

**Evolución de un Programa  
de Mejoramiento Continuo  
de la Calidad hacia un  
Programa Institucional de  
Calidad y Seguridad del  
Paciente.**

**San José, Costa Rica Agosto 2015**

En nuestro sistema de salud hemos sido beneficiados del impulso permanente que un Equipo interdisciplinario ha llevado a cabo en el Mejoramiento Continuo de la Calidad de los servicios de salud, hemos ganado todos los que de alguna forma recibimos una atención oportuna en las instalaciones de la Seguridad Social en el momento en el que más lo necesitábamos.



Un eterno agradecimiento a éste Grupo de Amigos (as) y colaboradores ,que me acompañaron a lo largo y ancho del País durante más de dos décadas en un proceso de capacitación por Regiones, Hospitales y demás establecimientos participantes en el Proceso, a las diferentes representaciones que la Organización Panamericana de la Salud nos aportó en su momento.

Este equipo de instructores condujo el proceso de enseñanza con la metodología “Aprender Haciendo”; construyendo manuales y herramientas que facilitaron el aprendizaje de los funcionarios que formaron los Equipos de Calidad.

Estos Equipos generaron valiosos aportes en la implementación de proyectos de Mejora Continua de la Calidad en su establecimiento y con ello se benefició al asegurado y a la propia Institución. Algunos de estos compañeros hoy jubilados, otros presentes en el espíritu como la Dra. Xinia Carvajal ex viceministra de salud, y la Lcda. Nidia Solano directora de enfermería del hospital de San Carlos, siempre estarán en nuestro recuerdo y admiración permanente.

Este documento ha sido dividido en dos fases (1995-2005, 2005-2015), la primera de ellas constituye una plataforma sólida que, a través de la metodología de calidad logró posicionar nuestro país como una piedra angular reconocida internacionalmente y más de 20 países de la región de las Américas y otras latitudes, visitaron nuestro suelo nacional para fortalecer las estrategias a implementar en cada uno de sus países.

La segunda fase constituyó el liderazgo regional en los retos globales por la seguridad del paciente, siendo nuestro sistema de salud pionero en los mismos a nivel mundial, sin embargo, estos logros no hubiesen sido posibles sin la sólida consolidación de la década anterior.

Un agradecimiento a su vez, a todas nuestras autoridades del país que confiaron en la integración de voluntades para obtener resultados extraordinarios sin el oneroso gasto de recursos, sino a través de las alianzas de los diferentes programas verticales con que cada una de nuestras instituciones y ministerios cuenta y más aun con la entrega absoluta de cada una de las personas que creyeron en este ideal.

El esfuerzo realizado por la Comisión y éstos Equipos se han convertido en invaluable lecciones aprendidas que deben constituirse en un legado a las futuras generaciones y en la base para la continuidad evolutiva de más y mejores proyectos que beneficien la Seguridad Social de nuestro país.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'O. Urroz Torres', written over a faint, stylized graphic element that resembles a pulse line or a signature flourish.

**Dr. Orlando Urroz Torres**

**PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE,  
Director 1997-2015  
ASESOR DEL DESPACHO DEL MINISTRO DE SALUD, 1999-2015**

## ÍNDICE

	Página
Presentación.....	2
1. Introducción.....	4
2. El desarrollo del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud (PMCC) .....	4
2.1. Antecedentes.....	4
2.2 La creación y consolidación del PMCC.....	6
2.3 La evolución del PMCC desde el punto de vista conceptual, Metodológico y operativo.....	9
3. Principales logros de la experiencia de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Costa Rica.....	12
4. Las lecciones aprendidas.....	14
5. Los desafíos del Programa de cara al futuro.....	16
6. Anexos.....	18
7. Creación del Programa de Calidad y Seguridad del Paciente.....	20
8. Aprobación de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.....	22
9. <b>Lineamiento 1:</b> ATENCION LIMPIA ES UNA ATENCION SEGURA .....	23
10. <b>Lineamiento 2:</b> INVESTIGACION Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS.....	33
11. <b>Lineamiento 3:</b> PRACTICAS DE SALUD BASADAS EN LA EVIDENCIA.....	56
12. <b>Lineamiento 4:</b> ATENCION DOMICILIAR Y COMUNITARIA EN LA PREVENCION DE EVENTOS ADVERSOS .....	62
13. <b>Lineamiento 5:</b> CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS .....	73
14. Anexos.....	86

## **1. Introducción**

Costa Rica, país centroamericano, tiene 51.100 km<sup>2</sup> de extensión territorial y de acuerdo al Censo Nacional de Población, en el 2005 contaba con 4.266.185 habitantes. Geográficamente cuenta con 7 provincias regionales y 81 cantones. Su sistema único de salud provee servicios de un Seguro Público de salud a toda la población a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en tanto que el Ministerio de Salud desempeña las funciones de Rectoría Sectorial en Salud. La CCSS provee la atención médica a través de una amplia red de establecimientos de primer nivel a cargo de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y mediante una red de 29 hospitales, de los cuales 3 son grandes hospitales nacionales generales y 5 hospitales especializados en la atención de niños, mujeres, adultos mayores, pacientes psiquiátricos y rehabilitación. Costa Rica, es uno de los pocos países de América con tasa de mortalidad infantil menor a 10 x 1000 nacidos, atención de parto en establecimientos de salud mayor a 97%, cobertura universal del Seguro Público de salud y gasto público en salud equitativo de acuerdo a quintiles de ingresos. Se ha reducido las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, pero enfrenta el reto de reducir la mortalidad por enfermedades crónicas como cardiovasculares, neoplasias y diabetes.

En 1994 se inició un proceso de reforma sectorial dirigida principalmente a fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud, a la modernización institucional de la CCSS y a la readecuación del modelo de atención. Dentro de este proceso de reforma los temas de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud, fueron elementos claves para la mejora cualitativa y cuantitativa del sistema de salud y en particular para el fortalecimiento de acciones que condujeron al logro de un Programa de Mejoramiento Continuo del Sector Salud.

## **2. El desarrollo del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud (PMCC)**

### **2.1. Antecedentes**

Desde mediados de la década de los años ochenta se impulsaron en el país una serie de iniciativas tendientes al mejoramiento de la calidad dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); entre las más importantes de estas acciones, se encontraban el Programa de Simplificación de Trámites (SIMPLIT), y el Programa de Mejoramiento de la Calidad por Medio de la Supervisión Capacitante.

El Programa de Simplificación de Trámites (SIMPLIT) se enmarcaba dentro del proceso de descentralización que se estaba llevando a cabo dentro de la institución y se orientaba a fortalecerlo mediante el mejoramiento de la eficiencia y la agilidad particularmente en relación con los trámites administrativos, en los niveles locales, regionales y central.

Por su parte, el Programa de Supervisión Capacitante, desarrollado con la cooperación de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés), que se encontraba dirigido inicialmente a los profesionales en enfermería, pero posteriormente se extendió a otros profesionales de la salud, promovía el mejoramiento de

las capacidades del personal, por medio del desarrollo de destrezas para el análisis de situaciones y la identificación de espacios de mejoramiento de la calidad en los servicios. Se desarrolló en el nivel local, en las diferentes regiones del país, e integró equipos interinstitucionales del Ministerio de Salud y de la CCSS.

Ambos programas contribuyeron a introducir la preocupación por la calidad dentro del quehacer de la institución, y al desarrollo de capacidades en el personal de las distintas unidades que participaron en ellos.

Ya a principios de la década de 1990 se desarrolló además el Proyecto Evaluación y Mejoramiento de los Servicios de Salud en los Hospitales Regionales y Periféricos, que permitió la formación de Equipos Técnicos Multidisciplinarios (ETM) en trece hospitales de nivel regional y periférico, e involucró al personal de los servicios en el análisis de situación y en la búsqueda de soluciones para el descongestionamiento de los hospitales y el aumento de la oferta descentralizada de los servicios hospitalarios. Se llevó a cabo además un proceso de identificación, priorización y diagnóstico de los procesos críticos intrahospitalarios en los tres hospitales generales de mayor complejidad, y se formuló un plan de acción para el mejoramiento de la calidad de los servicios proporcionados por estos centros de atención. Las recomendaciones de aplicación local, fueron desarrolladas en cada uno de los hospitales y servicios involucrados.

Adicionalmente, desde inicios de la década de 1990 se venía generando, entre algunos profesionales de la salud, particularmente del Hospital Nacional de Niños, un interés por los conceptos, metodologías y herramientas asociados con el tema de la calidad, y su aplicación a los servicios de salud. Este interés dio lugar a la conformación de un grupo de estudiosos y promotores del mejoramiento de la calidad, el cual se constituyó de manera informal, aunque con la anuencia de las autoridades de la Institución. Basándose en el trabajo voluntario de sus integrantes, este equipo desarrolló proyectos de mejoramiento de la calidad en ese centro hospitalario, e inició una estrategia de sensibilización y capacitación hacia otras unidades prestadoras de servicios de salud.

Es con el propósito de dar continuidad y articular estas iniciativas que se venían ejecutando de manera simultánea, que la CCSS creó en 1997 su Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Pero también en otras instituciones del Sector Salud se estaba impulsando el mejoramiento de la calidad. En el Ministerio de Salud, a finales de la década de 1980, se llevó a cabo un proceso de identificación y mejora de la cobertura y calidad de los servicios proporcionados por el Programa de Atención Primaria, en vacunación contra DPT, polio y sarampión-rubéola-paperas, así como en la atención a embarazadas, recién nacidos y puerperas. Esto formó parte del proyecto denominado "Control de Calidad de Servicios de Atención Primaria", ejecutado con la colaboración de la Universidad de Harvard.

Con el inicio de la reforma del Sector Salud a principios de la década de 1990, el Ministerio de Salud continuó impulsando acciones de mejoramiento de la calidad, tales como el desarrollo y fortalecimiento de sus funciones de rectoría para garantizar la calidad de la producción social de la salud; el desarrollo del sistema nacional de análisis de la mortalidad infantil, análisis de la mortalidad materna, entidades trazadoras y evaluación de servicios del primer y segundo nivel de atención; el proceso de acreditación de hospitales generales,

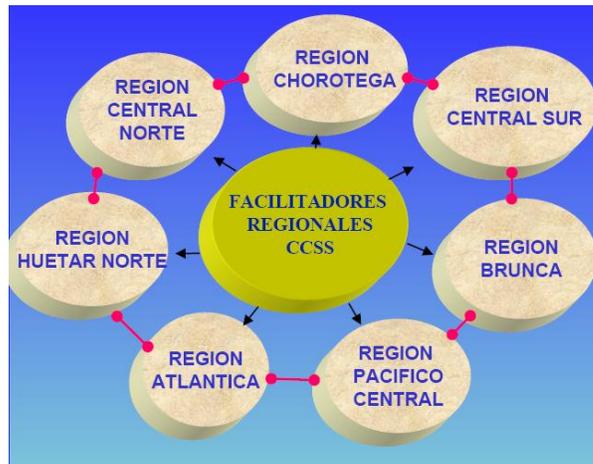
maternidades, establecimientos de atención a adultos mayores, programas de rehabilitación de alcohólicos y fármaco-dependientes, atención prehospitalaria, clínicas de cuidados paliativos y establecimientos de atención odontológica; y el proyecto “Análisis del Desempeño”, realizado entre 1992 y 1995, en conjunto con la CCSS y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que se orientaba a fortalecer el rol del recurso humano en la transformación de los procesos de trabajo, la adopción de nuevas formas de gestión y el trabajo en equipo para mejorar la calidad de los servicios.

