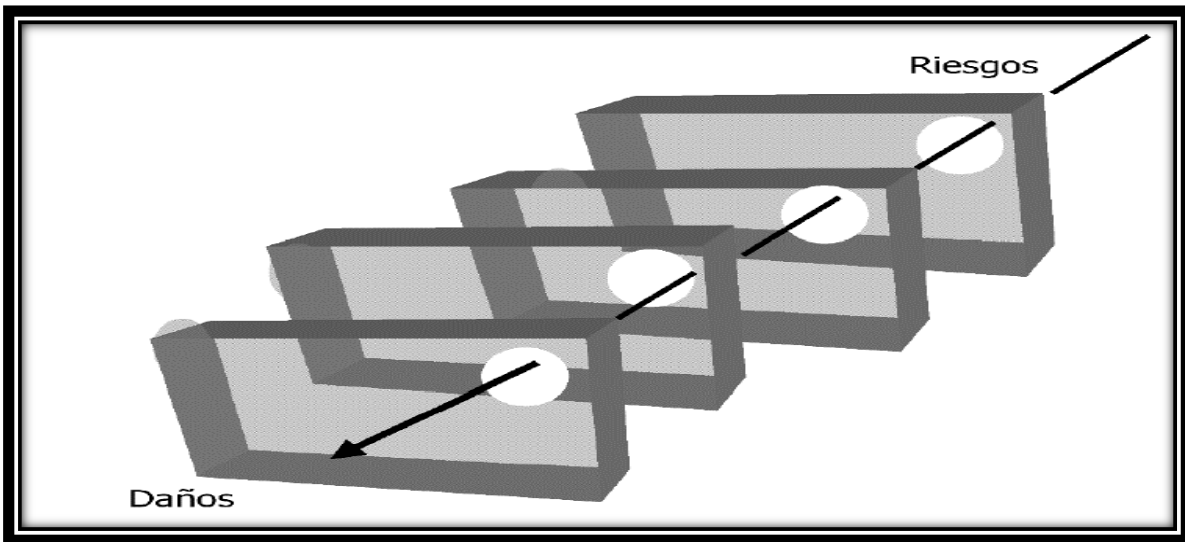
Al realizar intervenciones de salud para la población se busca beneficiarla; sin embargo, realizar los procesos que requieren, también la expone y en algún momento se puede provocar un daño, por la presencia de errores en su atención.

Para abordar el tema de los errores en la atención de la salud el psicólogo James Reason señaló dos abordajes: el humano y el del sistema.

El error humano tiene un origen en situaciones de inseguridad al realizar sus acciones de trabajo y en omisiones a los procedimientos; cometidos por una situación de cansancio, sobrecarga de trabajo, estrés, negligencia, entre otros. El error del sistema, va en sentido que aunque sea una adecuada organización las barreras para cometer los errores se rompen, como son: barreras tecnológicas, capacitación o inducción al puesto del personal correspondiente, cuestiones administrativas o relacionadas con la estructura de la institución. (Secretaría de Salud, s.f.)

James Reason hace una analogía con el queso y presenta un modelo denominado “el queso suizo” el cual se muestra en la figura 4.

Figura 4. Modelo del queso suizo de James Reason para explicar los errores en el proceso de atención al paciente.



Fuente: Seguridad del Paciente. Síntesis ejecutiva

La figura 4 hace referencia a que, en las diferentes instancias en salud hay una serie de riesgos potenciales durante el proceso de atención y también se presentan barreras que favorecen que los riesgos no se traduzcan en daños sobre el usuario.

Las barreras pueden presentar fallas (orificios) que vulneran su funcionamiento, los cuales se encuentran en un continuo movimiento y cuando las diferentes fallas se alinean ocurre el error.

Estas fallas en el sistema pueden ocurrir por dos razones: fallas activas y condiciones latentes. Fallas activas se refiere a los actos cometidos por las personas que tienen un contacto directo con el usuario, traduciéndose en una equivocación o torpeza, durante el proceso de atención, son elementos que no permanecen mucho tiempo dentro de las barreras de seguridad o no la vulneran de manera prolongada. Las condiciones latentes están presentes por decisiones tomadas en la organización relacionadas con la condiciones del lugar de trabajo, por ejemplo: presión, falta de personal, equipo inadecuado que genera una condición continua desfavorable sobre las barreras de seguridad o no favorece que se presenten estas barreras (Secretaría de Salud, s.f.) .

Entre los factores que intervienen para que la seguridad del paciente sea vulnerable destacan (Bañeres, 2006):

- Factores humanos: turnos de trabajo, fatiga, ausencia o deficiente capacitación.
- Factores del proceso: ausencia o deficiencia de los procesos de atención.
- Equipamiento: mantenimiento del equipo, material obsoleto, inactivo.
- Factores ambientales; ruido, espacio, mobiliario.
- Gestión de la información: comunicación poco asertiva o deficiente.
- Liderazgo: tipo de cultura organizacional, cultura de la seguridad.
- Supervisión: ausente, deficiente.

En la figura 5 se ejemplifican todos los factores que se interrelacionan para que se produzca el evento, basados en el modelo organizacional de incidentes del Psicólogo James Reason, que fundamenta el análisis de los eventos con la metodología del Protocolo de Londres.

Figura 5. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Fundación FITEC, 2007. Pág. 221. ISBN: 978-958-8361-37-6.

La Figura 5 describe que desde el nivel directivo hasta el operativo se pueden precipitar los errores, existe vulnerabilidad de las diferentes barreras dentro de la organización y hay otros factores que van a condicionar la presencia de los errores, que en ocasiones incluye al paciente.

### CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN

Para comprender y mejorar las organizaciones es necesario visualizar varios elementos, entre los cuales destaca la cultura. Es un componente que permite identificar el comportamiento, el modo de pensar, sentir y actuar de las personas dentro de la organización.

Las organizaciones están conformadas por personas que dentro de la misma forman grupo o mini sociedades dependiendo del área laboral, afinidad, gustos o creencias, entre otros factores lo que propicia una mezcla de culturas, G. Ekvall la define como

“EL conjunto de características psicológicas que describen a una organización, que la definen distinguiéndola de otras, relativamente estable en el tiempo y que influye en la conducta de las personas de esa organización” (Saturno, Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud, 2008)

Los elementos que la integran son: creencias, valores, normas, actitudes y comportamientos. Todos ellos influyen en su desarrollo y permiten que pueda marcar la diferencia entre organizaciones, reflejar la identidad de sus miembros con la organización, generar relaciones entre los miembros y orientar el logro de una estabilidad social; sin embargo, también constituye un mecanismo de control (Domínguez S, Rodríguez D, & Navarro D, 2009).

Hay varias barreras que dificultan su aplicación y desempeño como son: barreras contra el cambio, valores compartidos que no coinciden, diversidad de los

elementos que la conforman, movilidad de los elementos (Domínguez S, Rodríguez D, & Navarro D, 2009).

### CULTURA DE LA SEGURIDAD

En las organizaciones relacionadas con la salud la cultura de seguridad es una prioridad, la identifican como parte de su enfoque de “No causar daño”; una de las características dominantes es la percepción de su importancia y el compromiso con la misma como una prioridad organizativa.

De acuerdo con el Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI) citados por Da Silva-Gama, de Souza-Oliveira y Saturno (2013), la cultura de la seguridad se define como:

*“El producto de valores, actitudes, competencias, y patrones de comportamientos individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad”.*

Desarrollar una cultura de seguridad de manera positiva dentro de las instituciones de salud, es un requisito esencial para evitar que se presenten una serie de eventos adversos en la población que es un objetivo de la organización y aprender de los errores con el fin de mejorar los procesos.

La mejora de la cultura de seguridad del paciente, es señalada en el National Quality Forum (NQF) en 2003 como una de las primeras recomendaciones que fomentaría la seguridad en hospitales; en 2011 señaló elementos necesarios para lograr la seguridad como son: la medición de la cultura de seguridad, la retroalimentación de los resultados y el diseño de intervenciones.

La OMS y el NQF consideran que la cultura de la seguridad es un indicador básico estructural que va a favorecer la implementación de buenas prácticas dentro de las

instituciones de salud, además de la utilización de otras estrategias que la favorezcan como es la notificación de eventos adversos y el aprendizaje con los problemas (Da Silva-Gama; Souza-Oliveira; Saturno H, 2013).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la práctica, los sistemas de salud tienen su mirada enfocada en un modelo curativo, con una gestión que no favorece la resolución de los problemas o situaciones de salud ni basado en efectividad, eficiencia, calidad y equidad (Yepes J & Durán A , 1994).

Los hospitales dentro de los sistemas de salud, se han caracterizado por mantener un modelo enfocado en la atención biomédica y curativa, además de mantener una cultura de autosuficiencia para posicionarse dentro de un papel hegemónico en el sistema de salud.

Funcionan como una organización que presta diferentes servicios para atender una serie de necesidades manifestadas por un cliente, que dentro del contexto de salud son los pacientes; para lo cual se requiere la interrelación de diferentes métodos y elementos que den respuestas ante los diferentes requerimientos que le solicitan las personas o comunidades; con el objetivo de mejorar las condiciones de salud.

Sin embargo, dentro de estas instituciones de salud, esta integración no sucede o se realiza de manera limitada, porque presentan diferentes niveles de segmentación, sin visualizar un enfoque integral que atienda su dignidad, autonomía o derechos favoreciendo que no se dé respuesta a las necesidades que la población percibe sobre su salud. (OPS, 2001).

El gasto hospitalario representa dos terceras partes del presupuesto designado a la salud de manera general, sin embargo solo atiende aproximadamente a un 10-20% de la población total (OPS, 2001); ante este panorama se visualiza realizar la reestructuración del modelo de atención que al mismo tiempo favorezca una mayor efectividad en función del costo, equidad y accesibilidad para los usuarios.

El desarrollo de un modelo burocrático dentro de las organizaciones hospitalarias favoreció la departamentalización por especialidades o funciones sin un enfoque



vinculante que permitiera integrar todos los servicios por lo que en algún momento favoreció el interés de los prestadores de servicios de salud por encima de los intereses del usuario (Yepes J & Durán A , 1994).

De igual manera en los hospitales se mantuvieron las unidades especializadas cada vez más individuales, generando fenómenos como tener sus “propias camas” o sus propios servicios para apoyo en el diagnóstico; la departamentalización obstaculiza en gran medida la construcción de puentes de comunicación condicionando que los usuarios en muchas ocasiones se vean afectados, al recibir atención utilizan diferentes áreas y servicios en donde el personal desconoce la situación propia del usuario, propiciando duplicidad o ausencia de la atención.

Un usuario, pasa de una atención de primer contacto a una de atención especializada o viceversa, solo conectándose por medio de una interconsulta, pero no siempre se concreta de manera positiva para el usuario ya que no se vigila que efectivamente se registre ese pase. Otra situación es cuando se presentan demoras o duplicaciones de pruebas diagnósticas o interferencia con el tratamiento por la movilidad del paciente en diferentes áreas o servicios que requiere.

El modelo de gestión en salud fundamentado en la jerarquía y burocrático está carente de una visión integral de los diferentes procesos, centrado en normas y no en objetivos, con tendencia a controlar los procedimientos, no a medir resultados, sin estar centrados en el paciente o usuario; sin embargo, actualmente las demandas de los usuarios a las organizaciones de salud son cada día más complejas y exigentes, la transición epidemiológica, el costo que requiere la atención, la incorporación de nueva tecnología, han condicionado una presión hacia las organizaciones para ajustar y organizar un modelo que responda a estas demandas y un adecuado funcionamiento (Román, Angélica, 2012).

## JUSTIFICACIÓN

Las instituciones de salud actualmente deben implementar modelos de gestión que les permitan alcanzar los objetivos para los cuales están funcionando, de igual manera los cambios que suceden en el contexto en el que se desarrollan como es el tipo de sistema de salud, modelo económico, social y político obligan a las organizaciones a tener un proceso de adaptación que les permita cumplir con los fines para los que fueron creados (OPS, 2001).

Todas las organizaciones requieren de un modelo que estructure la división del trabajo, que contenga elementos que caracterizan a la organización como es su misión, el mercado o ambiente en el que se desempeñan y la tecnología que usa.

Ante las exigencias que se presentan y los cambios que suceden dentro del ámbito de salud de la población es necesario buscar estrategias que aborden desde un enfoque integral todos los elementos que intervienen en la atención de los usuarios de los diferentes servicios de salud.

El modelo de gestión por procesos permite cumplir con diferentes elementos que le brindan a la población una atención integral, entre los que destacan (Román, Angélica, 2012):

- Propiciar un trabajo cooperativo, con una interacción de experiencias individuales y colectivas.
- Fomentar la autonomía y responsabilidad de los profesionales
- Flexibilizar la planificación, dirigiendo la mirada a beneficiar un aprendizaje institucional.
- El desarrollo de normas flexibles con base en el flujo de información actual
- Propiciar una mayor participación de los profesionales vinculándolos con la toma de decisiones en algunos aspectos de la administración.
- Mantener una visión integral de los procesos
- Establecer objetivos coherentes

- Centrar la organización en las demandas y expectativas del paciente

Se han desarrollado en diferentes niveles, modelos de gestión por procesos dentro de las organizaciones de salud que han favorecido otro tipo de abordaje dentro de sus servicios.

El servicio de farmacia hospitalaria dentro de un hospital de España (Govindarajan y col, 2012) favoreció la vinculación de diferentes áreas relacionadas con el proceso de elaboración de diferentes medicamentos detectando los errores que se presentaban y estableciendo acciones de mejora.

Otro ejemplo fue en el servicio de cirugía ortopédica y traumatología de un hospital en España (Delgado Velilla & Mora Martinez, 2012), donde a partir de una autoevaluación inicial utilizando la Norma ISO 9004-2000 identificaron la problemática del servicio y los rubros a mejorar, diseñando un plan de calidad con enfoque de procesos para todo el servicio y con un abordaje metodológico.

Uno de los procesos abordados fue la organización de la urgencia, identificaron los problemas que presentaba y elaboraron las medidas para su funcionamiento basados en la adecuación de recursos a las necesidades y demandas.

Otro ejemplo de gestión basada en procesos, es el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) en México (Secretaría de Salud, 2006), en los que se implementó este modelo de gestión para lograr la integración de los procesos clínicos, quirúrgicos, auxiliares de diagnóstico, y terapéuticos y todos los demás procesos involucrados con el fin de lograr una atención de calidad.

## **GENERAL**

Proponer el diseño para un modelo de gestión por procesos que favorezca la coordinación integral y la orientación hacia el derechohabiente con base en el proceso de vigilancia de eventos adversos del servicio de Pediatría dentro del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir la estructura organizacional dentro del servicio de pediatría.
- Describir el funcionamiento del proceso de vigilancia de eventos adversos del servicio de pediatría.
- Integrar los elementos adecuados para el funcionamiento del proceso de vigilancia de eventos adversos

## **METODOLOGÍA**

Consistió en un proyecto realizado en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (ISSSTE) durante septiembre a diciembre del 2016.

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades:

➤ **Describir la estructura organizacional dentro del servicio de pediatría.**

1. Se solicitó información a la responsable de la Coordinación de Pediatría sobre la organización de sus servicios; que tuviera por escrito (manuales de la organización o algún documento relacionado con lo mismo).
2. Se solicitó por medio de un oficio del área de calidad a la Coordinación de Servicios Paramédicos la plantilla laboral vigente del personal de enfermería para los servicios de Pediatría, también se le solicitó la misma información a la Coordinación de Pediatría y al área de enseñanza sobre la plantilla del personal médico adscrito y en formación respectivamente.
3. Se realizó una revisión documental acerca de la organización del Centro Médico en fuentes secundarias.
4. Se identificó la percepción del clima organizacional en los servicios de la Coordinación de Pediatría mediante la aplicación de un cuestionario, para lo cual se realizaron las siguientes actividades:
  - Se adaptó un cuestionario para la medición del clima organizacional de: JF Menárguez Puche, PJ Saturno Hernández. Cuestionario para la medición del clima organizacional en centros de salud.
  - Se realizó una prueba piloto del cuestionario (30 cuestionarios) para verificar su funcionamiento con personal de los servicios de la Coordinación de Medicina del mismo Centro Médico.
  - El cuestionario se les fue entregado con previa autorización en su área laboral, dentro de los 4 turnos (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada).
  - Se les informó que la información tiene un carácter confidencial, voluntario, sin repercusión en su área laboral y no era necesario la colocación de su nombre.

➤ **Describir el funcionamiento del proceso de vigilancia de eventos adversos del servicio de pediatría.**

1. Se llevó a cabo la observación de las actividades que realizaba el personal de salud durante la atención del paciente pediátrico, contribuyendo a la identificación de áreas de oportunidad para el desarrollo de la vigilancia de eventos adversos; para realizar la observación se construyó un lista de verificación a partir de la clasificación de eventos adversos de la OMS. (Anexo V)
2. Se documentó información relacionada con la vigilancia de eventos adversos que se realiza dentro de los servicios de la Coordinación de Pediatría.

➤ **Integrar los elementos adecuados para el funcionamiento del proceso de vigilancia de eventos adversos**

1. El área de calidad integró un grupo de trabajo, que permitiera la participación de diferentes servicios para el desarrollo de actividades para el desarrollo del modelo de gestión por procesos, al cual se integró la autora de este trabajo.
2. A partir de reuniones con el personal vinculado a la atención del paciente se desarrolló un mapa de los procesos en los que se identificaron procesos estratégicos, operativos y de apoyo.
3. A raíz de las necesidades del servicio y como resultado de la implementación de una prueba piloto del sistema de vigilancia de eventos adversos, se eligió el proceso base de trabajo.
4. Se realizaron entrevistas informales con personal que labora dentro del CMN vinculados a los procesos de los servicios de pediatría, no se grabaron y solo se tomaban algunas notas de los comentarios que emitían, previamente se le solicitaba autorización para realizarla, esto sucedió como parte de las actividades en el grupo desarrollado por el área de calidad.

## **POBLACIÓN**

El universo de trabajo se concentró en los servicios de la coordinación de Pediatría con apoyo del personal de calidad, de manera inicial se contempló trabajar con todo el personal relacionado con la atención; sin embargo, en los grupos de trabajo predominó personal del área médica y de enfermería incluyendo a personal en formación.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Criterios de inclusión

- Personal médico y de enfermería que laboren en el servicio de pediatría al momento del estudio.

Criterios de exclusión

- Personal médico y de enfermería asignado al servicio de pediatría que se encuentre de vacaciones o comisionado a otra área o servicio

Criterio de eliminación

- Personal médico o de enfermería que sea movilizado a otro servicio durante el periodo del estudio.

## **PLAN DE ANÁLISIS**

- Los cuestionarios fueron capturados en el programa Epi-info y su análisis fue en Excel 2013.
- Se realizó un análisis descriptivo, identificando frecuencias y porcentajes
- Para el desarrollo de los mapas de procesos se utilizó Power point para facilitar el trabajo dentro del equipo de trabajo.
- En relación a la observación, no se pudo utilizar la lista de verificación elaborada por no ser aplicable a los servicios de pediatría, por lo cual solo se tomó nota de algunos aspectos que se consideraron importantes, realizando el registro en un documento.

## **ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

### **TÉCNICA**

Se contó con instalaciones apropiadas para la ejecución del proyecto, una conexión a internet y el equipo de cómputo necesario, con el apoyo de la coordinación del área de calidad para brindar insumos que sean necesarios o se requieran en determinado momento.

### **FINANCIERA**

El proyecto fue factible económicamente ya que los insumos que se requieren para su realización como es el papel, impresiones, material de cómputo y otros elementos necesarios para su ejecución fueron financiados por el Centro Médico Nacional por ser un proyecto de gran importancia para la institución, otros gastos que son de bajo costo como son el traslado a la institución fueron absorbidos por la alumna.

### **POLÍTICA**

El presente proyecto se realizó con base a las características y necesidades de la organización, respetando su normatividad e integrando el proyecto dentro de su área de investigación. El Centro Médico Nacional se encuentra en una fase primaria para la certificación del hospital realizando la documentación de los diferentes procesos y procedimientos que se realizan en cada Coordinación.

### **SOCIAL**

El personal de salud en el CMN está sensibilizado con el proceso de certificación de la institución y se han generado equipos de trabajo para poder lograrlo, esto favoreció la participación del personal de la Coordinación de Pediatría en las actividades mencionadas.



## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente proyecto se documentó con información recabada de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre sobre los elementos que conforman el área como son: recursos físicos, humanos, servicios que ofertan, población atendida y otra serie de elementos relacionados con los procesos que realizan dentro del área

Las actividades que se desarrollaron fueron en el ámbito laboral; implicaron la colaboración del personal que intervino en el proceso de atención del paciente de los servicios de la Coordinación de Pediatría.

Se realizó el consentimiento informado de tipo oral (Anexo II) tomando en cuenta el documento emitido por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública; al mismo tiempo se les proporcionó una tarjeta de contacto (Anexo III) donde se les menciona que en caso de alguna pregunta, duda o comentario relacionado con el proyecto pueda comunicarse para ser atendido.

## **RESULTADOS**

### **1.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA COORDINACIÓN DE PEDIATRÍA**

La Coordinación de Pediatría se encuentra dentro del CMN 20 de Noviembre, el cual es un hospital de la Ciudad de México perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

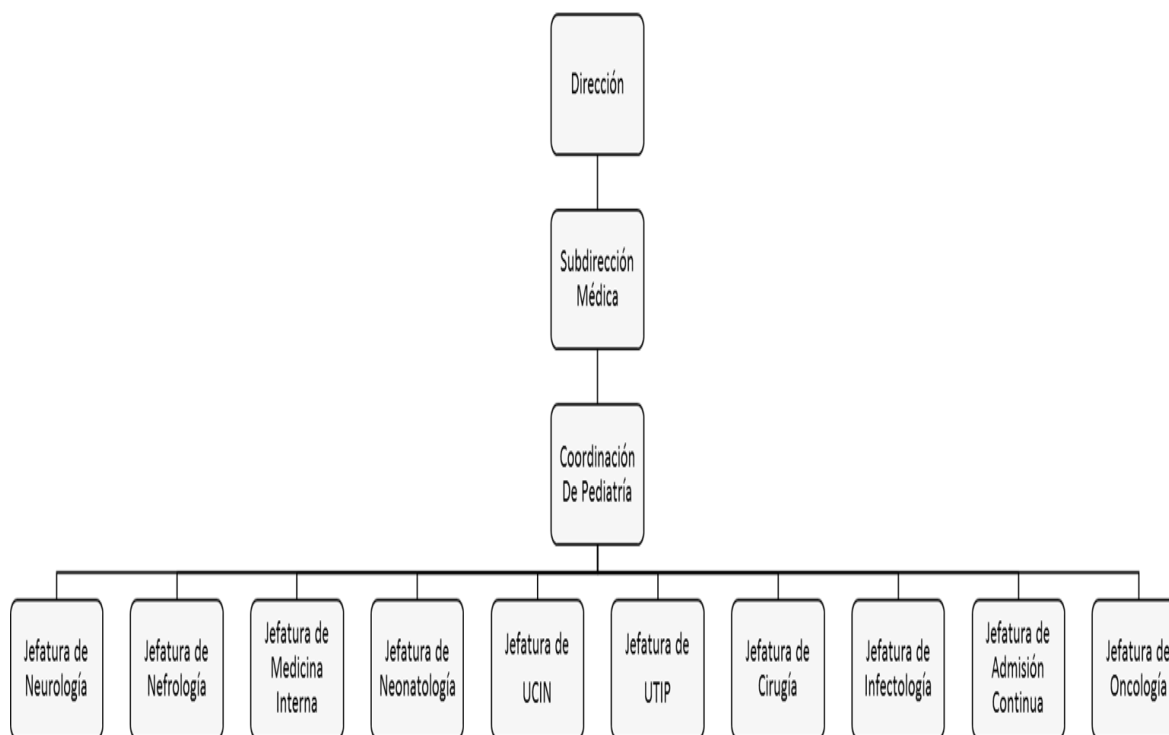
A partir de la revisión documental en los servicios de la Coordinación, se identificó su estructura organizacional.

El diseño organizacional de la Coordinación, consiste en la departamentalización de los servicios, contando con especialistas de la misma rama; agrupando las actividades en funciones que tienen que desempeñar y lograr los objetivos comunes al otorgar la atención.

Actualmente el CMN no cuenta con un manual de organización, de la misma manera tampoco cuenta con él la Coordinación de Pediatría, que establezca las funciones de cada integrante de la misma; sin embargo, por parte del área de recursos humanos se establece un profesiograma donde integran las funciones del personal que labora en la institución, en el caso del Jefe de Departamento de Pediatría (Coordinación de Pediatría) está sujeto a las funciones designadas en el artículo 29 por el Reglamento Orgánico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” (Anexo IV).

El organigrama en la figura 6 solo identifica la parte relacionada a la Coordinación de Pediatría.

Figura 6. Organigrama de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de noviembre.



Fuente: Adaptado del organigrama del CMN 20 de Noviembre.

En la figura se observan los niveles jerárquicos, cada jefatura tiene a su cargo a médicos especialistas (cuentan con categorías A, B, C) que no tienen un nivel jerárquico dentro del organigrama.

Son 10 servicios a cargo de la Coordinación de Pediatría, solo el servicio de cardiocirugía pediátrica no pertenece a esta coordinación (está a cargo de la Coordinación de Servicios Modulares) por disposición del ISSSTE.

La plantilla laboral vigente (al momento del estudio) del personal médico y administrativo que labora para los servicios de Pediatría se describe en la tabla 6.