## **2.2. La creación y consolidación del PMCC**

En el año 1997 se estableció formalmente el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad dentro de la CCSS, y se integró la Comisión de Mejoramiento Continuo de la Calidad, como el órgano encargado de coordinar las acciones desarrolladas por este programa. Con la creación del mismo, se produjo el reconocimiento oficial del concepto de calidad como parte integral de las definiciones conceptuales y filosóficas en las que se enmarca la actuación de la institución, y se dictaron políticas para el desarrollo de la calidad en la gestión de todos los niveles organizacionales, tanto de los servicios de salud como del régimen de pensiones a cargo de la CCSS.

Las acciones más importantes desarrolladas por el Programa han sido:

- Sistematización de las diferentes metodologías para el mejoramiento de la calidad aplicadas dentro de la CCSS.
- Capacitación bajo el concepto de “aprender haciendo”, que pretendía lograr a un tiempo la adquisición de conocimientos y destrezas y su aplicación práctica, mediante la formulación y el inicio de la implementación de proyectos de forma simultánea a la capacitación.
- Proyectos de mejoramiento de la calidad, elaborados durante los procesos de capacitación, ejecutados en todas las regiones del país.
- Desarrollo de la metodología de capacitación (diseño curricular y material audiovisual).
- Formación de equipos de calidad en todas las regiones del país, con facilitadores o coordinadores regionales encargados de impulsar el proceso de sensibilización y capacitación, como se muestra en la siguiente figura:



**Figura 1:**  
**Organización del PMCC de la CCSS mediante facilitadores regionales**

Otras dos acciones muy relevantes desarrolladas por este programa institucional fueron:

- La creación de espacios de *interaprendizaje* entre los equipos de calidad, mediante la realización de foros nacionales de calidad, en los cuales se presentan y analizan los proyectos de mejoramiento de la calidad realizados en todo el país.
- La incidencia en las definiciones políticas y normativas de la institución, y en la creación de herramientas como protocolos de atención, estándares e indicadores de calidad, así como en el desarrollo de metodologías de evaluación para los Compromisos de Gestión.

Luego, en el año 1998, recogiendo la experiencia que se había venido desarrollando especialmente en la CCSS y el Ministerio de Salud, en menor grado en otras instituciones del Sector, se logró constituir un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad con carácter sectorial. El PMCC del Sector Salud se inició con la participación de la CCSS y el Ministerio de Salud, y posteriormente se fueron incorporando a él otras instituciones; así, en 1999 se creó el Consejo de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud, conformado por las autoridades superiores del Ministerio de Salud, la CCSS, el Instituto Nacional de Aprendizaje (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), y la Universidad de Costa Rica (UCR).

La siguiente figura muestra los componentes del PMCC del Sector Salud:

**Figura 2:**  
**Componentes del PMCC del Sector Salud**



Este programa estableció como su objetivo “desarrollar un Sistema de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud en Costa Rica, a partir de la implementación de un modelo integral que identifique y cuantifique los indicadores y estándares de calidad, de manera que facilite el desarrollo de una cultura de excelencia organizacional”, y ha puesto en práctica diversas acciones, con una orientación semejante a la seguida por el programa institucional de la CCSS antes mencionado, tales como las siguientes:

- Capacitación para el mejoramiento continuo de la calidad y el desarrollo del Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.
- Desarrollo de proyectos de mejoramiento continuo de la calidad.
- Creación de equipos y coordinaciones de calidad regionales y locales en todo el país.
- Seguimiento y monitoreo de los proyectos de mejoramiento continuo de la calidad implementados por los equipos locales, a través de los coordinadores regionales.
- Investigación sobre calidad.
- Análisis y divulgación de la gestión de calidad. Continuación de los foros nacionales celebrados anualmente, tanto para divulgar y analizar el aprendizaje obtenido de los proyectos, como para evaluar el impacto del Programa durante cada año y definir de manera participativa las estrategias a seguir en el año siguiente.

- Aplicación al Programa de un análisis por parte del INCAE en 1999, y de evaluaciones realizadas por pares provenientes de otros países con experiencias semejantes.
- Planificación, mediante un proceso participativo, de los objetivos, estrategias y acciones, plasmados en el Plan Nacional de Garantía de Calidad del Sector Salud 2001-2004.

<b>Recuadro 1: Algunas cifras clave sobre el desempeño del PMCC del Sector Salud al año 2006</b>	
	Número
Funcionarios capacitados	4.000*
Foros anuales de calidad realizados	6
Hospitales nacionales y regionales con proyectos de mejoramiento de calidad	17**
Áreas de salud con proyectos de mejoramiento de la calidad	4**
Direcciones regionales del Ministerio de Salud con proyectos de mejoramiento de la calidad	5**

\*Dato estimado. Es posible que las personas capacitadas hayan desarrollado otras actividades de capacitación que no estén contabilizadas.  
 \*\*Dato para los años 2004 y 2005.

*Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas y del documento electrónico "Librería completa de proyectos" del PMCC.*

***Un aspecto especialmente importante de destacar es la creación, en el año 2005, del Programa Nacional de Promoción de la Seguridad del Paciente, que ha dado un nuevo impulso a la dimensión de la seguridad, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud.***

### **2. 3. La evolución del PMCC desde el punto de vista conceptual, metodológico y operativo**

Las elaboraciones teóricas y las herramientas metodológicas relacionadas con el concepto de calidad, desarrollado originalmente en el campo de la industria, en el sector de la manufactura y luego en el de servicios, han venido siendo incorporadas a la gestión de los servicios de salud en los diferentes países durante las últimas décadas. En el caso de Costa Rica, el trabajo del PMCC, se fundamentó inicialmente en las teorías de Garantía y Mejoramiento de la Calidad de Juran y Deming. Siguiendo a este último, se buscaba aplicar el llamado "Ciclo de Deming", que consiste en un conjunto de métodos para lograr los resultados esperados en cualquier actividad, de forma sistemática y a partir de información confiable para la toma de decisiones, mediante el cumplimiento de cuatro fases entendidas no en forma lineal sino circular: planear, hacer, controlar, analizar y actuar<sup>1</sup>. También fueron de gran relevancia los enfoques integrales sobre la administración de la calidad, incluidos los conceptos de Gestión Total de la Calidad y de Mejoramiento Continuo de la Calidad. Ya desde la propia denominación del Programa se alude al compromiso con el enfoque de mejoramiento continuo. Este tuvo un desarrollo importante en Japón, a partir del aporte de diversos autores que han promovido la idea del mejoramiento continuo como parte integrante no sólo de los procesos productivos, sino de todas las operaciones de la organización, incluyendo las actividades cotidianas más puntuales, pequeñas, y estar orientado siempre hacia la satisfacción del cliente<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Programa Nacional de Seguridad del Paciente (2006) *Manual instructivo de autoevaluación para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud de Costa Rica. EPQI Mejoramiento Participativo de la Calidad Basada en la Evidencia*, CCSS, p. 2.

<sup>2</sup> Ibid, p.1.

Otros elementos conceptuales que han estado presentes en el Programa, son la definición de Palmer sobre la calidad de los servicios de salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario<sup>3</sup>; la definición de Donabedian, referida a la calidad de cuidado técnico, que consiste en la aplicación de la ciencia médica y su tecnología en una manera que aumente al máximo los beneficios para el cuidado de la salud sin aumentar sus riesgos<sup>4</sup>; así como la definición de Roemer, Montoya y la OMS, sobre la calidad como desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que puede costear la sociedad en cuestión y que tienen impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición<sup>5</sup>.

El Programa definió también, como dimensiones del concepto de calidad, la competencia profesional, el acceso a los servicios, la eficacia, la satisfacción del cliente, la eficiencia, la continuidad, la seguridad y las comodidades.

Uno de los cambios más importante que experimenta actualmente el Programa desde el punto de vista conceptual, se relaciona justamente con la dimensión de la seguridad. El énfasis otorgado a esta dimensión en los últimos años por la CCSS, ha llevado a la creación del Programa Nacional para la Promoción de la Seguridad del Paciente, que se encuentra bajo la misma coordinación que el PMCC, y a que el tema de la seguridad se haya convertido en un aspecto central de la capacitación y de la ejecución de proyectos de calidad llevados a cabo en el Sector

El Programa Nacional para la Promoción de la Seguridad del Paciente inició su funcionamiento en el año 2005, y tiene su razón de ser en la necesidad de dar respuesta a la gran cantidad de eventos adversos, con consecuencias temporales o permanentes –como son los decesos-, producidos por situaciones o factores de riesgo prevenibles o susceptibles de mitigación, que se han hecho evidentes en el país, al igual que en muchos otros, y que han empezado a ser objeto de atención preferente por parte de autoridades de salud nacionales y organismos internacionales, dada su gravedad.

Este énfasis en la dimensión de la seguridad, así como la influencia de herramientas de desarrollo más reciente en Japón –particularmente de la metodología EPQI a la que se hará referencia más adelante- constituyen los dos matices más importantes que ha adquirido el PMCC en los últimos años.

Desde el punto de vista metodológico, el PMCC ha recurrido desde su inicio a diversas herramientas para el mejoramiento de la calidad, así como a estrategias para la difusión de estas herramientas y la multiplicación de la capacitación.

Entre las herramientas de trabajo utilizadas se encuentran contenidos provenientes de las diversas teorías sobre calidad que han tenido influencia en el PMCC, las cuales fueron adaptadas por éste para generar un conjunto de materiales propios, con los cuales se contó desde el principio, y que incluyeron manuales y material didáctico mediante los cuales se

---

<sup>3</sup> Programa Mejoramiento Continuo de la Calidad Sector Salud. Comisión para el Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud/Centro Internacional de Investigación en Calidad (sf) *Curso Mejoramiento Continuo de la Calidad*, p. 2.

<sup>4</sup> Ibid, p.2.

<sup>5</sup> Ibid, p.3.

familiarizaba a los participantes en los cursos con los desarrollos conceptuales mencionados, y con instrumentos para llevarlos a la práctica, tales como técnicas para la identificación y el análisis de problemas, la recolección de información, el planteamiento de soluciones, la negociación y la promoción del mejoramiento de la calidad dentro de los servicios de salud de los participantes, y el liderazgo orientado a ese propósito.

La siguiente figura, utilizada en las actividades de capacitación desarrolladas por el Programa, ilustra algunas características de las personas, importantes para el mejoramiento continuo de la calidad, que se busca potenciar mediante el proceso de capacitación.

**Figura 3:**  
**Algunos elementos enfatizados en la capacitación en calidad**



También han sido utilizadas herramientas como el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, EFQM por sus siglas en inglés, y en la actualidad se han incorporado las herramientas de Mejoramiento Participativo de la Calidad basado en Evidencia, EPQI por sus siglas en inglés. Con base en esta última herramienta desarrollada fundamentalmente por el Dr. Naruo Uehara, de la Universidad de Tohoku en Japón, pero también en la experiencia anterior del Programa, se elaboró en el año 2006 el "Manual Instructivo de Autoevaluación para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en los Servicios de Salud de Costa Rica", que está siendo utilizado actualmente.