Tabla 6. Descripción de la plantilla laboral médica, enfermería y administrativa del personal de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.

CATEGORÍA	TOTAL
PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA	
M. Especialista	56
Jefe de Servicio	11
Psicóloga	3
Médico General	1
Residentes	56
PERSONAL DEL ÁREA DE ENFERMERÍA	
Jefa(e) de servicio	21
Especialista	68
General	69
Auxiliares de enfermería	41
Pasante	3
Estudiantes de enfermería	4
PERSONAL DEL ÁREA ADMINISTRATIVA	
Apoyo administrativo en salud	12

Fuente: Plantilla laboral vigente de la Coordinación de Pediatría 2016.

En la tabla se identifican 56 especialistas adscritos distribuidos en los servicios de la coordinación, dentro del rubro Jefes de Servicio está la responsable de la coordinación y el resto son los encargados de cada Jefatura.

El médico general está adscrito al servicio de Admisión Continua Pediatría (Urgencias) y 2 psicólogas son comisionadas para esa área provenientes de psiquiatría.

En el caso de los residentes, es un personal fijo para los servicios, solo en algunos casos acuden a rotar fuera del hospital para el desarrollo de sus competencias profesionales.

Se describe la plantilla laboral vigente; sin embargo, en la operación factores como vacaciones, descansos, inasistencias, permisos, condiciones del contrato disminuyen el personal que atiende los servicios, siendo necesario realizar la movilización del personal constantemente para cubrir las necesidades, por lo cual el personal que opera es muy distinto al personal registrado en la plantilla.

El personal de las áreas de trabajo social, psicología, laboratorio, nutrición, servicios auxiliares de diagnóstico y camilleros, es personal no fijo para los servicios, acuden en función de las necesidades que requieran y cumplen con las funciones designadas por sus áreas para apoyar en el proceso de atención.

## 2.- CLIMA ORGANIZACIONAL

Para realizar la descripción de las características sobre el clima organizacional en los servicios de Pediatría del CMN 20 de Noviembre, se aplicó un cuestionario al personal médico y de enfermería.

El número de cuestionarios proyectados a realizarse en los servicios fueron 277 con base en la plantilla laboral vigente para el periodo de aplicación del cuestionario, 174 del personal de enfermería y 103 del área médica (en ese momento personal rotante se encontraba fuera de la Coordinación de Pediatría)

### POBLACIÓN PARTICIPANTE

Se logró la participación de 144 personas representado el 51.98% de lo que se tenía proyectado.

Los cuestionarios que se aplicaron al personal contenían preguntas tipo Likert para conocer la actitud (muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y muy en desacuerdo) ante situaciones relacionadas con clima organizacional dentro de tres categorías; trabajo en equipo, cohesión y comunicación.

En la Tabla 7 se describen las características generales de la población que contestó los cuestionarios.

Tabla 7. Características generales de la población que participo de los servicios de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.

<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN</b>				
	General	Mujer	Hombre	No contestó
Edad (mediana)	40 (24 a 78)	41 (24 a 66)	31.5 (27 a 78)	
Sexo		<b>110 (77.4%)</b>	32 (22.2%)	2 (1.4%)
<b>PROFESIÓN</b>				
Medicina	69 (48%)	40 (36%)	29 (91%)	
Enfermería	<b>73 (51%)</b>	70 (64%)	3 (9%)	
No contestó	2 (1%)	0	0	
<b>SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN</b>				
ACP	4 (2.8%)	3 (2.7%)	1 (3.1%)	
Cirugía	18 (12.5%)	13 (11.8%)	5 (15.6%)	
Hematología	10 (6.9%)	7 (6.4%)	3 (9.4%)	
Infectología	4 (2.8%)	4 (3.6%)	0	
Medicina Interna	8 (5.6%)	8 (7.3%)	0	
Neonatología	18 (12.5%)	15 (13.6%)	3 (9.4%)	
Neurología	9 (6.3%)	2 (1.8%)	7 (21.9%)	
Oncología	16 (11.1%)	14 (12.7%)	2 (6.3%)	
UCIN	<b>26 (18.1%)</b>	23 (20.9%)	3 (9.4%)	
UTIP	<b>26 (18.1%)</b>	19 (17.3%)	7 (21.9%)	
Otro	3 (2.1%)	2 (1.8%)	1 (3.1%)	
No contestó	2 (1.4%)	0	0	
<b>TURNO LABORAL</b>				
Matutino	<b>66 (45.8%)</b>	56 (50.9%)	10 (31.3%)	
Vespertino	22 (15.3%)	18 (16.4%)	4 (12.5%)	
Nocturno	27 (18.8%)	24 (21.8%)	3 (9.4%)	
Mixto	18 (12.5%)	8 (7.3%)	10 (31.3%)	
No contestó	11 (7.6%)	4 (3.6%)	5 (15.6%)	2
<b>PUESTO QUE DESEMPEÑA</b>				
Auxiliar E.	13 (9%)	13 (11.8%)	0	
E. General	<b>42 (29.2%)</b>	40 (36.4%)	2 (6.3%)	
E. Especialista	13 (9%)	12 (10.9%)	1 (3.1%)	
E. Jefa de servicio	5 (3.5%)	5 (4.5%)	0	
Residente	34 (23.6%)	17 (15.5)	17 (53.1%)	
M. Adscrito	35 (24.3%)	23 (20.9%)	12 (37.5%)	
No contestó	2 (1.4%)	0	0	

Fuente: Cuestionario aplicado sobre clima organizacional 2016.

En la tabla se observa que la participación del personal de enfermería predominó con 51%, del área médica el personal residente representó 23.6% de los participantes; con relación a los servicios la participación fue mayor de UTIP Y UCIN y el turno que presentó mayor participación fue el matutino (45.8%).

## CUESTIONARIO SOBRE CLIMA ORGANIZACIONAL

En el rubro de datos generales contestaron 144 participantes; sin embargo, se eliminaron cuatro cuestionarios ya que no cumplían más del 80% de respuestas a las preguntas sobre clima organizacional.

El cuestionario valora tres dimensiones con preguntas realizadas en negativo y positivo para las dimensiones trabajo en equipo y compromiso; para la dimensión cohesión todas fueron preguntadas en positivo.

En la tabla 8 se describe la actitud que predominó para cada grupo de preguntas en la dimensión de trabajo en equipo.

Tabla 8. Resultados del cuestionario de clima organizacional sobre trabajo en equipo para los servicios de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.

<b>Dimensión 1. Trabajo en equipo</b>			
<b>PREGUNTA</b>	<b>Actitud</b>		
Es muy frecuente que existan enfrentamientos y conflictos entre los compañeros.	<b>Indiferente 71%</b>	En desacuerdo 19%	De acuerdo 11%
Cuando alguien tiene una duda en su trabajo le pregunta a un compañero.			
Mi equipo de trabajo planifica su trabajo en conjunto.			
Las decisiones importantes se discuten entre todo el equipo	<b>En desacuerdo 54%</b>	Indiferente 34%	De acuerdo 12%
Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros participan en reuniones para unificar sus criterios de trabajo.			
Todos los miembros del equipo pueden opinar sobre el trabajo de los demás.			
En mi servicio el médico y la enfermera no comentan los problemas de los pacientes.	<b>En desacuerdo 54%</b>	Indiferente 34%	De acuerdo 12%
Lo malo del equipo es que cualquiera se siente autorizado a opinar sobre el trabajo de los demás.			
Muchos compañeros opinan sobre lo que no saben			

Fuente: Cuestionario de clima organizacional 2016.

En la tabla se observa que la percepción que predomina en la población encuestada fue de indiferencia cuando las preguntas valoran aspectos como enfrentamientos,

planificación del trabajo, la toma de decisiones, participación en reuniones y opiniones sobre los problemas del paciente.

Por otro lado se observa una percepción de estar en desacuerdo de que el médico y la enfermera no comenten los problemas de los pacientes, sobre opinar respecto al trabajo de los demás y de que los compañeros opinen cuando no saben acerca del tema.

Sobre la dimensión de cohesión los resultados se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Resultados del cuestionario de clima organizacional sobre cohesión para los servicios de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.

<b>Dimensión 2. Cohesión</b>			
<b>PREGUNTA</b>	<b>Actitud</b>		
Si alguien tiene un rato libre y hay un compañero trabajando le suele echar la mano.			
Se siente un ambiente tenso entre personal médico y de enfermería			
Las personas en este servicio están muy unidas.	<b>Indiferente 62%</b>	<b>En desacuerdo 29%</b>	<b>De acuerdo 9%</b>
En mi servicio se respira un ambiente amistoso.			
En general nos sentimos orgullosos de formar parte de un equipo de trabajo			
Si existe un conflicto nos sentamos a resolverlo.			
Las personas en mi servicio se suele ayudar en el trabajo.			

Fuente: Cuestionario de clima organizacional 2016.

La tabla señala que la percepción de indiferencia predomina sobre ser un grupo unido, que se apoya, donde hay un ambiente amistoso y del sentido de pertenencia al equipo. Solo 9% considera estar de acuerdo en que hay cohesión en el grupo.

Con respecto a la dimensión compromiso los resultados se identifican en la tabla 10.



Tabla 10. Resultados del cuestionario de clima organizacional sobre compromiso para los servicios de la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.

<b>Dimensión 3. Compromiso</b>			
<b>PREGUNTA</b>	<b>Actitud</b>		
Hay compañeros que están intentando cambiar de lugar laboral.	<b>De acuerdo 54%</b>	Indiferente 34%	En desacuerdo 15%
En las reuniones de equipo frecuentemente hay discusiones tensas y poco resolutivas.			
Hay compañeros que dificultan el trabajo de los demás	<b>Indiferente 46%</b>	De acuerdo 36%	En desacuerdo 18%
La mayoría de mis compañeros, si pudieran, no trabajarían aquí.			
Los compañeros opinan que nuestro hospital nunca funcionara adecuadamente			

Fuente: Cuestionario de clima organizacional 2016.

La percepción de los encuestados sobre el compromiso hacia su servicio laboral es baja; por un lado 54% considera estar de acuerdo en que los compañeros de trabajo quieren cambiar de lugar de trabajo y que las reuniones de trabajo son poco resolutivas; por otro lado tienen una percepción de indiferencia antes aspectos sobre complicar el trabajo de los compañeros y trabajar en la institución.

En general los resultados del cuestionario señalan una percepción de indiferencia ante el clima organizacional que se desarrolla dentro sus servicios de Pediatría.

### 3.-VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA COORDINACIÓN DE PEDIATRÍA

De manera inicial se realizó una revisión documental sobre la vigilancia de eventos adversos en los servicios de pediatría, se identificó que se realiza por tres áreas: la División de Posgrados (relacionada con el personal Médico en formación), enfermería y banco de sangre.

#### ÁREA DE ENFERMERÍA

Cuenta con un Manual de Procedimiento para la notificación de Eventos Adversos en donde se plasma el proceso para realizar tal fin, a continuación se describen las características más importantes.

- Solo es aplicable para el área de enfermería.

- Es obligatoria la notificación por el personal que cometió el evento o el que documenta que se presentó alguno.
- Cuenta con un formato en papel para realizar la notificación del evento adverso.
- Cuenta con un registro electrónico de los casos notificados en cada servicio
- Se realiza un seguimiento de las consecuencias y manejo del evento adverso durante las primeras 72 horas de identificado el evento, en el mismo formato donde se hizo la notificación.
- Integran la información para sus indicadores internos y externos.

#### ÁREA DE BANCO DE SANGRE

No cuentan con un documento (manual de procedimientos) que plasme la forma en que se debe realizar la notificación de eventos adversos; sin embargo, realizan el registro de aquellos relacionados a los procesos dentro del servicio. Las características que tiene su sistema de notificación son:

- Solo es aplicable para el servicio de banco de sangre.
- Cuenta con formatos relacionados con procedimientos que realizan en su servicio para la identificación de posibles reacciones que presenten sus pacientes.
- A partir de ese formato documentan la cadena de hechos para identificar si la falla fue parte del proceso que se realiza en el servicio.
- Si la falla no se relaciona con el servicio lo indican en el formato y no realizan ninguna revisión o análisis.
- Si el evento fue a partir de fallas en sus procesos realizan el registro y su análisis.

#### AREA DE LA DIVISIÓN DE POSGRADOS

Es el área que recibe información relacionada con eventos adversos que hayan sido propiciados por los residentes del CMN, cuenta con los siguientes puntos:

- La información es dada por el personal médico adscrito responsable del residente que haya cometido el evento adverso.
- Su análisis está relacionado con la formación y competencias del residente.
- El resultado final del análisis tiene como fin una amonestación o la baja del residente.
- No es obligatorio notificarlo; sin embargo, se indica realizar el reporte sobre lo que suceda con el actuar de los residentes en sus prácticas clínicas.
- Los registros y notificaciones no son sistematizados

A partir de las recomendaciones bibliográficas se construyó una tabla para comparar lo que actualmente existe en el servicio y lo que debería de tener la vigilancia de eventos adversos.

Tabla 11. Características de los registros o sistemas de notificación de eventos adversos en el CMN comparado con recomendaciones de la literatura.

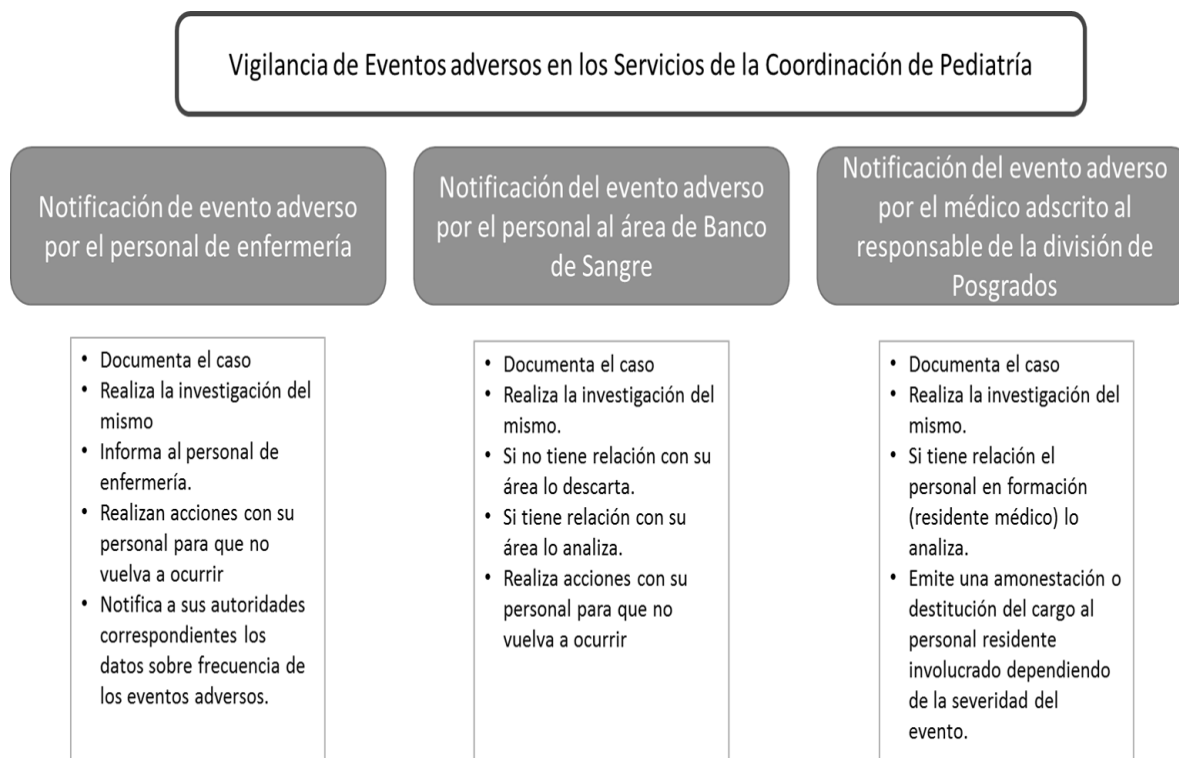
Área	Enfermería	Banco de Sangre	División de Posgrado
Característica			
No punitivo			
Confidencial			
Categoriza los eventos	✓	✓	✓
Analizan los eventos	✓	✓	✓
Contempla una orientación sistémica			
Cuenta con un formato de notificación	✓	✓	
Es Voluntario			

Fuente: Elaboración propia. 2016

En la tabla se identifica que cuentan de manera parcial con las características que se recomiendan para un sistema de notificación de eventos adversos.

A partir de la revisión documental y la observación en la Coordinación de Pediatría se realizó la descripción del proceso de vigilancia de eventos adversos que actualmente se realiza, en la figura 7 se observa.

Figura 7. Vigilancia actual de los eventos adversos que se realiza en la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la figura, la vigilancia de eventos adversos se realiza a partir de las áreas o funciones del personal, no vinculan a otro tipo de personal, por ejemplo el área de calidad o epidemiología no intervienen para el análisis o generar propuestas de mejora; esto condiciona que las acciones para poder atender los eventos se realicen de manera parcial y no tengan un impacto en la causa principal.

## OBSERVACIÓN

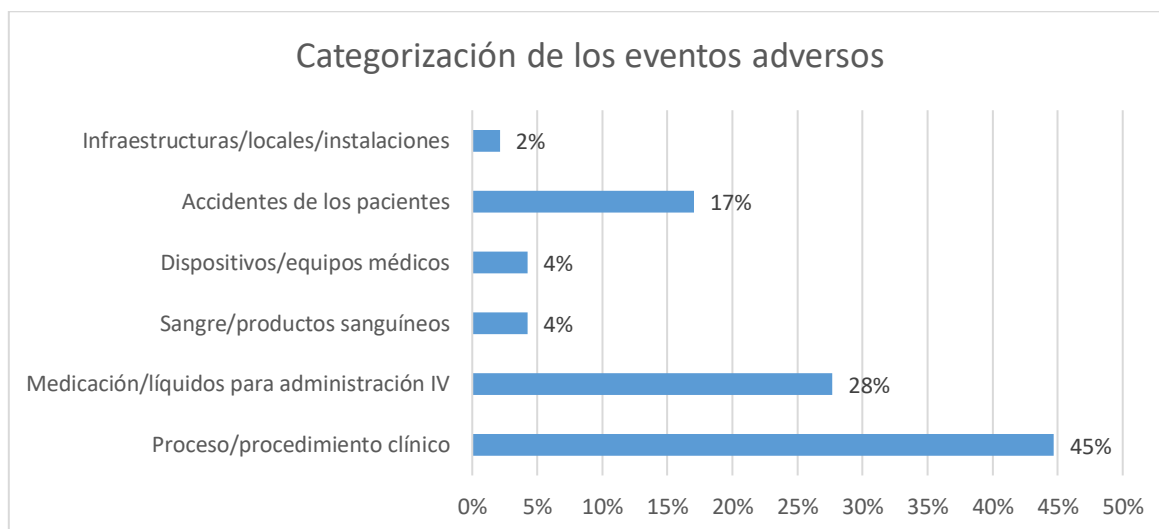
A partir de la documentación encontrada sobre la vigilancia de los eventos adversos, se realizó la observación del proceso de notificación del área de enfermería, se utilizó una lista de cotejo basada en las categorías que señala la OMS para clasificar eventos adversos.

La observación se realizó en los servicios de hospitalización (por tener un mayor número de pacientes) y se documentó:

1. Si se identifica un evento adverso en el paciente que no haya sido notificado, se le indica al personal responsable del mismo que deben realizar el reporte, de lo contrario no será recibido el paciente en el cambio de turno.
2. No realizan la notificación de un evento adverso cometido por otro personal de salud.
3. Al notificar el evento adverso, queda registrado el nombre de la persona que cometió el error.
4. Realizaron acciones correctivas de manera inmediata ante la presencia de un error.
5. Cuando se presenta el evento adverso se le informa al personal médico para que realice una valoración y determine si requiere un manejo.
6. Se realiza un círculo de lectura para revisar el manual del procedimiento relacionado con el evento adverso que se haya presentado, involucrando a la jefa (e) de servicio y todo el personal del turno donde se presentó.
7. Realizan un registro de los documentos sin sistematizar la información o utilizando herramientas que favorezcan el análisis para identificar las causas de los eventos.

Se realizó una lista sobre las clases de eventos adversos (Anexo V) a partir de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) de la OMS y compararla con el registro de eventos adversos notificados; se identificaron 47 eventos adversos notificados por el personal de enfermería, los cuales se integraron en 6 categorías como se observa en la gráfica 1.

Gráfica 1. Categorización de los eventos adversos notificados por el personal de enfermería en los servicios de la Coordinación de Pediatría durante el año 2015.



Fuente: Modificado del registro de eventos adversos notificados por el personal de enfermería de los servicios de la Coordinación de Pediatría durante el año 2015.

En la gráfica 1 se observa las categorías que se elaboraron sobre los eventos adversos notificados por el personal de enfermería, la categoría de proceso/procedimiento fue la que predominó con 45%, medicación/líquidos para administración IV fue el segundo lugar con 28% y accidentes de los paciente el tercer lugar con 17% principalmente.

#### 4.- INTEGRAR LOS ELEMENTOS ADECUADOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UN PROCESO DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

A través de la revisión bibliográfica y la buena práctica para la implementación de la gestión por procesos, se integran los elementos para su desarrollo en la Coordinación de Pediatría dentro del CMN 20 de Noviembre.

- a) INTEGRACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS A PARTIR DE LA VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS.

Analizando los servicios de pediatría, se presenta una propuesta para el abordaje de una gestión por procesos que permita integrar todos los elementos para el análisis de los mismos a partir de reuniones con el equipo de trabajo, realizando entrevistas informales y lluvia de ideas.

Se formó un equipo de trabajo para la vigilancia de eventos adversos conformado por:

- Responsable del área de Calidad como líder del proyecto
- Responsable del área de Enseñanza
- Responsable del área de Bioética
- Responsable del área de Pediatría
- Responsable del área de Medicina
- Responsable del área de Enfermería
- Responsable de la Coordinación de Pediatría
- Responsable del área de Enseñanza de Pediatría

#### b) IDENTIFICACIÓN Y SECUENCIA DE LOS PROCESOS

Se realizó una lista de los procesos implicados para el funcionamiento de la Coordinación de Pediatría, en la tabla 12 se identifican procesos derivados de los macroprocesos estratégicos, en la tabla 13 los de los procesos operativos y en la tabla 14 los procesos de los macroprocesos de apoyo.

Tabla 12. Lista de procesos estratégicos para el funcionamiento de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.

<b>MACROPROCESO ESTRATÉGICOS</b>	<b>PROCESOS</b>
<b>Planeación estratégica</b>	Desarrollo de la Gestión por procesos
	Implementación de la gestión por procesos
	Gestión con otras instituciones
	Evaluación
	Supervisión
<b>Calidad y mejora Continua</b>	Estandarización de los procesos
	Monitorización de los procesos
	Mejora de los procesos
	Seguridad del paciente
	Análisis de riesgos
<b>Comunicación</b>	Difusión y divulgación de la información
	Comunicación efectiva entre profesionales, áreas y servicios.
<b>Enlace Hospitalario</b>	Coordinar actividades con áreas internas y externas para brindar atención médica.

Tabla 13. Lista de procesos operativos para el funcionamiento de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre

<b>MACROPROCESOS OPERATIVOS</b>	<b>PROCESOS</b>
<b>Atención Pediátrica</b>	Ingreso del paciente
	Atención urgencias
	Consulta externa
	Hospitalización
	Atención quirúrgica
	Interconsulta
	Egreso
<b>Admisión y egresos</b>	Gestión de camas
	Registro de hospitalización
<b>Archivo clínico</b>	Generación/desarrollo del expediente clínico
<b>Nutrición</b>	Alimentación hospitalaria



<b>Auxiliares de diagnóstico</b>	Estudios de Imageneología
	Estudios de laboratorio
	Banco de sangre
<b>Trabajo Social</b>	Servicio de apoyo social al usuario

Tabla 14. Lista de procesos para el funcionamiento de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre

<b>MACROPROCESOS DE APOYO</b>	<b>PROCESOS</b>
<b>Información</b>	Procesamiento de datos
	Administración de las plataformas digitales
<b>Recursos humanos</b>	Contratación del personal
	Capacitación al personal
<b>Recursos materiales</b>	Administrar los recursos
	Abastecimiento de los insumos
	Mantenimiento de los recursos
	Administración de los recursos económicos
<b>Enseñanza</b>	Coordinación de programas académicos
	Supervisión del personal en formación (residentes médicos)
	Desarrollo de programas académicos al todo el personal de salud
<b>Investigación</b>	Desarrollo de proyectos de investigación clínica
<b>Referencia y contrarreferencia</b>	Ingreso de los paciente
	Envío de pacientes a las unidades

El segundo paso que se desarrolló es la descripción gráfica de los procesos, que permita visualizar su integración, el mapa se muestra en la figura 7.

Figura 8. Mapa de procesos dentro de los servicios de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.



Fuente: Elaboración propia 2016.

En la figura se identifican los procesos de la Coordinación, reflejan las interacciones que se presentan entre cada uno y permite proyectar las áreas que se involucran.

De manera inicial se realizó con el equipo de trabajo, la captación de información, una lista de los procesos y la representación gráfica; posteriormente a partir del proceso de vigilancia de eventos adversos se realizará la continuidad de la propuesta del modelo de gestión por procesos.

### c) DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Como ya se describió, la vigilancia de eventos adversos durante la atención del paciente es realizada principalmente por personal de enfermería; de manera particular por el área de banco de sangre y, en la División de Posgrados, solo es para el personal médico en formación.