En cuanto a las estrategias para difundir y multiplicar el conocimiento y el uso de herramientas para el mejoramiento de la calidad, éstas continúan siendo, al igual que al inicio, fundamentalmente las siguientes: la capacitación, tanto presencial como a través del recurso de la telemedicina y de manuales que pueden ser auto aplicados, como el mencionado en el párrafo anterior, para lograr una mayor cobertura; la formulación y parte

de la ejecución de proyectos simultánea a la capacitación; la identificación de líderes y constitución de equipos comprometidos con el mejoramiento de la calidad en distintos servicios y regiones del país, que constituyen una red de promoción de la calidad; y el mantener espacios de *interaprendizaje* a partir del conocimiento y la experiencia desarrollada por los distintos equipos, tales como los foros anuales ya mencionados, que se constituyen también en actividades de seguimiento de los distintos proyectos.



*Fotografías correspondientes al VI Foro Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente*

Una estrategia desarrollada en forma más reciente –en los últimos cuatro años- ha consistido en la actualización y fortalecimiento de la capacitación de la Comisión Coordinadora y de los Coordinadores Regionales de calidad, mediante la asistencia de un grupo importante de funcionarios a capacitaciones ofrecidas en Japón por la Universidad de Tohoku, sobre la metodología de EPQI mencionada.

Desde el punto de vista operativo, el Programa ha mantenido también un funcionamiento semejante desde su inicio, basado en una coordinación central, a cargo de la Comisión Coordinadora, coordinaciones regionales, y pequeños equipos de calidad en varios servicios de salud de cada región.

Una particularidad importante del Programa consiste en que, aunque éste se encuentra formalmente constituido, el trabajo de los funcionarios que participan en él es voluntario, pues el trabajo de los equipos no se encuentra considerado de manera independiente dentro de la distribución de las tareas y los tiempos asignados a éstos dentro de sus respectivos centros de salud.

### **3. Principales logros de la experiencia de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Costa Rica**

A continuación se enumeran algunos de los logros más relevantes obtenidos en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el Sector Salud de Costa Rica:

**Creación de capacidad:** La estrategia de capacitación implementada permitió contar con un número importante de trabajadores de la salud con conocimientos y destrezas para el mejoramiento de la calidad. La realización del Primer Foro Nacional sobre Calidad, en el que se presentó una gran cantidad de proyectos de mejoramiento de la calidad desarrollados en las distintas regiones del país, evidenció la existencia de una “masa crítica” de profesionales

que estaban aplicando efectivamente los conceptos y las herramientas adquiridas para el mejoramiento de los servicios de salud en sus respectivos centros de trabajo. La cantidad de profesionales capacitados en el mejoramiento continuo de la calidad siguió aumentando durante los años siguientes.



El Dr. Orlando Urroz Torres, Coordinador Nacional del PMCC y del Programa Nacional para la Promoción de la Seguridad del Paciente, y funcionarios de distintos hospitales del país durante un curso de capacitación sobre calidad.

**Sensibilización:** Se logró sensibilizar a un grupo importante de profesionales que mostrarían, a través de los años, un gran compromiso con el mejoramiento de la calidad, fruto de la motivación y del convencimiento que desarrollaron durante este período.

**Articulación en torno a una sola estrategia de trabajo:** La sistematización de los diversos programas y metodologías relacionadas con la calidad y su articulación en una sola estrategia de trabajo evitó la dispersión y la duplicidad de actividades y permitió aglutinar el valioso aporte de profesionales que venían trabajando de manera separada.

**Continuidad de las acciones:** La permanencia de las acciones desarrolladas a lo largo de los años, y a través de distintas coyunturas políticas e institucionales, permitió acumular experiencia y lecciones aprendidas, y afianzar el posicionamiento del tema de la calidad dentro de la institución, así como la credibilidad y la confianza en los equipos de calidad.

**Aprovechamiento de condiciones favorables en el contexto político-institucional:** El contexto político institucional de esos años, marcado por el inicio del proceso de reforma del Sector Salud y la preocupación por la eficiencia en los servicios, la modernización institucional y la descentralización –todos éstos aspectos centrales del nuevo paradigma de gestión de los servicios de salud que se buscaba implementar-, constituyeron sin duda un escenario propicio para el mejoramiento de la calidad. Sin embargo, constituye un logro el haber aprovechado adecuadamente este contexto para posicionar el tema de la calidad dentro del quehacer institucional.

**Incidencia exitosa en la definición de políticas y en la institucionalización del mejoramiento continuo de la calidad:** Así como el contexto institucional fue un marco propicio y pudo incluso influir en el posicionamiento del tema de calidad dentro del Sector Salud, se produjo también un efecto en sentido inverso, es decir, desde el movimiento

constituido por los equipos que venían trabajando en el mejoramiento de la calidad, hacia las definiciones políticas generales de la CCSS y del Sector Salud en su conjunto. La existencia de este trabajo por el mejoramiento de la calidad y la experiencia acumulada en esta área permitió incidir en la adopción de políticas sobre calidad y en la creación oficial del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

#### 4. Las lecciones aprendidas

La experiencia del proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el Sector Salud de Costa Rica permite extraer lecciones importantes, a continuación se presentan de manera resumida algunas de ellas:

**La importancia de la creación de capacidad:**

La estrategia puesta en práctica significó que el conocimiento y las destrezas que permitirían mejorar efectivamente la calidad, no se hubiesen concentrado en un grupo reducido de funcionarios –por ejemplo de los niveles gerenciales o de las jefaturas- sino que fuera accesible a un mayor número de profesionales de la salud. Con el paso del tiempo, este aspecto se ha revelado como esencial para que actualmente se cuente con un contingente importante de trabajadores del sector salud con capacidad de incidir efectivamente en el mejoramiento de sus respectivos servicios, y de multiplicar el conocimiento al convertirse ellos mismos en capacitadores de nuevos integrantes de los equipos de calidad en todo el país.



**La importancia del liderazgo:** Una lección que surge de manera muy clara en el análisis de este proceso, consiste en el reconocimiento de la importancia de un liderazgo capacitado, comprometido, y con la habilidad de generar sinergias y de promover el interés, la participación y la creatividad de otras personas. Para el éxito del PMCC, en efecto, han sido claves el liderazgo del Coordinador Nacional del Programa, así como el de la Comisión Coordinadora y los Coordinadores Regionales.

**Recuadro 2: Proyecto Reducción de listas de espera para atención de especialidades en Belén Flores**

El equipo detectó el problema de largas filas de espera para la atención en especialidades; analizó los orígenes del problema e inició cambios en el proceso para descongestionar las consultas.

Los resultados fueron la reducción del plazo de citas a menos de un mes, la eliminación del rechazo de los usuarios en un 100%, y el incremento de nuevos usuarios en todas las especialidades.

**La gran trascendencia de los “proyectos pequeños”:** A menudo, las oportunidades de mejoramiento de la calidad identificadas en los servicios de salud consistían en lo que, a la vista incluso de los propios proponentes de los proyectos, parecían pequeños cambios. No obstante, el impacto de muchos de estos proyectos para la unidad en la cual se desarrollaron fue de gran trascendencia –en términos de reducción de costos, de mejora en la satisfacción de los usuarios, y en general de un cumplimiento más efectivo del derecho a

la salud de las personas- y tuvo además una especie de “efecto demostración” de cara a otros centros hospitalarios y servicios.

**El conocimiento y la acción en un sólo paso:** La conveniencia de integrar en un solo momento la adquisición de conocimientos y su aplicación, constituye otro de los aprendizajes importantes de este proceso. El diseñar y empezar a ejecutar proyectos durante el proceso de capacitación, permitió que los conceptos y herramientas estudiados no se quedaran sólo en la teoría, sino que se tradujeran en acciones desde el primer momento. Pero además, esto permitió contar con una especie de “laboratorio”, constituido por todos los centros en los cuales se encontraban en ejecución los proyectos, que ha sido de utilidad para retroalimentar y mejorar la capacitación.

**La importancia de una metodología adaptable a las especificidades:** Una consecuencia del tipo de metodología empleado, fue la posibilidad de adaptar las herramientas que se iban adquiriendo mediante la capacitación, a las necesidades de cada hospital, clínica o área de salud en la que se desarrollaran los proyectos de mejoramiento de la calidad, lo cual permitió que se incorporara al proceso un gran número de equipos.

**Recuadro 3: Proyecto de cirugía ambulatoria en el Hospital San Carlos.**

El equipo de calidad identificó como problema las listas de espera para cirugía y detectó que una parte de las cirugías pendientes podían realizarse en forma ambulatoria.

Con una inversión mínima se logró acondicionar un espacio del hospital para la realización de este tipo de cirugías, mejorando las condiciones en las que se realizaba hasta ese momento las cirugías ambulatorias, y reduciendo significativamente la lista de espera.

**La importancia del trabajo interdisciplinario:** En la experiencia del PMCC, ha sido una constante la participación de profesionales de distintas disciplinas. Tanto el personal de enfermería, como el personal médico y el administrativo, han cumplido un papel importante en los proyectos desarrollados, y esto ha permitido sumar esfuerzos, vencer resistencias y ampliar las posibilidades de éxito de los mismos. El carácter incluyente de la metodología y el énfasis en la necesidad de trabajar en equipo, permitió ir configurando al PMCC como un “equipo de equipos”.

**La importancia de que el movimiento de calidad se haya gestado sobre todo en los niveles operativos:** No fue en el terreno de las grandes definiciones políticas, sino en el de la cotidianidad de los profesionales de la salud, que se originó el movimiento por la calidad. Este arraigo del PMCC entre los niveles operativos, ha constituido un factor de permanencia y de sostenibilidad de las acciones.

**La necesidad de involucramiento de los niveles gerenciales:** A pesar de lo dicho en el punto anterior, la experiencia del PMCC ha mostrado también que es necesario que las gerencias se integren al proceso de mejoramiento continuo de la calidad. La visión de conjunto que pueden proporcionar los niveles gerenciales, constituye un aporte esencial para identificar y priorizar áreas de mejora verdaderamente relevantes desde un punto de vista sistémico. Además, el involucramiento de las gerencias puede traducirse en respaldo sustantivo a los proyectos en términos de recursos, así como en reconocimiento y estímulo para los trabajadores participantes.

### ***¿Cómo vencer resistencias? La importancia de la solidez de los proyectos y de la definición de oportunidades de mejora a partir de evidencia:***

Otra lección importante que ofrece la experiencia del PMCC, consiste en que es posible enfrentar las resistencias al cambio que ocasionalmente se encuentran cuando se plantean proyectos de mejoramiento de la calidad. Para ello es importante que la identificación de las oportunidades de mejoramiento, o de las “áreas críticas”, se realice a partir de evidencia, que permita demostrar la necesidad de desarrollar un proyecto en esa área. Asimismo, es importante que los proyectos se realicen con la mayor solidez científica y técnica, para que ellos mismos constituyan un mecanismo de convencimiento, desde su formulación hasta la evaluación de sus resultados.