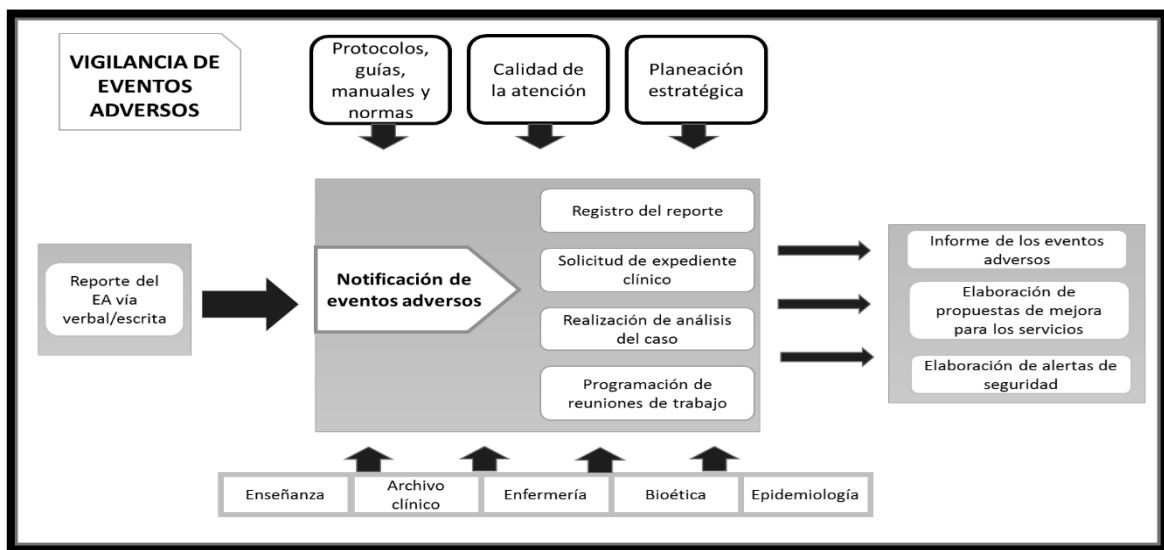
Su enfoque está integrado por funciones, visualizando el proceso solo para cada área lo que no permite realizar acciones conjuntas que realmente aborden la atención de los eventos adversos.

Como resultado de la revisión del proceso el personal logro identificar las fallas que se estaban presentando en su ejecución, como son:

- No había una participación del área médica en la notificación
- La ejecución de acciones de mejora no se realizaba al proceso, sino a la persona que había cometido el error.
- Presenta un abordaje punitivo
- La atención del paciente se veía afectada al condicionar la entrega/recepción al tener la notificación de un evento adverso que hubiera ocurrido en el paciente.
- No se identificaban las causas reales del evento adverso.
- La participación de los involucrados está sujeta a las áreas donde se presentaba el evento.

A partir de este análisis se realiza una descripción para identificar el proceso y no las funciones, en la figura 9 se observa el mapa para la vigilancia de eventos adversos.

Figura 9. Vigilancia de eventos adversos para la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.



Fuente: Elaboración propia

En la figura se ejemplifica que la vigilancia de eventos adversos, se debe realizar a partir de identificar los diferentes elementos y actores que intervienen; se observan la entrada del proceso a partir del reporte de un evento adverso de manera escrita; la notificación del evento adverso conlleva a la realización de actividades como es el registro del evento adverso, solicitar el expediente clínico del paciente afectado, realizar el análisis de la situación con un abordaje metodológico y la programación de reuniones de trabajo con el personal involucrado.

Posteriormente se elaboró la ficha del proceso que les permitió tener una visión más amplia del mismo, en la tabla 15 se observa.

Tabla 15. Ficha del proceso de vigilancia de eventos adversos en la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.

Nombre del proceso		Vigilancia de eventos adversos	
Responsable		Jefa del área de calidad y mejora continua	
Empieza: Con el reporte del evento adverso por el personal de salud			
Termina: Informe sobre los eventos adversos, elaboración de propuestas de mejora, elaboración de alertas de seguridad.			
Proveedor	Entrada	Salida	Usuario
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal de salud de los servicios de la Coordinación de Pediatría.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte de evento adverso vía verbal/escrita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe sobre los eventos adversos</li> <li>Elaboración de propuestas de mejora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros servicios para hospitalización</li> <li>Epidemiología</li> <li>Dirección</li> <li>Planeación</li> <li>Registros hospitalarios</li> <li>Calidad y mejora continua.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

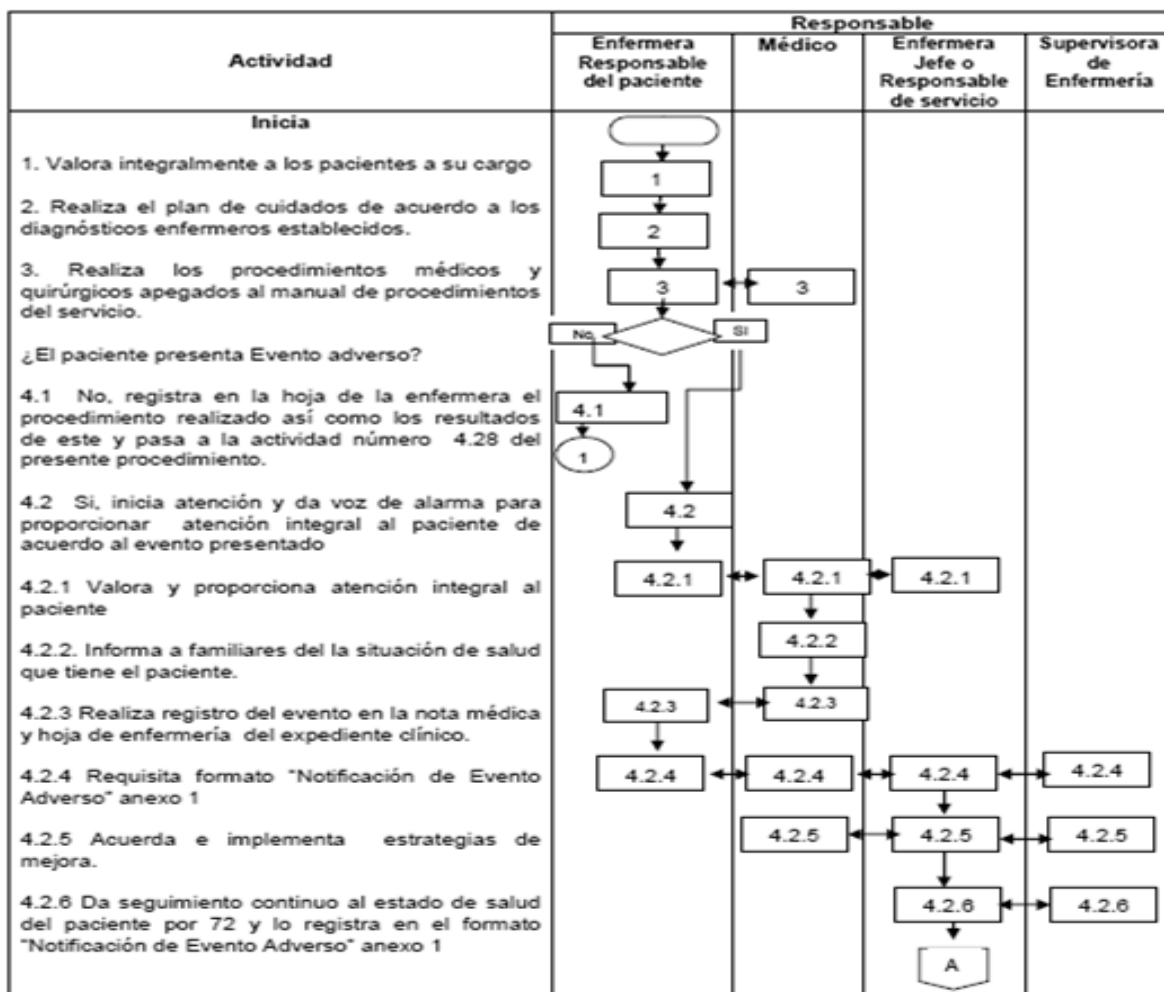
Un elemento importante que se identifica en la ficha del proceso son los proveedores y usuarios del proceso (pueden ser personas u otros procesos), que van a ser los directamente involucrados; de manera inicial los proveedores son personal de salud relacionado con la atención del paciente en los servicios pediátricos (médicos/enfermeras). Sin embargo, también debe estar involucrado personal de otras áreas como son: laboratorio, limpieza, nutrición, Imageneología.

Los usuarios van a ser los receptores de las salidas del proceso, El equipo directivo, los jefes o responsables de otros servicios, registros hospitalarios, con el fin de dar inicio o continuidad a los procesos dentro del Centro Médico.

d) DIAGRAMA DE FLUJO

Como siguiente paso es necesario hacer la representación gráfica a través de un diagrama de flujo que permita identificar la secuencia de pasos que integran el proceso, en la figura 10 se observa el diagrama que actualmente utiliza el área de enfermería.

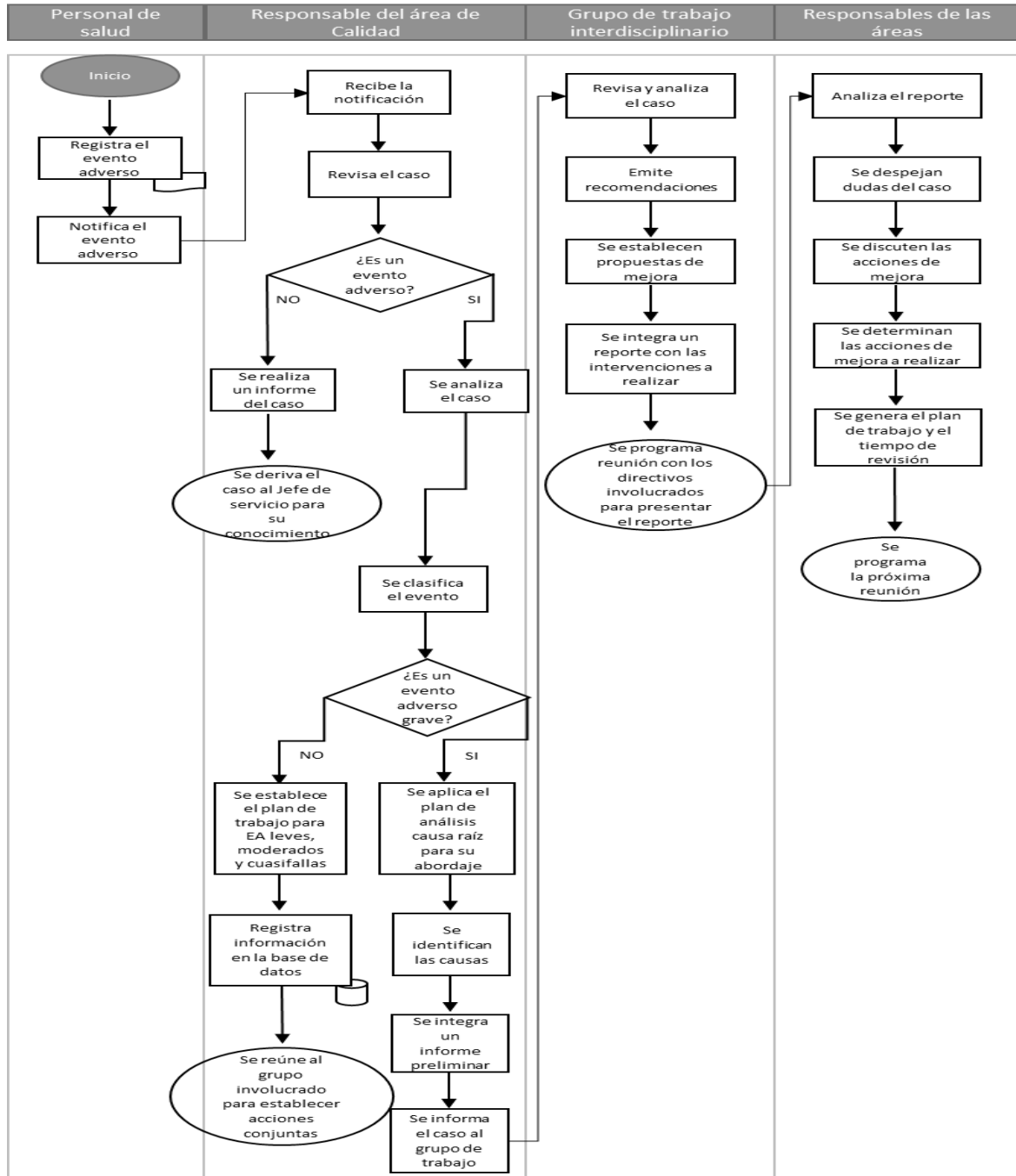
Figura 10. Diagrama de Flujo sobre la notificación de eventos adversos del área de enfermería del CMN 20 de Noviembre.



Fuente: Manual de Procedimientos para la notificación de eventos adversos de la Coordinación de Servicios Paramédicos del CMN 20 de Noviembre.

Con el equipo del área de calidad y la información documentada se diseñó el diagrama de flujo de la notificación de eventos adversos, en la figura 11 se observa.

Figura 11. Diagrama de flujo para la notificación de eventos adversos en la Coordinación de Pediatría.



Fuente: Elaboración propia.

En la imagen se observa a los participantes que intervienen en la notificación de eventos adversos; de manera inicial el personal médico y de enfermería son los que realizan la notificación, posteriormente deberá ser todo el personal que interviene en el proceso de atención, el grupo de trabajo está conformado por personal de diferentes áreas con el fin de dar una visión objetiva y complementaria ante la presencia de un evento adverso y los responsables son los jefes de servicio y tomadores de decisiones que se requieran para la implementación de las acciones de mejora.

### e) MEDICIÓN DEL PROCESO

La medición en la gestión por procesos es un factor importante para conocer los resultados que se están obteniendo y hacia donde se deben orientar los cambios; para la vigilancia de eventos adversos se proponen dos indicadores que permitan evaluar en determinado tiempo el funcionamiento del proceso, en la figura 12 y 13 se identifican.

Figura 12. Indicador del proceso de vigilancia de eventos adversos para la Coordinación de Pediatría.

FICHA TÉCNICA PARA LA DESCRIPCIÓN DE INDICADORES			
<b>PROCESO:</b> Vigilancia de Eventos adversos en los servicios de la Coordinación de Pediatría			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Porcentaje de eventos adversos notificados	<b>OBJETIVO DEL INDICADOR:</b> Determinar el apego del personal de salud para la Notificación de eventos adversos de los servicios de Pediatría	<b>ENFOQUE:</b> Proceso	<b>DIMENSIÓN:</b> Técnica
<b>FÓRMULA(S) DEL INDICADOR:</b> Número de eventos adversos notificados en pacientes hospitalizados en los servicios de pediatría Número de eventos adversos identificados en pacientes hospitalizados en los servicios de pediatría X 100		<b>ATRIBUTO:</b> Efectividad	<b>ÁREA:</b> Pediatría
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA FÓRMULA:</b> Se considerara en el numerados todos los eventos adversos notificados en los pacientes hospitalizados en los servicios de pediatría. En el denominados se incluirán todos los eventos adversos Documentados en pacientes hospitalizados en los servicios pediátricos Dentro del periodo de evaluación	<b>FUENTES DE DATOS</b> Expediente clínico y base de datos De eventos adversos notificados	<b>TIPO DE MUESTRA</b> Se revisaran 30 expedientes elegidos de Manera aleatoria de los 10 servicios de Pediatría cada trimestre	
<b>ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO:</b>	<b>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN</b> Hoja de datos	<b>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</b> Grafica de barras presentada por servicio pediátrico, tipo de evento adverso y Personal de salud que notifica	
<b>ORIGEN DEL INDICADOR:</b> Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. Buena practica Sistemas de notificación de incidentes en América Latina	<b>ACTIVIDADES</b> Identificación de eventos adversos Notificados Recopilación y revisión de expedientes Elaboración del informe	<b>PERIODICIDAD</b> La evaluación se Realizara de manera trimestral	<b>RESPONSABLE</b> Responsable de la vigilancia De eventos adversos del Área de calidad
		<b>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS</b> La responsable del área de Calidad y Mejora Continua Del CMN 20 de Noviembre, corroborando los 30 Expedientes seleccionados.	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 13. Indicador del proceso de vigilancia de eventos adversos para la Coordinación de Pediatría.

<b>FICHA TÉCNICA PARA LA DESCRIPCIÓN DE INDICADORES</b>			
<b>PROCESO:</b> Vigilancia de eventos adversos en los servicios de la Coordinación de Pediatría			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Promedio de tiempo utilizado en el análisis de eventos Adversos graves (centinela) en los servicios de la Coordinación de Pediatría	<b>OBJETIVO DEL INDICADOR:</b> Determinar el tiempo utilizado para la atención de los Clasificados como Eventos adversos graves (centinela)	<b>ENFOQUE:</b> Proceso	
		<b>DIMENSIÓN:</b> Técnica	
<b>FÓRMULA(S) DEL INDICADOR:</b> Número de días utilizados para el análisis de eventos adversos graves (centinela) en los servicios de Pediatría Número de eventos graves (centinela) registrados de los servicios de la Coordinación de Pediatría		<b>ATRIBUTO:</b> Efectividad Oportunidad	
		<b>ÁREA:</b> Servicios de Pediatría	
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA FÓRMULA:</b> Se consideran en el numerador los días utilizados para el análisis (desde que se notificó hasta la propuesta de mejora) de eventos clasificados Como graves (centinela) en los servicios de Pediatría En el denominador se incluirán todos los eventos adversos graves (centinela) notificados de los servicios de Pediatría en el periodo a evaluar	<b>FUENTES DE DATOS</b> Registro de eventos adversos Graves del área de calidad	<b>TIPO DE MUESTRA</b>  Serán todos los informe realizados en un semestral del área de calidad	
		<b>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN</b> Hoja de datos	
<b>ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO:</b>		<b>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</b>	
<b>ORIGEN DEL INDICADOR:</b> Recomendación de los estándares para la certificación de hospitales 2017		Gráficas lineales	
<b>ACTIVIDADES</b> Revisión de informes de los eventos Adversos graves Elaboración del concentrado	<b>PERIODICIDAD</b> La evaluación se Realizará de manera semestral	<b>RESPONSABLE</b> Responsable de la vigilancia De eventos adversos del Área de calidad	<b>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS</b> La responsable del área de Calidad y Mejora Continua Del CMN 20 de Noviembre, corroborando los 30 Expedientes seleccionados.

Fuente: Elaboración propia.

Las dos figuras señalan indicadores que permitirán conocer de manera inicial el funcionamiento del proceso; el primero buscar medir la participación del personal en la notificación, el comportamiento de los eventos en los servicios participantes y el tipo de evento que se notifica, el segundo está vinculado al tiempo que se utiliza para el análisis de los eventos graves o centinela, la literatura recomienda que en un periodo de 45 días a partir de la notificación que se den las propuestas de mejora.

#### f) SEGUIMIENTO DEL PROCESO

El seguimiento del proceso debe evaluar su funcionamiento, de manera que el análisis de la información recabada permita tomar decisiones sobre el mismo que determine si es necesario continuar así o si se debe realizar mejoras en el proceso.



## **DISCUSIÓN**

### **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

La Coordinación de Pediatría está sujeta al CMN 20 de Noviembre, por lo cual su funcionamiento depende en gran medida de lo que determina la organización; actualmente se desarrolla una gestión por funciones, prevaleciendo una línea de mando, con una jerarquía y basada en productividad, limitando su alcance y funcionamiento para el cumplimiento de sus objetivos.

Hasta ahora el modelo de la organización se basa en estructuras verticales, su capacidad de decisión y gestión se ve en ocasiones influenciada por las disposiciones de una entidad mayor que la regula bajo planes y documentos organizacionales federales que se implementaran en la institución.

La OMS recomienda que para el adecuado logro de los objetivos de las organizaciones se requiere que los grupos y personas gocen de mayor autonomía, si bien, el actual sistema de salud mexicano, se encuentra fragmentado en diferentes instituciones, el hospital puede desarrollar e implementar estrategias de acuerdo a su contexto como centro de atención especializada que le permita atender a su población derechohabiente.

En la literatura se comenta que las organizaciones ya no deben ser de una estructura rígida, los límites que tengan en ocasiones pueden ser difusos, sin embargo deben trazarse de manera que les permitan ser abiertos a la comunidad y destinadas a solucionar los problemas de salud, como comenta Del Llano y col, si la dirección no se mueve la base se mantiene estática y no les permite innovar.

Dentro del orden jerárquico en su mayoría está formada por el personal médico y que ejerce funciones administrativas, acompañada en menor medida del personal de enfermería y administrativo; Del Llano y col, considera que de acuerdo a un estudio cualitativo que realizó en hospitales de España, los médicos deben estar

ampliamente involucrados en el aspecto gerencial, con las competencias adecuadas para realizar tal función y no solo prevalezca la antigüedad; por otro lado la OMS señala que el nivel gerencial debe tener las competencias adecuadas, sin señalar que tenga una formación médica.

Otro de los aspectos que se observó fue la falta de recursos humanos en los servicios; la plantilla laboral vigente documentada que el personal de enfermería cuenta con personal completo para los servicios de pediatría, sin embargo en la operación eso no sucede, en ocasiones llega a faltar el 25% del personal.

## CLIMA ORGANIZACIONAL

El cuestionario abordó la actitud del personal médico y de enfermería; en general se considera en riesgo el trabajo en equipo al presentar una actitud de indiferencia (71%) a preguntas relacionadas con el compañerismo, el apoyo mutuo, la colaboración; sin embargo, cuando las preguntas se vinculan a que no se comunica el personal para discutir la atención del paciente y que sea un problema en el equipo opinar sobre el trabajo de los demás, la percepción cambia y 54% de la población encuestada muestra estar en desacuerdo ante estos puntos.

El talento humano es un elemento sustancial para el funcionamiento de la organización, de igual manera como señala Chiavenato, se deben canalizar todos los esfuerzos de los individuos para poder alcanzar sus objetivos individuales y de esa manera se vean beneficiadas las organizaciones y las personas (Chiavenato, 2002); sin embargo, por lo menos dentro de los servicios de la Coordinación de Pediatría el personal no se muestra comprometido con su organización.

## VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Un aspecto importante para la atención segura en la población, es la vigilancia de los eventos adversos que se pueden presentar en el proceso de atención; si bien el error es inherente al ser humano, muchos de ellos son factibles de prevención; por lo cual la monitorización de los eventos adversos es una herramienta que contribuye a implementar mejoras en la calidad de la atención.

Dentro de los resultados obtenidos, se identificó que la vigilancia que se realiza en los servicios de la Coordinación de Pediatría está fragmentada, el personal de enfermería es quien realiza mayoritariamente la notificación de eventos adversos en los servicios de la Coordinación de Pediatría, sin embargo no se realiza de manera sistematizada

La participación del área médica es casi nula, su vigilancia recae en sanciones que de acuerdo a la literatura esto no se debería de presentar, ya que recomienda que se realice la vigilancia sin un aspecto punitivo.

Otro de los aspectos que es importante señalar es la notificación; si bien los estudios realizados por Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Canadá principalmente, estimaron que entre 7.5% y 12.7% de los pacientes ingresados en un hospital sufrieron de un evento adverso; para los servicios de pediatría solo se notificaron 47 eventos por parte del personal de enfermería, aunado a que la notificación que realizan es de carácter obligatoria.

En estudios realizados por Heinrich se sugería la presencia de un evento adverso grave por cada 30 eventos leves y por cada 300 cuasifallas, sin embargo en los documentos no se pudo observar el comportamiento de los eventos al no tener una clasificación de este tipo (cuasifalla, leve, moderado y grave) en las notificaciones.

Realizar la vigilancia de eventos adversos es de suma importancia para generar información que apoye la toma de decisiones, sin embargo su realización debe contener una serie de atributos que recomienda la OMS, sin embargo actualmente es de manera parcial, al solo incluir 3 atributos de los recomendados, principalmente por el área de enfermería, que como comenta Hernández (2013) en su estudio sobre eventos adversos en Chile, es importante su participación en la seguridad del paciente, sin embargo es necesaria la integración de todo el personal que participa en la atención del usuario.

Asimismo las recomendaciones de la buenas prácticas señala que establecer un análisis de los eventos adversos con un enfoque integral hacia la identificación de las causas principales condiciona implementar acciones de mejora hacia las fallas en los procesos de atención a la salud; sin embargo dentro de los resultados obtenidos, no se identificó alguna acción de mejora implementada y con el apoyo de todos los involucrados.

## GESTIÓN POR PROCESOS

Las organizaciones en salud deben realizar una monitorización y evaluación de los procesos que realizan, con el fin de mejorar la calidad de los mismos, por lo cual deben buscar los métodos y herramientas que les permitan realizar tal fin.

La gestión por procesos como comenta Bravo Carrasco (2011), implica que se reordenen los diferentes flujos de trabajo de forma que vayan aportando un valor enfocado a mejorar y aumentar la satisfacción del usuario y permita facilitar la serie de tareas que realiza el profesional de la salud, bajo esta premisa, se trabajó con personal de salud de la Coordinación de Pediatría con el fin de desarrollar este enfoque.

Para realizar tal fin es importante llevar un diseño metodológico que permita elaborar de manera ordenada y gradual el diseño de los procesos, como recomiendan diferentes autores, entre ellos Moracho del Río. (Moracho del Río & Saturno)

Los resultados obtenidos se desarrollaron a partir de una revisión documental y reuniones de trabajo con el personal, que permitieran dar un primer acercamiento sobre el desarrollo de procesos y su implementación.