***La utilidad de los foros anuales:*** Los foros nacionales de calidad celebrados cada año, han permitido a los equipos de calidad compartir lecciones aprendidas y soluciones aplicadas a diversas situaciones, aumentando el conocimiento de los participantes. Han constituido además un espacio para la celebración de los logros alcanzados, la motivación y la renovación del compromiso de trabajo en el mejoramiento de la calidad.

## **5. Los desafíos del Programa de cara al futuro**

Algunos desafíos importantes que el Programa tiene ante sí son los siguientes:

- ***Extender el mejoramiento de la calidad a todos los aspectos del quehacer del Sector Salud.*** Si bien la realización de proyectos puntuales ha mostrado ser de enorme trascendencia, como ha quedado señalado, es importante incorporar la calidad a todos los procesos y servicios, es decir, avanzar hacia la implicación total de las instituciones en la gestión de calidad. En palabras de una de las personas entrevistadas, “la calidad no debería estar sólo en los proyectos”; esto supone que se produzca una mayor generalización e institucionalización de iniciativas de mejoramiento de la calidad que han sido exitosas, así como continuar desarrollando nuevos proyectos en mayor número, y abarcar no sólo los procesos relacionados con la atención de la salud en forma directa, sino también los de carácter administrativo. Todo ello requiere de un cambio profundo en términos de cultura institucional que no depende únicamente del Programa, pero que éste puede continuar impulsando.
- ***Lograr un mayor número de definiciones, normativas y estandarizaciones referidas a criterios de calidad.*** Esto contribuiría en el sentido apuntado en el párrafo anterior y permitiría también impulsar la calidad, otorgándole mayor respaldo al trabajo que realizan los equipos.
- ***Resolver la tensión entre “movimiento” y “estructura”, o iniciativa frente a institucionalización.*** Una de las claves del éxito del Programa ha sido el que éste se asemeje más a un movimiento que a una estructura formalmente reconocida por las instituciones. Esto ha permitido, entre otras cosas, un desarrollo ágil de las iniciativas de los equipos y un sentimiento de verdadero compromiso personal con el mejoramiento de la calidad. Además, esto ha contribuido a fortalecer la idea de que la calidad no es una “actividad aparte”, sino una forma de realizar el trabajo asignado.

No obstante, el trabajo por el mejoramiento de la calidad requiere a menudo esfuerzos extra de parte de los funcionarios, que no se encuentran reconocidos en términos salariales o de algún otro tipo de incentivo, pero que además no se tienen en consideración dentro de la organización y distribución de tareas al interior de las instituciones.

A este respecto puede ser útil considerar soluciones intermedias, que no constituyan la creación de una especie de “estructura paralela” para el mejoramiento de la calidad, pero que faciliten y promuevan esta labor. Entre estas alternativas podrían contemplarse la extensión y el fortalecimiento de unidades de apoyo a la gestión como las que ya existen en algunos hospitales, así como la creación de incentivos, que podrían ser monetarios, o de otra índole, y de disponer de mayores recursos, entre ellos el tiempo, para la participación en los equipos de calidad.

- **Continuar identificando liderazgos que garanticen la continuidad del PMCC.** El continuar interesando y capacitando en el mejoramiento de la calidad a líderes dentro de los distintos servicios de salud e instituciones es importante con miras a asegurar la continuidad del PMCC, particularmente en vista de que éste descansa en gran medida en el funcionamiento en red, basado en el compromiso de los funcionarios interesados, más que en directrices emanadas de las autoridades superiores.
- **Realizar los cambios pertinentes, sin desatender los énfasis anteriores que han mostrado ser necesarios y en los que se han realizado acciones exitosas.** La flexibilidad para incorporar nuevos conceptos y la capacidad de reconocer los temas que resultan más pertinentes en un determinado momento, de acuerdo con las características del desarrollo del sistema de salud del país, es esencial para la vigencia del Programa. Pero es importante también dar continuidad al trabajo que se ha venido realizando anteriormente, de manera que los nuevos énfasis vengan a sumarse a los esfuerzos hechos y no los desconozcan o los sustituyan.
- **Ampliar el concepto de participación: la incorporación de la participación social como aliada en el mejoramiento de la calidad y la seguridad.** Otra de las claves del éxito del PMCC ha sido la amplia participación lograda entre los trabajadores de la salud. Además de mantener y mejorar ese logro, un reto importante para el PMCC consiste en incorporar la participación social. Esta cobra cada vez mayor importancia en los distintos sistemas de salud, de la mano de enfoques como los de derechos y rendición de cuentas, y de la existencia de una ciudadanía más activa y organizada; y puede constituirse en un elemento coadyuvante en los esfuerzos por mejorar la calidad y la seguridad en el sistema de salud costarricense. Esto requiere, sin embargo, la apertura de espacios y de mecanismos que aún no están bien establecidos no sólo en el Sector Salud, sino en general en la institucionalidad costarricense.
- **Profundizar el carácter sectorial del Programa, manteniendo los logros institucionales.** Aunque se trata de un programa definido como sectorial, el mejoramiento de la calidad ha tenido un mayor desarrollo e impacto en algunas instituciones, como la CCSS y el Ministerio de Salud. La continuidad del PMCC como programa sectorial requiere continuar avanzando en una visión compartida sobre el

mejoramiento de la calidad en el sistema de salud costarricense, sobre todo con miras a los procesos de acreditación que se impulsan actualmente. A la vez, el reto consiste en mantener y consolidar los logros alcanzados institucionalmente.

## **6. Anexo**

### ***LISTADO DE COMISION DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD***

ORLANDO URROZ TORRES  
SONIA TORRES MONTERO  
LUZ AIDA CRUZ RAMIREZ  
CLAUDIO SOLIS PALMA  
STELLA BOLAÑOS VARELA  
JEANNETTE QUIROS PEREZ  
ALEJANDRA TREJOS  
BERNARDITA VALERIO VALERIO  
VITALIA JIMENEZ VARGAS  
MARIA DE LOS ANGELES GUTIERREZ  
LUIS PAULINO CHACON CALDERON  
RONALD RODRIGUEZ SANCHO  
CECILIA MADRIGAL FONSECA  
NIDIA SOLANO JIMENEZ  
BERNAL YGLESIAS QUESADA  
ROSSINA RUIZ  
DEYANIRA SOLANO P  
MAYRA PEREZ CHAVES  
LEONIDAS MARTINEZ VARGAS  
ALEXANDRA EDUARTE RAMIREZ  
TERESITA CHACON RAMIREZ  
MELVE VALVERDE CAMPOS  
ALEJANDRO JIMENEZ GONZALEZ  
JEANNETTE GUTIERREZ  
DAVER VIDAL ROMERO  
LUIS ALVARADO VEGA  
MAYRA LOPEZ  
DIONISIA ESPINOZA MUÑOZ  
MARVEL TORRES  
MARTA BARQUERO  
LUIS DIEGO UGALDE  
DIONISIO SIBAJA ANCHIA  
JAVIER WALTERS BROWN  
MARJORIE CASTRO SIRIAS

**Evolución a un Programa  
Institucional de Calidad y  
Seguridad del Paciente.**

**2005- 2015**

En el año 2005, la Presidencia Ejecutiva de la Institución decidió crear el Programa Nacional de Garantía de Calidad y Seguridad del los Pacientes mediante el Oficio PE 11709-05 fechado 2 de mayo de 2005, firmado por el Dr. Alberto Saénz Pacheco, designándole la dirección del Programa al Dr. Orlando Urroz Torres con un Equipo de Trabajo compuesto por el Dr. Enrique Víctor Mora, Dr. Robinson Rodríguez Herrera y el Lic. Juan Carlos Umaña Rojas.

Este Programa se le encarga la Promoción de la Seguridad del Paciente, con sede en el Hospital Nacional de Niños, dando un nuevo impulso a la dimensión de la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud.

Es en el marco de ese Programa que el país se encuentra a la vanguardia en América y en el mundo, para llevar a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de atención y la seguridad de los pacientes, tales como el estudio sistematizado de los eventos adversos en la atención de salud y la puesta en marcha de una estrategia multimodal que contribuya a brindar una atención limpia y segura en sus establecimientos.

En un marco global, cabe señalar que en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una resolución en su 55ª Asamblea Mundial, en favor de la Seguridad del Paciente (WHA55.18) y en Octubre de 2004, lanzo la iniciativa conocida como **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente**, cuyo propósito es movilizar la cooperación internacional hacia los países para llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, reducir el sufrimiento innecesario y disminuir las muertes evitables.

Esta Alianza se propone lograr el compromiso de los Países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención de salud, a través del mejoramiento de los establecimientos de salud y de las prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de seguridad del paciente. Costa Rica ha participado muy activamente en esta iniciativa global y debido a ello se le ha reconocido designándola como país piloto para varios de los proyectos.

Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso y las acciones internacionales en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente que suponga un área de riesgo importante para todos los Estados Miembros de la OMS.

**El Primer Reto Global** de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue lanzado en los años 2005 y 2006 con el tema «**Una atención limpia es una atención más segura**», el cual propone trabajar en todo el mundo para ayudar a los países a reducir la carga que representan las infecciones asociadas a la atención en Salud.

Los objetivos consisten en:

- Sensibilizar del impacto de las infecciones asociadas a la atención en Salud en la seguridad del paciente y fomentar estrategias de prevención en los países;
- Fortalecer el compromiso de los países de dar prioridad a la reducción de las infecciones asociadas a la atención en Salud

En nuestro país se incorporó en 23 Hospitales el uso de la solución alcohólica, que fortalece la Higiene de las Manos en funcionarios y visitantes de los Hospitales y que influye directamente en la disminución de las infecciones asociadas a la Salud.

***El Segundo Reto Global*** en que participa el país es «***Cirugía Segura salva vidas***», aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007.

El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.

El producto tangible es la incorporación y aplicación correcta de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras en todos los expedientes de los pacientes a una Cirugía Mayor en las Salas de Operaciones de nuestra Institución.

### ***Participación en el Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica***

El proyecto IBEAS ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para conocer el comportamiento epidemiológico de los Eventos Adversos (EA) en pacientes hospitalizados. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para proponer soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.

## **Aprobación de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente** en el artículo 2° de la sesión N° 8139, celebrada el 22 de marzo de 2007.

Esta Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente complementa a la Política Institucional de Seguridad Hospitalaria (Política de Hospital Seguro) aprobada en Agosto de 2006 por la Junta Directiva de la CCSS. La formulación de esta Política contó con la activa participación de profesionales y técnicos de la Institución, representantes de la Gerencia Médica, Gerencia de Operaciones, Gerencia Administrativa y Gerencia de Pensiones, así como de expertos en los diferentes lineamientos incluidos en esta política, quienes con su experiencia, le dieron forma y contenido.

La Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, en su interés de continuar fortaleciendo las acciones y políticas tendientes al mejoramiento continuo de la Seguridad Humana en los Hospitales y Clínicas, avala el documento “**Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente**”, en el cual se integran los principales lineamientos y normativas que en materia de calidad y seguridad del paciente han sido establecidos, lo anterior como complemento de los programas y acciones que sobre esta materia son ejecutadas por las diferentes instancias institucionales.