La aproximación que se realizó con este proyecto sobre la vigilancia de eventos adversos en los servicios de Pediatría, permitió identificar las dificultades para poder realizar el proceso; a través de la implementación de una gestión por procesos, se facilita la coordinación entre unidades, personas y se da un seguimiento gradual que condiciona su funcionamiento de manera adecuada.

De manera inicial contar con el apoyo metodológico y disponer de información necesaria son elementos necesarios para su desarrollo; contar con las herramientas conlleva a un abordaje adecuado, de manera inicial la participación del personal de salud fue limitada por no desconocer la gestión por procesos, sin embargo conforme avanzaba el análisis del proceso, se facilitó sus participación.

Los resultados obtenidos solo corresponden a la Coordinación de Pediatría; sin embargo, el enfoque metodológico puede generalizarse a otras instancias que quieran implementar un modelo de gestión por procesos.

## **CONCLUSIONES**

Si bien el clima organizacional no es un punto que se pretendió analizar de manera profunda, se documentó que hasta el momento el personal realiza las actividades para la atención de los usuarios, sin embargo existe un ambiente frágil entre el personal médico y de enfermería de la Coordinación de Pediatría.

Los servicios de la Coordinación de Pediatría se fundamentan primordialmente en una gestión por funciones; representada por jerarquías en el personal de salud y realizando sus actividades de acuerdo a sus áreas, la Coordinación no tenía identificados adecuadamente los procesos que realizan.

El manejo actual necesita de retroalimentación y cambios a medida que pase el tiempo o las expectativas de la Coordinación cambien, con el fin de cumplir los objetivos que tengan.

Se realiza la vigilancia de eventos adversos en los servicios de la Coordinación de Pediatría, el personal de enfermería aborda de manera más amplia su análisis, sin embargo bajo el enfoque en que lo realizan es limitado, provocando que no se puedan realizar acciones sobre los eventos adversos que condicionen que no se vuelvan a presentar.

El desarrollo metodológico para la implementación de la gestión por procesos requiere de la participación de personas con experiencia, que favorezca la integración de todos los responsables o actores vinculados a los procesos, de manera que sean abordados correctamente, por lo cual establecer un grupo de trabajo en el cual el líder tiene esas competencias, favorece ampliamente su implementación.

Los elementos que se establecieron para el diseño de la gestión por procesos se desarrollaron de manera sistemática, con el fin de cubrir las necesidades principales para el abordaje de los mismos.

El presente proyecto solo favoreció que integraran los conocimientos y abordaje de los procesos, por lo cual requieren darle continuidad para poder rediseñarlos o establecer acciones de mejora según corresponda.

## **RECOMENDACIONES**

Es necesario que el personal directivo establezca actividades orientadas al trabajo en equipo, cohesión y compromiso con la institución, que le permita identificar y desarrollar habilidades vinculadas a la solución de conflictos, la comunicación efectiva, la inteligencia emocional en el personal que labora en la organización.

Promover la implantación y desarrollo de un sistema de vigilancia de eventos adversos con una orientación hacia el aprendizaje con la participación de las áreas de enfermería, enseñanza, epidemiología en conjunto con los servicios de Pediatría y bajo el liderazgo del área de Calidad.

Desarrollar estrategias que favorezcan la notificación de eventos adversos (integrar un programa de reconocimiento al personal notificante), dentro del contexto del CMN 20 de Noviembre.

Realizar acciones dirigidas para la notificación de eventos adversos, en personal de nuevo ingreso (médicos residentes) con el fin de familiarizarlos con el tema al ingreso.

Favorecer la integración de los registros que se encuentran actualmente documentados a la propuesta del sistema de vigilancia de eventos adversos, con el fin de unificar criterios y disminuir la carga de trabajo en el personal.

Si bien el abordaje por procesos requiere de tiempo y competencias para su implementación, se debe favorecer la conformación de un equipo de trabajo (liderando el área de calidad), con el fin de integrar el conocimiento y los elementos metodológicos para que de manera paulatina se siga implementado.

Se debe capacitar de manera periódica al personal de salud en lo que respecta a la gestión por procesos, que en conjunto con el equipo de trabajo y el área directiva



trabajen para el logro de los objetivos y como consecuencia una atención al usuario de manera efectiva.

El área de Calidad y Mejora Continua deberá realizar un análisis de la propuesta realizada con el fin de planificar su adecuado funcionamiento para la implementación en otras áreas.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La población participante, tenía pocos conocimientos sobre la gestión por procesos, siendo necesario realizar una introducción sobre el tema para su desarrollo, por cuestiones de tiempo no se llevó a cabo una capacitación sobre el mismo, solo una sesión informativa y sobre la marcha del proyecto se les proporcionó más información.

Abordar la gestión por procesos a partir de la designación de un proceso como fue, la vigilancia de eventos adversos, condicionó que no se pudieran desarrollar otras herramientas como la priorización.

El personal médico es el que mayoritariamente participó en el proyecto, la Coordinación de Servicios Paramédicos (responsables del personal de enfermería) decidió mantener la vigilancia de eventos adversos como ya la tienen programada, al considerarla importante para sus indicadores y hacerlo de otra manera generaría doble trabajo para su personal.

Por las características del CMN 20 de Noviembre, de ser un hospital de alta especialidad, los resultados no son extrapolables a otras instituciones que no cuenten con similares características, sin embargo sí podría ser aplicable a sus mismos servicios.

## BIBLIOGRAFÍA

- André da Silva G, Z., Souza O, A., & Saturno H, P. (Febrero de 2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, 29(2).
- Bañeres, J. (2006). *Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional en Salud, Madrid.
- Bravo Carrasco, J. (2011). *Gestión por procesos*. Santiago de Chile: Evolución.
- Chiavenato, I. (2002). Gestión del Talento Humano. En I. Chiavenato, *Gestión del Talento Humano* (pág. 3). McGraw-Hill.
- Chiavenato, Idalberto. (26 de Marzo de 2000). Administración de Recursos Humanos. En I. Chiavenato, *Administración de Recursos Humanos* (págs. 7-8). Bogotá: McGraw-Hill Interamericana. Obtenido de Definición de...: <http://definicion.de/organizacion/>
- Consejería de Salud. (2001). Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. En C. d. Andalucía, *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema*. Andalucía: Consejería de Salud.
- Delgado Vellilla, F., & Mora Martínez, J. (2012 |). Implantación de un modelo de calidad basado en la gestión clínica por procesos en un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 80-93.
- Domínguez S, I., Rodríguez D, B., & Navarro D, J. (diciembre de 2009). La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud. *Rev. Med. Electrón*, 31(6).
- EFQM. (2003). *EFQM Introducción a la excelencia*. Bruselas, Bélgica: Brussels Representative Office.
- García V, G. (11 de abril de 2002). *Gestiopolis*. Obtenido de Gestiopolis: <http://www.gestiopolis.com/analisis-critico-modelos-administración/>
- Giugni E., P. (16 de marzo de 2017). *La calidad como filosofía de gestión*. Obtenido de <http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp91/>
- Govindarajan, R., & Colaboradores, y. (2012). La gestión por procesos en la Farmacia Hospitalaria para la mejora de la seguridad del paciente. *Calidad Asistencial*, 145-154.
- Griful P, E., & Canela C, M. Á. (2002). *Gestión de la calidad*. Catalunya: Universidate Politècnica de Catalunya.
- Institute of Medicine. (1990). *A Strategy for Quality Assurance*. Washington D.C: National Academy Press.
- Llanes F, M., Moreno P, M., Arteta P, Y., & Infante B, M. (2011). Desarrollo histórico-lógico de la gestión por procesos, enfocado a la calidad. *Ingeniare*, 65-72.
- Llanes F. , M., Moreno Pino, M., Arteta P, Y., & Del Infante B, M. (2011). Desarrollo histórico-lógico de la gestión por proceso, enfocado a la calidad. *Ingeniare*, 65-72.
- López C, R. (2001). Modelo Europeo de Excelencia. *Modelos de Gestión de Calidad*.
- Ludwing, V. B. (1989). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Moracho del Río, O., & Saturno, P. (s.f.). *Diseño de Proesos en el Servicio Murciano de Salud*. Murcia: Consejería de sanidad de la Región de Murcia.
- OPS. (2001). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2001). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la salud. (2009). *MARCO conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Sistemas de Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- Rivas Tovar, L. A. (2007). Mapa de las teorías de la organización: una orientación para empresas. *Gaceta Ideas CONCYTEG*.
- Román, A. (2011). Características de las organizaciones de salud. *Medwave*.
- Román, Angélica. (2012). Modelos de gestión en las organizaciones de salud. *Medwave*.
- Saturno, P. (2005). *Modelos de gestión de la calidad aplicados a la atención primaria*. Murcia: Universidad de Murcia .
- Saturno, P. (2008). Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia, Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Secretaría de Salud. (2006). *Innovaciones en gestión Hospitalaria en Mexico*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (s.f.). *Síntesis ejecutiva. Seguridad del paciente*. Obtenido de Síntesis ejecutiva. Seguridad del paciente: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>
- SESCAM. (2002). La gestión por procesos. *Servicio de calidad de la atención sanitaria*.
- Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Buenos Aires.
- Yepes J, F., & Durán A , L. (1994). Bases conceptuales para una gestión empresarial de los sistemas locales de salud. *Salud Pública de México*, 190-199.

## ANEXOS

### ANEXO I

#### CUESTIONARIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Estos cuestionarios son estrictamente confidenciales, toda la información recabada será utilizada solo por el área de calidad.

#### INFORMACIÓN GENERAL QUE SE LE SOLICITA

Sexo	
Edad	
Profesión	
Servicio de Adscripción	
Turno laboral	
Puesto que desempeña	
Tiempo que lleva en el cargo	

SEÑALE CON UNA X SU RESPUESTA EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE, SOLO MARQUE UN RECUADRO POR PREGUNTA

#### Dimensión 1. Trabajo en equipo

Folio	PREGUNTA	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Es muy frecuente que existan enfrentamientos y conflictos entre los compañeros.					
2	En mi servicio el médico y la enfermera <b>no comentan</b> los problemas de los pacientes.					
3	Cuando alguien tiene una duda en su trabajo le pregunta a un compañero.					
4	Mi equipo de trabajo planifica su trabajo en conjunto.					
5	Las decisiones importantes se discuten entre todo el equipo					
6	Los médicos, enfermeras, trabajadores					

	sociales y otros participan en reuniones para unificar sus criterios de trabajo.					
7	Todos los miembros del equipo pueden opinar sobre el trabajo de los demás.					
8	<b>Lo malo</b> del equipo es que cualquiera se siente autorizado a opinar sobre el trabajo de los demás.					
9	Muchos compañeros opinan sobre lo que no saben					
<b>Dimensión 2. Cohesión</b>						
10	Si alguien tiene un rato libre y hay un compañero trabajando le suele echar la mano.					
11	Se siente un ambiente tenso entre personal médico y de enfermería					
12	Las personas en este servicio están muy unidas.					
13	En mi servicio se respira un ambiente amistoso.					
14	En general nos sentimos orgullosos de formar parte de un equipo de trabajo					
15	Si existe un conflicto nos sentamos a resolverlo.					
16	Las personas en mi servicio se suele ayudar en el trabajo.					

<b>Dimensión 3. Compromiso</b>						
<b>17</b>	Hay compañeros que dificultan el trabajo de los demás					
<b>18</b>	Hay compañeros que están intentando cambiar de lugar laboral.					
<b>19</b>	En las reuniones de equipo frecuentemente hay discusiones tensas y poco resolutivas.					
<b>20</b>	La mayoría de mis compañeros, si pudieran, no trabajarían aquí.					
<b>21</b>	Los compañeros opinan que nuestro hospital nunca funcionara adecuadamente					

## ANEXO II

### CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL

#### **Título de la investigación:**

*PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE*

Estimado(a) personal de salud:

**Introducción/Objetivo:** Parte de la formación de los alumnos que están cursando la Especialidad en Medicina Preventiva en el Instituto Nacional de Salud Pública es la de realizar un Proyecto Terminal de Titulación que recabe información sobre aspectos de salud. En este estudio, se pretende describir los procesos que se desarrollan en la vigilancia de eventos adversos y desarrollar un modelo de gestión por procesos específicamente para la Coordinación de Pediatría.

**Procedimientos:** Si Usted acepta participar en el estudio, le realizaremos algunas preguntas sobre el conocimiento que tiene acerca de clima organizacional, que factores considera usted que puede condicionar que se presenten y quienes son los actores involucrados ante estos hechos. Se le aplicará el cuestionario en su área laboral, en un horario que sea disponible para usted y tendrá una duración aproximada de 20 minutos. No se grabará dicha intervención. Le aclaramos que será aplicado por el grupo de trabajo del área de calidad y mejora continua de la atención que realizan esta investigación y quienes están capacitados para ello.

**Beneficios:** Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si acepta participar, estará colaborando con el diseño de un modelo de gestión por procesos que permita identificar todos los elementos que contribuyan a su desarrollo, con el fin de establecer acciones para estandarizar los procesos, y favorecer su funcionamiento. Su nombre no será usado en ningún informe, pero sus ideas y sugerencias nos ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de personas como usted.

**Confidencialidad:** La información que nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre.

**Riesgos Potenciales/Compensación:** Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos, ya que solo se aplicará un cuestionario. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, puede externarla inmediatamente. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, tampoco implicará algún costo para usted.



**Participación Voluntaria/Retiro:** La participación en este estudio es absolutamente voluntaria; está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en área laboral.

**Números a Contactar:** Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la Directora responsable del proyecto de titulación: Mtra. Antonia Indahita Rodríguez Martínez, con número 52005003 Ext.50070, 14411, de lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hrs.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono 01 (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico [etica@insp.mx](mailto:etica@insp.mx)

**CARTA DE CONTACTO**

**Título de la investigación:**

*PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE.*

*De antemano, agradecemos su participación*

En caso de que usted tenga alguna duda, o comentario respecto al estudio, favor de comunicarse con la Directora responsable del proyecto de titulación: Mtra. Antonia Indahita Rodríguez Martínez, con número 52005003 Ext.50070, 14411, de lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hrs.

Si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética en Investigación de este Instituto, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono: 01 (777) 329-30-00 extensión 7424 de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs. o si prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo: [etica@insp.mx](mailto:etica@insp.mx)

Fecha de elaboración:

25/05/2016

*Día Mes Año*

## **FUNCIONES DEL JEFE DE DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA**

Artículo 29.- El Jefe de Departamento de Pediatría tiene las siguientes funciones:

- I. Coordinar, programar y verificar la prestación de los servicios de pediatría del Centro Médico, con la finalidad de que éstos se otorguen con oportunidad, calidad y calidez, así como con absoluto respeto a los derechos humanos de los usuarios;
- II. Promover permanentemente y verificar el cumplimiento de las disposiciones normativas y programas, así como el seguimiento de procedimientos, protocolos y criterios médicos y técnicos, con la finalidad de garantizar la debida prestación de los servicios médicos en materia de pediatría del Centro Médico;
- III. Coordinar la puesta en práctica y evaluar el desarrollo de los programas de detección y control de enfermedades genéticas, mediante técnicas y metodologías avanzadas;
- IV. Coordinar y controlar los servicios de telemedicina, así como el proceso de referencia y contrarreferencia, en el ámbito de su competencia, de conformidad con la normatividad aplicable;
- V. Poner en práctica y dar seguimiento al sistema para el manejo y control de las libretas de licencias médicas y de recetas médicas, así como verificar el adecuado uso que se haga de estos instrumentos administrativos por parte del personal a su cargo;
- VI. Estandarizar la gestión de los servicios de pediatría, mediante la puesta en práctica de procedimientos y protocolos de atención médica con apego a la normativa aplicable;
- VII. Verificar el trato que reciben los usuarios en los servicios de pediatría, así como promover y aplicar las acciones que se autoricen o que sean aplicables en materia de atención al Derechohabiente;
- VIII. Enviar a la Jefatura de Servicios Médicos la información que le solicite para la integración del anteproyecto del programa operativo anual del Centro Médico;
- IX. Participar en la detección de necesidades de insumos para la salud, recursos materiales y humanos, así como de capacitación de personal para el eficiente y adecuado otorgamiento de los servicios de pediatría, y comunicarlas al Jefe de Servicios Médicos;
- X. Verificar que se lleve a cabo el mantenimiento de equipo e instalaciones del área a su cargo; reportar, a la Dirección de Administración del Instituto, y documentar los siniestros que ocurran, de acuerdo con las condiciones de las pólizas de aseguramiento contratadas;
- XI. Poner en práctica, en el ámbito de su competencia, la verificación y evaluación de la integración y cuidado de los expedientes clínicos a su cargo, ya sean electrónicos o físicos, y garantizar la seguridad de la información contenida en ellos, de conformidad con la normativa aplicable. En particular, en el caso del expediente clínico, se debe cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico o la que, en el futuro la sustituya. Asimismo, supervisar que se recabe el

consentimiento informado de pacientes o familiares, según el caso, y que se documente e integre al expediente clínico;

XII. Responder o atender, en los tiempos establecidos, las solicitudes o peticiones que se le presenten en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental o con fundamento en el artículo octavo constitucional y las que se les requiera para la atención de los asuntos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. El incumplimiento de esta función se sanciona conforme a las disposiciones aplicables;

XIII. Integrar y presentar, en los tiempos establecidos, la documentación e información que le soliciten los órganos de gobierno y las Unidades Administrativas del Instituto, el Consejo, los Órganos fiscalizadores y su superior jerárquico. El incumplimiento de esta función se sanciona conforme a las disposiciones aplicables;

XIV. Generar las acciones necesarias para la certificación de los documentos que obren en poder del Centro Médico y para la expedición de las constancias que se requieran en las materias de su competencia; y

XV. Realizar las demás funciones inherentes al cargo que le señale su superior jerárquico o sean determinadas por la normatividad aplicable.

Artículo 30.- El Jefe de Departamento de Pediatría será suplido en sus ausencias por quien determine el superior jerárquico.

Si desea conocer el documento completo, revise la siguiente dirección electrónica:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n221.pdf>

## ANEXO V

## CHECK LIST PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

<b>1.-ADMINISTRACIÓN CLÍNICA</b>		
PROCESO		PROBLEMA
Relevo de equipo asistencial		No se hizo cuando estaba
Cita		Indicado
Lista de espera		Incompleto/ inadecuado
Derivación/ interconsulta		No disponible
Ingreso		Paciente erróneo
Alta		Proceso/ servicio erróneo
Traspaso asistencial		
Identificación del paciente		
Consentimiento		
Asignación de tareas		
Respuesta a una urgencia		
<b>2.-PROCESO/PROCEDIMIENTO CLÍNICO</b>		
PROCESO		PROBLEMA
Cribado/prevenición/reconocimiento sistemático		No se hizo cuando estaba indicado
Diagnóstico/evaluación		Incompleto/inadecuado
Procedimiento/tratamiento/intervención		No disponible
Atención/tratamiento general		Paciente erróneo
Análisis/pruebas		Proceso/tratamiento/procedimiento erróneo
Muestras/resultados		Parte/lado/lugar del cuerpo erróneo
Confinamiento/restricción física		
<b>3.-DOCUMENTACIÓN</b>		
DOCUMENTO EN CUESTIÓN		PROBLEMA
Pedidos/solicitudes		Documento ausente o no disponible
Hojas de evolución/historias clínicas/evaluaciones/interconsultas		Demora en el acceso al documento
Listas de comprobación		Documento para un paciente erróneo o documento erróneo
Formularios/certificados		Documento erróneo
Instrucciones/información/políticas/procedimientos/directrices		Información del documento poco clara/ambigua/ilegible/incompleta
Etiquetas/adhesivos/pulseras de identificación/tarjetas		
Cartas/correos electrónicos/registros de comunicación		
Informes/resultados/imágenes		
<b>4.-INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA</b>		
TIPO DE MICROORGANISMO		TIPO/LUGAR DE LA INFECCIÓN
<b>5.-DISPOSITIVO MÉDICO/EQUIPO/BIEN</b>		
TIPO DE DISPOSITIVO MÉDICO/EQUIPO/BIEN		PROBLEMA
Lista de dispositivos médicos/equipos/bienes		Presentación/envasado deficiente
		Falta de disponibilidad
		Inadecuación a la tarea
		Sucio/no estéril
		Avería/mal funcionamiento

		Desplazamiento/conexión incorrecta/retirada	
		Error del usuario	
<b>6.-INFRAESTRUCTURAS/LOCALES/INSTALACIONES</b>			
ESTRUCTURA/LOCAL/ INSTALACIÓN EN CUESTIÓN		PROBLEMA	
Lista de estructuras		Inexistente/inadecuado	
Lista de locales		Dañado/defectuoso/desgastado	
Lista de instalaciones			
<b>7.-COMPORTAMIENTO</b>			
DEL PERSONAL		DEL PACIENTE	
Incumplidor/no colaborador/obstruivo		Incumplidor/no colaborador/obstruivo	
Desconsiderado/grosero/hostil/inapropiado		Desconsiderado/grosero/hostil/inapropiado	
Arriesgado/imprudente/peligroso		Arriesgado/imprudente/peligroso	
Problema de uso/abuso de sustancias		Problema de uso/abuso de sustancias	
Acoso		Acoso	
Discriminación/prejuicio		Discriminación/prejuicio	
Vagabundeo/fugas		Vagabundeo/fugas	
Autolesión deliberada/suicidio		Autolesión deliberada/suicidio	
Agresión verbal		Agresión verbal	
Agresión física		Agresión física	
Agresión sexual		Agresión sexual	
Agresión a objeto inanimado		Agresión a objeto inanimado	
Amenaza de muerte		Amenaza de muerte	
<b>8.-RECURSOS/GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN</b>			
Adaptación de la gestión de la carga de trabajo			
Disponibilidad/idoneidad de camas/servicios			
Disponibilidad/idoneidad de recursos humanos/personal			
Organización de equipos/personas			
Disponibilidad/idoneidad de protocolos/políticas/procedimientos/directrices			
<b>9.-MEDICACIÓN/LÍQUIDOS PARA ADMINISTRACIÓN IV</b>			
MEDICACIÓN/LÍQUIDO O PARA ADMINISTRACIÓN IV EN CUESTIÓN	PROCESO DE USO DE LA MEDICACIÓN/LOS LÍQUIDOS PARA ADMINISTRACIÓN IV	PROBLEMA	
Lista de la medicación	Prescripción	Paciente erróneo	
Lista de líquidos para administración	Preparación/dispensación	Medicamento erróneo	
	Presentación/envasado	Dosis o frecuencia errónea	
	Distribución	Forma galénica o presentación errónea	
	Administración	Vía errónea	
	Suministro/pedido	Cantidad errónea	
	Conservación	Información/instrucciones de dispensación erróneas	
	Supervisión	Contraindicación	
		Condiciones de conservación inadecuadas	
		Omisión de medicamento o de dosis	
		Medicamento caducado	

			Reacción adversa al medicamento	
<b>10.-SANGRE/PRODUCTOS SANGUÍNEOS</b>				
SANGRE/PRODUCTO SANGUÍNEO EN CUESTIÓN		PROCESO DE USO DE LA SANGRE/EL PRODUCTO SANGUÍNEO		PROBLEMA
Productos celulares		Pruebas pretransfusionales		Paciente erróneo
Factores de la coagulación		Prescripción		Sangre/producto sanguíneo erróneo
Omisión de medicamento o dosis		Preparación/dispensación		Dosis o frecuencia errónea
Sangre/producto sanguíneo caducado		Distribución		Cantidad errónea
		Administración		Información/instrucciones de dispensación erróneas
		Conservación		Contraindicación
		Supervisión		Condiciones de conservación inadecuadas
		Presentación/envasado		Omisión de medicamento o dosis
		Suministro/pedido		Sangre/producto sanguíneo caducado
				Efecto adverso
<b>11.-NUTRICIÓN</b>				
NUTRICIÓN EN CUESTIÓN		PROCESO DE USO DE LA NUTRICIÓN		PROBLEMA
Dieta general		Prescripción/solicitud		Paciente erróneo
Dieta especial		Preparación/fabricación/cocinado		Dieta errónea
		Suministro/pedido		Cantidad errónea
		Presentación		Frecuencia errónea
		Dispensación/asignación		Nutrición
		Distribución		Condiciones de conservación inadecuadas
		Administración		
		Conservación		
<b>12.-OXÍGENO/GASES/VAPORES</b>				
OXÍGENO/GASES/VAPORES		PROCESO DE USO DEL OXÍGENO/GASES/VAPORES		PROBLEMA
Lista de oxígeno/gases/vapores		Etiquetado de la botella/código de colores/estribo de seguridad		Paciente erróneo
		Prescripción		Gas/vapor erróneo
		Administración		Velocidad/concentración/caudal erróneo
		Distribución		Modo de administración erróneo

		Suministro/pedido		Contraindicación	
		Conservación		Condiciones de conservación inadecuadas	
				Ausencia de administración	
				Contaminación	
<b>13.-ACCIDENTES DEL PACIENTE</b>					
Fuerza no Penetrante		Fuerza punzante/ penetrante		Otra fuerza Mecánica	
Mecanismo térmico		Amenaza a la Respiración		Exposición a Productos químicos U otras sustancias	
Otro mecanismo de Lesión especificado		Exposición al efecto de fenómenos meteorológicos, catástrofes naturales u otras fuerzas de la naturaleza		Caídas	