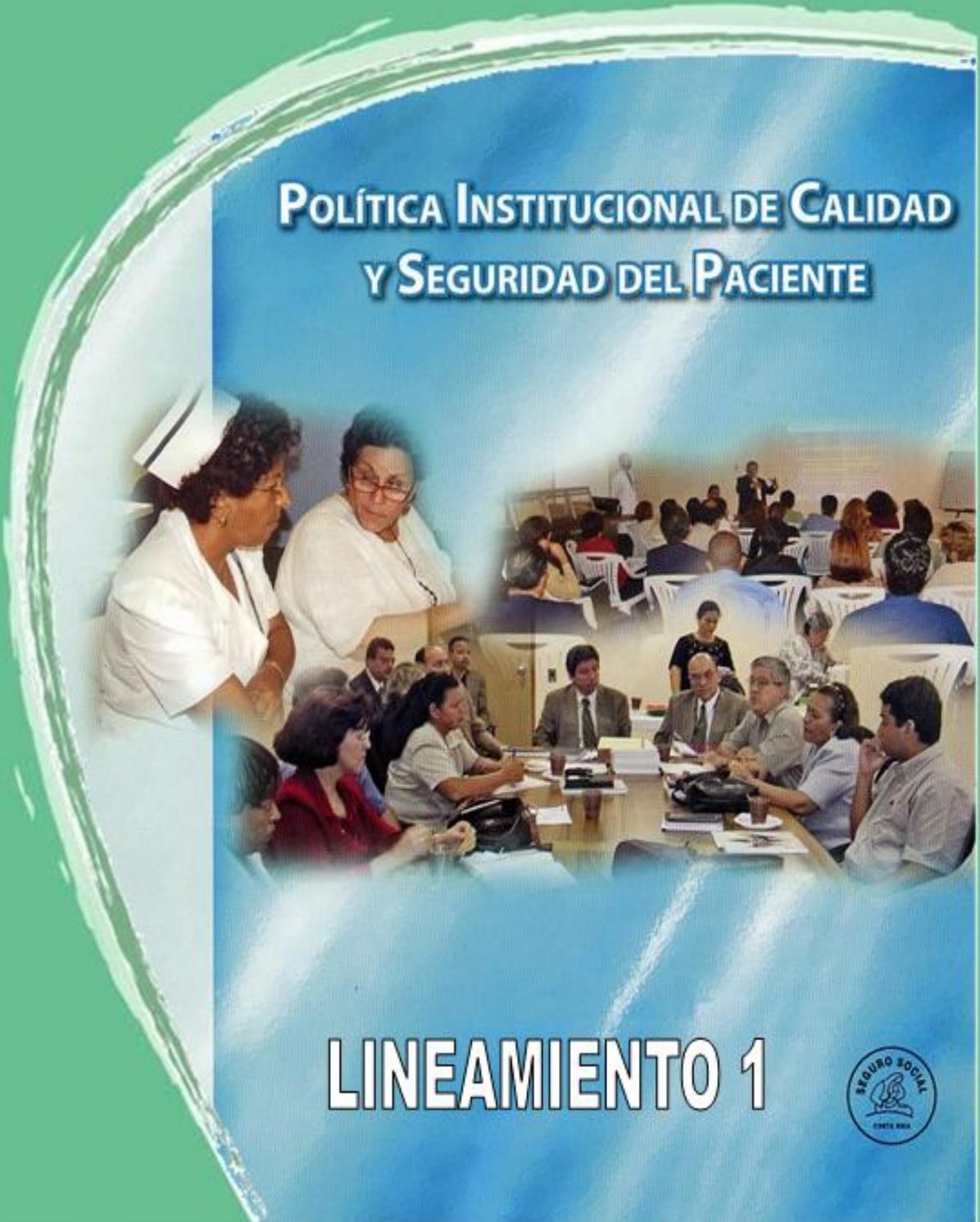
La Caja Costarricense de Seguro Social, comprometida en proteger la vida de la población, el patrimonio social que los costarricenses tienen en los establecimientos de salud y la continuidad de los servicios; plantea el desarrollo e implementación de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, mediante el cumplimiento de la legislación vigente, de la organización y de las intervenciones, que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad de sus servicios.

Los lineamientos de la Política son los siguientes:

- ATENCION LIMPIA ES UNA ATENCION SEGURA
- INVESTIGACIÓN Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS
- PRACTICAS DE SALUD BASADAS EN LA EVIDENCIA
- ATENCION DOMICILIAR Y COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DE EVENTOS ADVERSOS.
- CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS
- LOS INSUMOS SEGUROS ASEGURAN LA ATENCIÓN
- LABORATORIOS Y BANCOS DE SANGRE SEGUROS

**ATENCION LIMPIA ES  
UNA ATENCION SEGURA**

**POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD  
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**



**LINEAMIENTO 1**



## **Antecedentes Proyecto**

En el mes de Octubre del 2004 la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) constituyó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual tiene como objetivo reducir las consecuencias adversas sobre la salud y las consecuencias adversas sociales de una atención de salud insegura.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente tenía como reto trabajar en cinco proyectos para mejorar la seguridad de los pacientes y la población en general; el primer reto que se desarrolló fue "**Atención limpia es una atención segura**".

El objetivo del mismo era mejorar el cumplimiento de la Higiene de Manos y por ende reducir las infecciones nosocomiales o asociadas a la atención en salud (IAAS), mediante la implementación de la Estrategia Multimodal de Mejoramiento de la Higiene de Manos.

Para desarrollar el proyecto Atención limpia es una atención segura la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente y la Organización Panamericana de la salud (**OPS**) eligieron un país en cada continente para que fueran designados como sitio piloto e iniciar la implementación del proyecto. Nuestro país fue elegido como sitio piloto para América y el Hospital Nacional de Niños como Hospital piloto; el cual inició en el 2005 a trabajar en el desarrollo del mismo.

Grupo de Trabajo en el Hospital Nacional de Niños  
**Doctora. Marcela Hernández de Mezerville. Coordinadora**  
**Licenciada Mariela Rojas Solano. Enfermera**

**Dra. Elenita Ramirez Salas. Coordinadora Comisión Intergerencial**

## **Logros obtenidos en el Hospital Nacional de Niños**

### **1- Implementación Estrategia Multimodal en el HNN**

---

- Conformación de un equipo de trabajo multidisciplinario
- Involucramiento de las Jefaturas a nivel local e Institucional
- Fortalecimiento en el suministro de insumos para el lavado de manos
- Implementación de la práctica de la limpieza de manos
- Suministro de la solución alcohólica en el punto de atención del Pte
- Suministro de los dispensadores para la solución alcohólica
- Fortalecimiento de la capacitación en Higiene de manos en el personal de salud
- Revisión y corrección de todos los documentos para la implementación de la estrategia traducidos al español

- Medición de las encuestas de la Organización Mundial de la Salud sobre la Higiene de Manos: Medición de las estructuras de las salas, Percepción de la Higiene de Manos e Infección Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) de los directivos, Medición de las ideas sobre la Higiene de Manos e IAAS en los trabajadores de la salud, Prueba en los conocimientos de la HM en los trabajadores de la salud, Encuesta de la tolerabilidad y aceptabilidad del producto para la limpieza de las manos
- Medición del cumplimiento de la Higiene de manos en el personal de salud
- Medición del consumo de los insumos necesarios para la Higiene de Manos
- Creación de nuevos recordatorios sobre la Higiene de Manos (afiches)

## **2- Sostenibilidad de la estrategia en el Hospital Nacional de Niños**

---

- Mejoramiento en el diseño de los dispensadores de la solución alcohólica
- Implementación gradual de la limpieza de las manos en todas las áreas hospitalarias

## **3- Implementación Estrategia Multimodal en los Hospitales de la CCSS**

---

- Capacitación sobre la implementación de la estrategia a 23 hospitales de la CCSS, en los años 2011, 2012 y 2014
- Seguimiento en la implementación a los 5 primeros hospitales en implementar la estrategia, en el año 2011
- Redacción del cartel de licitación para la compra de la solución alcohólica a nivel institucional
- Asesoría técnica a la Comisión Intergerencial de Higiene de Manos de la CCSS desde su creación

## **4- Implementación Estrategia Multimodal en América Latina**

---

- Capacitación sobre la implementación de la Estrategia a grupos de países latinoamericanos: Perú, Colombia, Ecuador, Brasil, Argentina, Nicaragua, España, entre otros, durante los años 2008-2010
- Participación en el comité evaluador del Premio Latinoamericano en la excelencia en Higiene de Manos

## **Acciones permanentes en el Hospital Nacional de Niños**

### **1- Acciones permanentes**

---

- Sostenibilidad de la estrategia en el Hospital Nacional de Niños
- Reconocimiento a la excelencia en la Higiene de Manos - 2014
- Vigilancia de las IAAS
- Asesoría técnica a la Comisión Intergerencial de Higiene de Manos de la CCSS
- Capacitación sobre la implementación de la estrategia a personal de salud de Hospitales de la CCSS según necesidad y solicitud

#### **Retos a corto plazo en el Hospital Nacional de Niños**

- Mejorar el cumplimiento de la Higiene de Manos en el personal del HNN
- Asegurar el suministro de la solución alcohólica en el HNN
- Implementar la campaña “TUS MANOS ME CUIDAN”

#### **Retos a mediano plazo en el Hospital Nacional de Niños**

- Finalizar la implementación de la estrategia en el HNN: Edificio de Especialidades Medicas y Edificio de Tamizaje
- Fortalecer la implementación de la estrategia en los Albergues del Hospital

#### **Logros a nivel nacional**

- Implementación de la Estrategia Multimodal en 23 Hospitales de la CCSS
- Actualización y revisión de la Ficha Técnica de la Solución alcohólica
- Inclusión de la solución alcohólica y dispensadores dentro de los productos almacenables de la CCSS
- Inclusión de la solución alcohólica dentro de la LOM
- Brindar el apoyo técnico en cuanto a: uso, formulación de la solución alcohólica, implementación de la estrategia, dispensadores, distribución de cuotas de solución alcohólica

## Retos a nivel nacional

- 2015: ratificar la Comisión Intergerencial
- Asegurar el abastecimiento de la Solución Alcohólica
- Publicación del cartel de licitación para la compra institucional de la solución alcohólica
- Lograr la fabricación de la solución alcohólica en los laboratorios de la CCSS
- 2016: lograr la implementación de la estrategia multimodal en toda la red hospitalaria del país
- 2017: iniciar el proceso de capacitación en áreas de salud, CAIS, Clínicas y EBAIS
- Realizar un seguimiento semestral de evaluación de la implementación de la estrategia en los Hospitales a través del componente de Infecciones Nosocomiales de la Subarea
- Analizar el comportamiento epidemiológico de las infecciones asociadas a la atención en salud

## Anexos

### Anexo 1: Consumo Solución alcohólica

#### Consumo de Solución alcohólica para Higiene de Manos por mes. Hospital Nacional de Niños. 2014

<b>Mes</b>	<b>Cantidad litros</b>
Enero	289
Febrero	281
Marzo	236
Abril	361
Mayo	341
Junio	285
Julio	306
Agosto	397
Septiembre	319
Octubre	375
Noviembre	334
Diciembre	361
<b>Total anual</b>	<b>3885</b>
<b>Promedio mensual</b>	<b>324</b>

Fuente: HNN.

## Anexo 2: Informe General Cumplimiento Higiene de Manos en el Hospital Nacional de Niños. I semestre 2015

### Cumplimiento General de Higiene de Manos I Semestre 2015.

#### Descripción General

Este informe está sustentado en las observaciones realizadas para medir el cumplimiento de la higiene de manos en los trabajadores de salud durante los tres turnos.

Las observaciones fueron efectuadas por personal previamente capacitado de los diferentes salones de hospitalización, entre los meses de abril y mayo del presente año con el instrumento de medición de la Organización Mundial de la Salud. **(OMS)**.

En total se realizaron **1756** observaciones (la OMS recomienda hacer 200 por cada salón), de las cuales **1269** fueron acciones efectivas (higiene de manos realizada). Se denomina higiene de manos como limpieza y/o lavado de manos, así como indicaciones para la misma, "Sus 5 Momentos para realizar higiene de manos" (antes del contacto con el paciente, antes de hacer una tarea aséptica, posterior al riesgo de contacto con fluidos corporales, posterior al contacto con el paciente y posterior al contacto con el entorno). Se requirió 126 sesiones y un total de 31 horas para cumplir con las 1756 observaciones.

Los grupos profesionales la OMS los define de la siguiente forma:

Grupo profesional	Incluye
Enfermera	Enfermera, estudiante enfermería
Auxiliar	Auxiliar enfermería
Medico	Medico Clínico, Cirujano, Anestesiólogo, Médico Especialista, Estudiante Medicina
Otros trabajadores salud	Terapeutas, Técnicos, otros profesionales que intervengan con el paciente

El cumplimiento global de la Higiene de manos en el personal de salud del Hospital fue de un **72%**.

A continuación, se detalla la información producto del análisis de las observaciones realizadas.

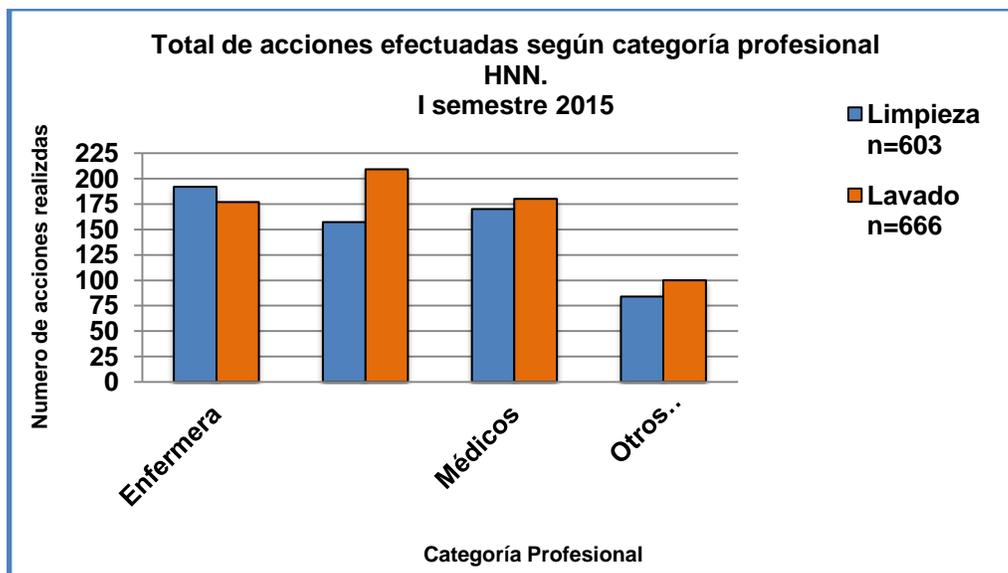
**Cuadro # 1**  
**Porcentaje de Cumplimiento de Higiene de Manos según categoría Profesional.**  
**Hospital Nacional de Niños. I semestre 2015.**

<b>Categoría</b>	<b>Acción</b>	<b>Indicación</b>	<b>% Cumplimiento</b>
Auxiliar Enfermería	366	519	71
Cirujano	73	76	96
Enfermera	369	460	80
Estudiante EE	0	5	0
Estudiante Medicina	62	103	60
Médico	215	286	75
Otros trabajadores	45	86	52
Técnicos	39	81	48
Terapeuta	100	140	71
<b>Total</b>	<b>1269</b>	<b>1756</b>	<b>72</b>

**Fuente:**  
**Unidad Vigilancia Epidemiológica – Comité de Infecciones Intrahospitalarias. HNN**

Durante el periodo de observación de cumplimiento de higiene de manos, se observó en total 1270 acciones de higiene de manos realizadas el porcentaje de cumplimiento es de 72%. Los Cirujanos y las enfermeras tienen el mayor porcentaje de cumplimiento (96 y 80% respectivamente).

**Grafico # 1**



Fuente: Unidad Vigilancia Epidemiológica – Comité de Infecciones Intrahospitalarias. HNN

Las enfermeras, auxiliares de enfermería y los médicos son los que efectuaron mayor cantidad de acciones de higiene de manos efectivas (limpieza, lavado). En general, el personal hace mayormente lavado de manos (666 ocasiones).

**Cuadro # 2**

**Total de acciones de higiene de manos efectuadas según indicación. Hospital Nacional de Niños. I semestre 2015.**

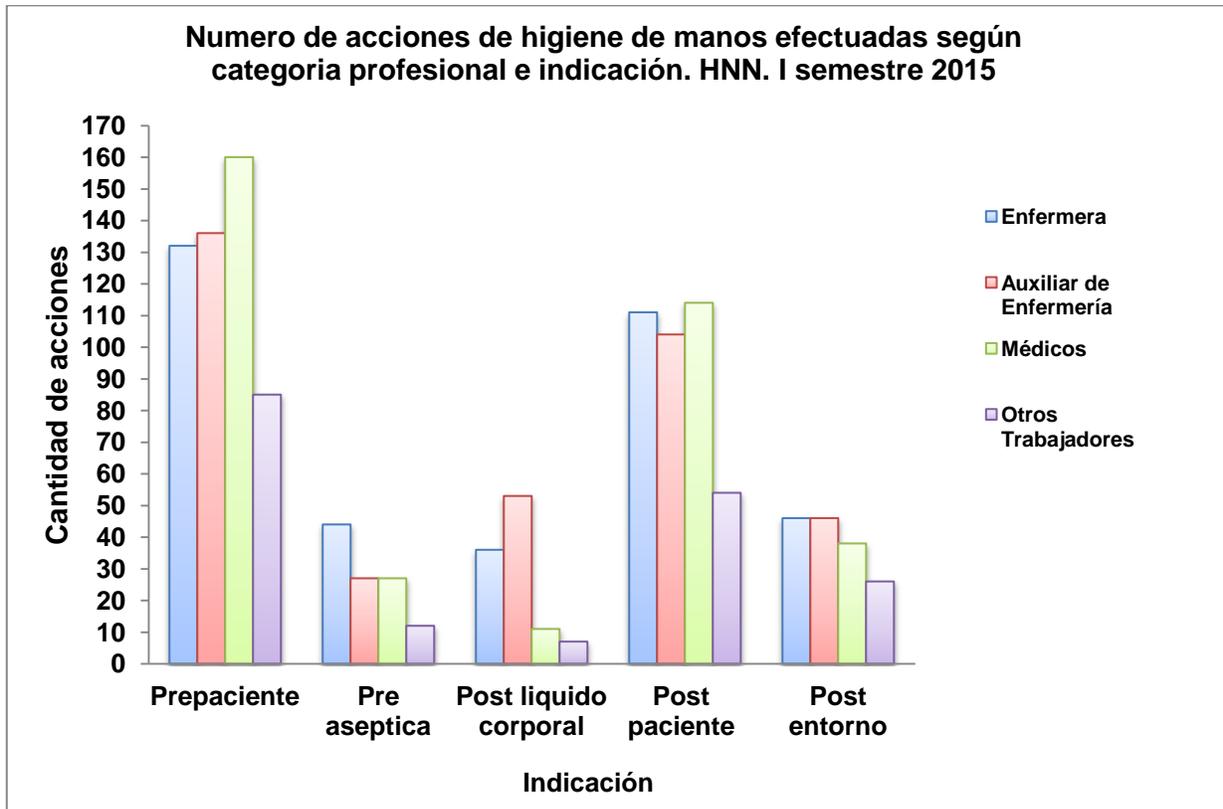
Categoría	Limpieza (%)	Lavado (%)	Total
Pre paciente	288 (47)	225 (34)	513
Pre tarea aséptica	43 (7)	67 (10)	110
Post líquidos corporales	19 (3)	88 (13)	107
Post paciente	163 (27)	220 (33)	383
Post entorno	90 (15)	66 (10)	156
<b>Total</b>	<b>603</b>	<b>666</b>	<b>1269</b>

Fuente: Unidad Vigilancia Epidemiológica – Comité de Infecciones Intrahospitalarias. HNN

Las indicaciones más frecuentemente observadas fueron antes y después del contacto con el paciente. La indicación en que es menor el cumplimiento es posterior a la exposición con fluidos corporales.

En cuanto a la práctica del lavado de manos se cumple con menor frecuencia posterior al contacto con el entorno y antes de realizar una tarea aséptica. La limpieza de manos se realiza en menor número de veces posterior al contacto con fluidos corporales y antes de hacer una tarea aséptica.

**Grafico #2**



Fuente: Unidad Vigilancia Epidemiológica – Comité de Infecciones Intrahospitalarias. HNN

En los cuatro grupos profesionales con mayor número de higiene de manos realizadas se incumplen con mayor frecuencia la limpieza y/o lavado manos antes de realizar una tarea aséptica, posterior al contacto con fluidos corporales y posteriores a tener contacto con el entorno del paciente.

### Conclusiones

1. El menor cumplimiento de la higiene de manos en el hospital se presenta en los otros trabajadores de salud, técnicos y estudiantes de enfermería.
2. El lavado de manos se practica más frecuentemente que la limpieza con solución alcohólica.
3. Las indicaciones con menor cumplimiento de higiene de manos son antes de hacer una tarea aséptica, posterior a la exposición a fluidos corporales y posteriores al contacto con el entorno del paciente.

## **Recomendaciones Generales**

1. Reforzar con todo el personal de salud la importancia del cumplimiento de la higiene de manos para la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud.
2. Reforzar con el personal de salud la práctica de la limpieza y/o lavado de manos, especialmente el uso de la solución alcohólica para la limpieza de las manos con el fin de mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos en los cinco momentos.
3. Reforzar con el personal de salud las indicaciones (5 momentos) para la práctica de la higiene de manos según la Estrategia Multimodal del Mejoramiento del Cumplimiento de la Higiene de Manos de la Organización Mundial de la Salud.
4. Supervisar la existencia de los insumos necesarios para la práctica de la higiene de manos (dispensadores, solución alcohólica, jabón y servilletas), así como la existencia de recordatorios (afiches) sobre los 5 momentos para la Higiene de Manos y la técnica de la limpieza y/o lavado de manos.

Esta Unidad agradece a los observadores de Higiene de Manos de cada Servicio, así como a las Jefaturas por el compromiso en mejorar el Cumplimiento de la Higiene de Manos y para lograr la meta hacia la disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

**INVESTIGACION Y ANALISIS  
DE EVENTOS ADVERSOS**

**POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD  
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**LINEAMIENTO 2**



**IBEAS 2007**  
**SISTEMA DE IDENTIFICACION Y REGISTRO**  
**DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS**  
**(IRSA - H)**

**INTRODUCCIÓN:**

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, sin embargo, la complejidad de la práctica clínica como su organización, hacen cada vez más riesgosa la prestación de estos servicios. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos:

- a. Identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces.
- b. Asegurar que se aplican a quien los necesita.
- c. Realizarlos correctamente y sin errores.

La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática. En el campo de la atención a la salud y la salud pública, el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc.

El interés por los riesgos de la asistencia sanitaria con ser materia de plena actualidad, no resulta novedoso. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales de la salud.

Los errores humanos en la práctica de la medicina constituyen una amenaza seria para la seguridad de los pacientes. Por mucho tiempo, el conocimiento sobre la ocurrencia de estos eventos fue privilegio de unos pocos o de los directamente involucrados, negándose así la oportunidad a los gestores de servicios y a las instituciones de salud aprender de los errores y a la prevención de los mismos.

Una corriente renovadora de la seguridad de los pacientes ha emergido al interior de los sistemas de salud: menos persecutoria y más comprensiva de los fenómenos causales. Un sistema de reporte, permitirá abordar los errores de tal manera que se traduzcan en mejoras sustantivas para la seguridad de los pacientes.

El estudio más importante, y que puso en la mesa de negociaciones internacionales el tema de los eventos adversos en la práctica de la medicina, fue el estudio de Harvard en 1984 en Nueva York y que se conoce como el “**Harvard Medical Practice Study**” que estimó una incidencia de EA de 3.7%. En el 70% de los casos hubo discapacidad leve o transitoria, en un 3% la discapacidad fue permanente y en el 14% de los casos contribuyeron a la muerte.

Las reacciones a los medicamentos fue el EA más frecuente (19%), seguido de las infecciones de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%).

En la medida que se han podido documentar los factores relacionados con la inseguridad de los pacientes en los espacios clínicos, se ha podido comprobar que existe una cadena causal que involucra recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios. Por lo tanto, la solución de los actos inseguros se encuentra en la forma como se organizan y proveen los servicios, y en la conducta y motivación de los proveedores.

En Costa Rica hasta el año 2007 no se contaba con un diagnóstico epidemiológico de aproximación de eventos adversos hospitalarios, que nos permitiera entender la problemática alrededor del tema de seguridad del paciente, los factores precipitantes o desencadenantes de los EA relacionados con el sistema y las personas, y poder desarrollar herramientas sistemáticas orientadas a la prevención de los riesgos clínicos y la mitigación de sus efectos.

Bajo la coordinación de la OMS/OPS y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España en setiembre de 2007 se logra realizar el primer estudio latinoamericano de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo, de cohorte transversal, referido al análisis de la hospitalización completa de los sujetos dados de alta en un período determinado en 7 hospitales de la seguridad pública con alta, mediana y baja complejidad resolutive, donde se estimó la prevalencia e incidencia, así como la gravedad, impacto y evitabilidad de los eventos adversos.

En este sentido, este sistema de reporte responde al **lineamiento 2**, estrategia 2.1 y 2.2 de la **Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente**. Pues la institución acordó de manera impostergable poner en marcha un sistema institucional de reporte y registro de los eventos adversos que sufren los pacientes durante la estancia hospitalaria, e identificar los factores intrínsecos y extrínsecos que conducen al error humano y/o sistémico. Estas fallas del sistema de salud requieren un tratamiento en dos direcciones:

- a. **Tratamiento Político** – a nivel político, desarrollo de políticas renovadas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación y registro de eventos adversos y la gestión de riesgos clínicos.
- b. **Tratamiento Local** - a nivel hospitalario, mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos y de inclusión de tecnologías adecuadas que permitan detectar y contener las fallas antes de que tengan consecuencias negativas para los pacientes, familiares, profesionales de la salud y el mismo sistema de salud.

De tal forma que los acontecimientos adversos de los últimos años suponen un reto al sistema de salud público costarricense, pues las demandas por errores en la práctica clínica y que han lesionado gravemente a los pacientes, se han incrementado, dejando al descubierto la debilidad del sistema y la falta de gestión de riesgos, *¿Quién nos podría asegurar que esos mismos errores no se cometerán en otro tiempo y espacio?...*, el problema radica en la conceptualización y tratamiento punitivo de las fallas sistémicas y humanas por parte de los gestores, haciendo que los profesionales de la salud oculten los incidentes de tal forma que la cadena causal permanezca latente dentro del sistema. Por dicha para todos, los errores graves son los menos, pero sus consecuencias son funestas

para quienes tienen que vivir la amargura de enfrentar un proceso penal, las secuelas psicológicas, sociales, económicas y estigma por sus mismos pares.

### **RESUMEN DEL ESTUDIO:**

El estudio iberoamericano de eventos adversos es un estudio observacional de cohorte transversal por muestreo sistemático para determinar la prevalencia de los Eventos Adversos, complementado con uno de tipo descriptivo - retrospectivo, para determinar la incidencia de los EAs en una muestra del 10% de los sujetos del estudio.

La OMS/ OPS Ginebra, habiendo revisado en informe “Calidad de la Atención” en el año 2002, se dan cuenta que la incidencia de los errores clínicos están poniendo en peligro la calidad de la atención, y representan un alto costo para los sistemas de salud, además, se ubicaban por encima de los accidentes de tránsito, el cáncer de seno y el SIDA en USA.

Con estos datos la OMS/OPS Ginebra crean la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes con el fin de estandarizar los procesos de atención y estudiar los efectos adversos derivados de la atención sanitaria. En vista de que los estudios de mayor impacto en el tema se ubicaban en Europa y en Estados Unidos de Norteamérica, la aproximación epidemiológica de los eventos adversos para Iberoamérica podría estar sesgada, es entonces cuando la OMS propone a la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes coordinar en la región el primer y único estudio de eventos adversos hospitalarios.

El modelo teórico del Estudio ENEAS 2005 de España toma como referencia el desarrollado en el Proyecto IDEA: Identificación de Eventos Adversos, el cual es una replicación adaptada del estudio de Harvard de 1984, y con algunos matices propios trata de ser explicativo, evidencia la tenue barrera que separa los eventos adversos evitables de los que no lo son; de tal modo que es difícil diferenciar los EA ligados a la asistencia sanitaria de aquellos que vienen condicionados por las características, comorbilidad y/o factores de riesgo intrínseco del paciente. Por otra parte, en el curso de la atención sanitaria se dan incidentes, cuasi-accidentes, que en sí no tienen consecuencias, pero que como precursores de los accidentes, su estudio es fundamental. Además, desde una perspectiva médico legal, el modelo incluye las negligencias, que por definición siempre son evitables, aunque no siempre tengan como consecuencia daño para el paciente. En último lugar cabe considerar los litigios, que pueden presentarse tanto cuando el evento adverso es evitable como cuando no lo es, e independientemente de que haya producido o no daño.

La OMS dispone que la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo de España lideren el estudio, denominado más tarde como IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos), siendo este estudio uno de los más contemporáneos y representativos a nivel mundial, pues se incluyeron 58 hospitales de la región con alta y mediana complejidad y 10.700 historias clínicas cribadas. Estas dos organizaciones seleccionan 5 países de la región: México, Costa Rica, Colombia, Perú, Argentina.



En Costa Rica, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social en respuesta a la propuesta de participar en el primer y único Estudio de Eventos Adversos de la región, y por la naturaleza que reviste el tema en la seguridad social, designan al Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente como conductor nacional del estudio, que en adelante se conocerá como “Estudio IBEAS-CR 2007”.

Una vez ajustado el protocolo de tal forma que no riña con las normativas y políticas de salud vigentes en nuestro país, se envía el 25 de abril de 2007 al comité de bioética de la Institución (CENDEISS) para ser avalado. El 30 de abril de 2007 en su oficio CENDEISS-AB-119-04-2007 se resuelve que el estudio es de tipo observacional y que es parte del quehacer propio del Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente y esta eximido del requisito de recomendación de un comité local de bioética, y el programa puede proceder a la realización del estudio.

Entonces, cumpliendo con los requisitos de inclusión de centros hospitalarios, establecidos en el protocolo del estudio, se seleccionan 7 hospitales:

- a. Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera
- b. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
- c. Hospital México
- d. Hospital San Rafael de Alajuela
- e. Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez
- f. Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
- g. Hospital de San Carlos

Estos centros abarcan los distintos niveles de complejidad hospitalaria con los que se pretende tener una aproximación de la epidemiología de eventos adversos en la atención en salud pública de Costa Rica.

En los hospitales seleccionados para el estudio se formaron y capacitaron un total de 72 revisores locales para aplicar los instrumentos del estudio (Guía de Cribado y Formulario Modular MRF-2) a las historias clínicas en busca de factores predisponentes, incidentes, eventos adversos puros y complicaciones derivadas del proceso de atención. La formación de los revisores se hizo en varias etapas que requirieron un total de 30 días en promedio:

1. Determinar el conocimiento que tienen los revisores de su entorno y área de trabajo.
2. Capacitarlos en el manejo de los elementos básicos de técnicas de investigación.
3. Capacitarlos en calidad y seguridad del paciente, indispensable para el proceso del estudio, sobre todo en gestión de riesgos y fiabilidad humana.
4. Discusión y análisis de las herramientas y protocolo final del estudio.
5. Consenso sobre las discrepancias del proceso del estudio.
6. Entrenamiento y aplicabilidad de las herramientas del estudio a casos reales de eventos adversos, incidentes y complicaciones derivadas del proceso nosológico del paciente.
7. Determinar el nivel de concordancia entre revisores con 20 casos iguales a cada uno.

### **Justificación del Estudio en Costa Rica:**

- a. La seguridad de los pacientes se considera hoy día un aspecto clave en las políticas de calidad de los sistemas de salud.
- b. Nuestra hipótesis de trabajo es que los eventos adversos pueden alcanzar al menos el 10% de los pacientes atendidos en los hospitales, y que al menos un 40% de ellos son evitables.

### **Objetivo general del estudio:**

1. Conocer y estimar la epidemiología de los eventos adversos en 7 centros hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad, de la seguridad social, y como afectan la prestación sanitaria.

### **Objetivos específicos del estudio:**

1. Establecer la *Tasa de Eventos Adversos Hospitalaria*.
2. Determinar la *prevalencia e incidencia de los eventos adversos*.
3. *Identificar y Tipificar los EA (eventos adversos)* asociados a la asistencia hospitalaria.
4. Identificar y describir las *causas inmediatas*, así como los *factores humanos y sistémicos* que precipitan los EA.
5. Identificar las características del paciente y de la asistencia en los pacientes con y sin EA relacionados con la asistencia hospitalaria.
6. Evaluar la *evitabilidad* de los EA.
7. Identificar los EA de mayor trascendencia para diseñar y/o fortalecer estrategias preventivas que faciliten la minimización de los EA por valoración de la evolución temporal mediante estudios en panel.
8. Estimar el *impacto de la asistencia en los EA* distinguiendo los evitables de los no evitables.
9. Analizar la distribución de los EA asociados a la asistencia hospitalaria en relación a los diversos servicios.
10. Valorar ventajas y limitaciones de la aproximación a la seguridad de los pacientes desde la incidencia o desde la prevalencia de EA.

**Sujetos de Estudio:** Historias Clínicas contenidas en los expediente de salud de pacientes que se encuentren hospitalizados el día de Cohorte Transversal, sea cual sea la causa de ingreso, la especialidad o servicio.

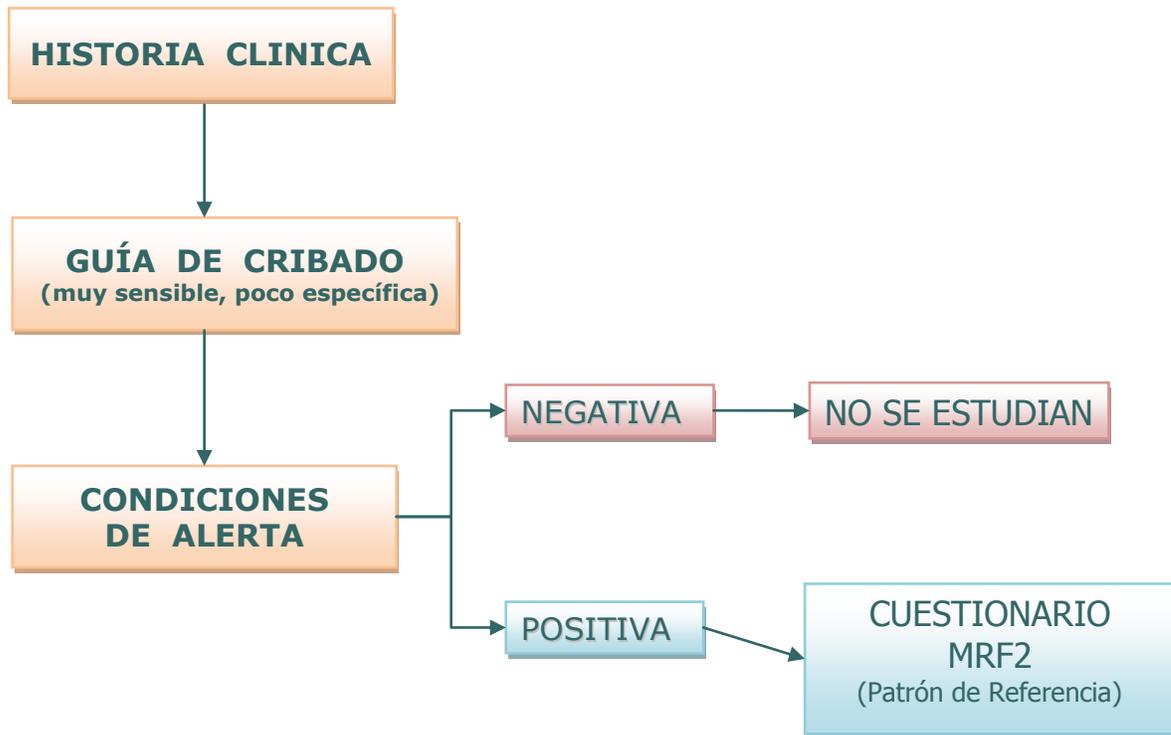
**Período de Estudio:** Del 17 al 23 de setiembre de 2007 simultáneamente en cada centro hospitalario. El período máximo no debió superar las 2 semanas en días naturales. En todo caso, el seguimiento no fue mayor a los 30 días naturales del corte transversal, sin importar si el paciente siguió internado en el servicio, fallece o es dado de alta, se cerró el estudio. La fecha límite para el cierre total del estudio será el 16 de octubre de 2007.

Estimando 300 camas de media por hospital y una ocupación promedio del 82%, para el estudio de prevalencia se incluyó 300 Historias Clínicas de pacientes por hospital, 2.100 en los siete hospitales. Estimamos una prevalencia de EA de un 10%, se espera encontrar 30 EA por hospital y 210 EA en los siete hospitales del estudio piloto. Sin embargo, para el estudio IBEAS-CR el número de casos a cribar por hospital se estimó proporcionalmente al número de camas e índice ocupacional, lo que nos arrojó un total de 2000 casos para la muestra nacional.

**Instrumentos para el estudio: Guía de Cribado** del proyecto IDEA, cuestionario elaborado a partir de una investigación previa de una lista de condiciones similares a la de los estudios de Nueva York, Utah y Colorado. Las historias clínicas que resultaron positivas en al menos uno de los 19 criterios de la guía de cribado, fueron examinados en detalle a posteriori, para la caracterización precisa del evento adverso con el **Formulario Modular de Revisión MRF-2**.

La figura siguiente muestra la metodología utilizada en los estudios de Harvard en 1984, Utah/ Colorado, ENEAS 2005 de España e IBEAS 2007 en Iberoamérica.

## Metodología basada en el HMPS (Brennan Estudios de Harvard Utah/Colorado)



### RESULTADOS PREVALENCIA - ESTUDIO IBEAS-CR

#### Resumen - resultados de la región:

1. Pacientes estudiados 11.379, con una edad mediana de 45 años.
2. Estancia mediana hospitalaria por la región de 6 días desde el ingreso hasta la fecha de revisión.
3. 33,9% de los casos estudiados resultaron cribados positivos, el 15,4% presentaron alguna lesión o complicación, mientras que la prevalencia de EA ligados a la asistencia sanitaria fue de 10,5%.
4. El impacto de los EA incremento parte de la estancia hospitalaria en un 62,9% y fueron la causa del 18,2% de los reingresos.
5. En relación a la gravedad de los eventos adversos, el 21,5% fueron leves, 58,7% moderados y 19,8% graves.
6. En cuanto a la prevalencia de pacientes con EA por servicio tenemos que:
  - ⇒ 10,1% se detectaron en las medicinas.
  - ⇒ 9,7% se detectaron en cirugía y ginecología.
  - ⇒ 8,4% se detectaron en obstetricia.
  - ⇒ 10,9% se detectaron en pediatría.
  - ⇒ 22,7% se detectaron en la UTI y afines.

## Resumen - resultados de Costa Rica:

1. Pacientes estudiados 2003, con una edad mediana de 42 años.
2. Se cribaron un total de 2003 historias clínicas en expedientes de salud, de las cuales un 34,5% resultaron positivas, es decir contenían factores de alerta en la Guía de Cribado, y por tanto fueron estudiadas con el formulario modular MRF-2 para su caracterización.
3. Estancia mediana hospitalaria de 3 días desde el ingreso hasta la fecha de revisión.
4. 34,5% de los casos estudiados resultaron cribados positivos, el 10,9% presentaron alguna lesión o complicación, mientras que la prevalencia de EA ligados a la asistencia sanitaria fue de 8,5%, ubicando a Costa Rica en el segundo lugar de país con menor prevalencia de EA.
5. El impacto de los EA incremento parte de la estancia hospitalaria en un 68,9% y fueron la causa del 19,2% de los reingresos.
6. En cuanto a la gravedad de los eventos adversos, el 18,0% fueron leves, 61,5% moderados y 20,5% graves.
7. En cuanto a la prevalencia de pacientes con EA por servicio tenemos que:
  - ⇒ 10,4% se detectaron en las medicinas.
  - ⇒ 8,9% se detectaron en cirugía y ginecología.
  - ⇒ 3,9% se detectaron en obstetricia.
  - ⇒ 6,3% se detectaron en pediatría.
  - ⇒ 19,0% se detectaron en la UTI y afines.

## **RESULTADOS DE PREVALENCIA EN COSTA RICA, ESTUDIO IBEAS-CR.**

El estudio de prevalencia fue observacional y de cohorte transversal que se llevó a cabo del 17 al 23 de setiembre del año 2007 en siete hospitales de la seguridad social, con el fin de determinar la prevalencia de los efectos adversos derivados de la prestación sanitaria.

Es preciso aclarar el término “*Evento Adverso*”; este se entiende como todo accidente imprevisto e inesperado recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. Así también, el término “*asistencia sanitaria*” se entendió en el presente estudio como “atención en salud”.

### **A. Características de los casos estudiados:**

En nuestro país se censaron un total de 2005 HC (historias clínicas) de pacientes hospitalizados en los 7 hospitales, sin embargo, solamente se estudiaron 2003 historias clínicas, representando el 99.9% de los casos. De las HC estudiadas 58% (1161) correspondieron al sexo femenino, mientras que un 42% fueron masculinos.

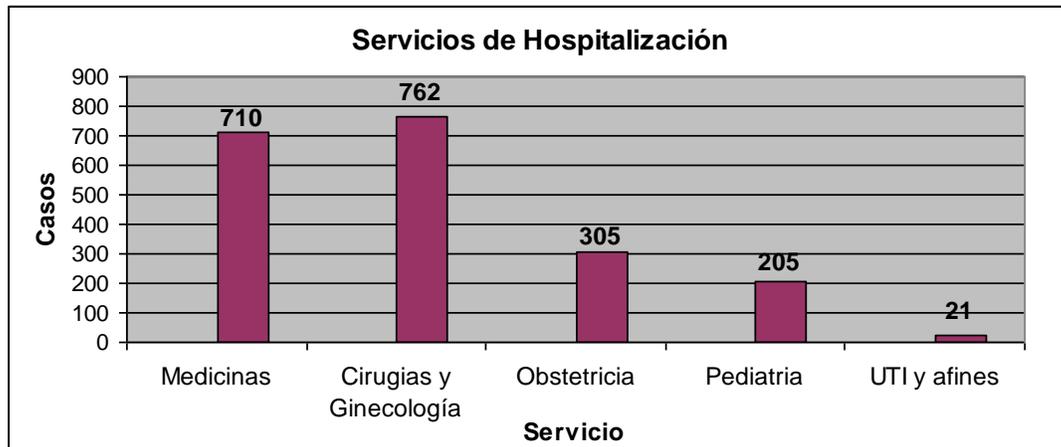
La edad mediana (AI) en las HC de los pacientes estudiados fue de 42,0 (40,0) con una p-valor <0,001(t –student); <0,001(u-mann Whitney), comparada con el resto de los países que participaron en el estudio.

La estancia mediana en días desde el ingreso y hasta la fecha de revisión fue de 3 días.

De las HC de los pacientes estudiados el 74,6% (1494) correspondieron a hospitales de alta complejidad resolutive, mientras que un 25,4% (509) fueron de hospitales de mediana y baja complejidad resolutive; solo para los efectos del estudio, los hospitales de baja complejidad fueron aquellos que no contaban con el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que hacían cirugías sin ingresos y partos normales. En este sentido, nuestros hospitales aún los de baja complejidad resolutive tienen esos servicios.

En los servicios de hospitalización, las HC de los pacientes estudiados (2003) se distribuyeron de la siguiente manera, ver gráfico 1:

Gráfico # 1



Vemos que la mayor parte de las HC estudiadas se concentraron en los servicios de cirugía y ginecología con 762 (38%) casos, y las medicinas con 710 (35,4%) y que juntos suman 73,4% de las HC de los pacientes estudiados, mientras que un poco más de la cuarta parte fueron de obstetricia, pediatría, UTI y afines.

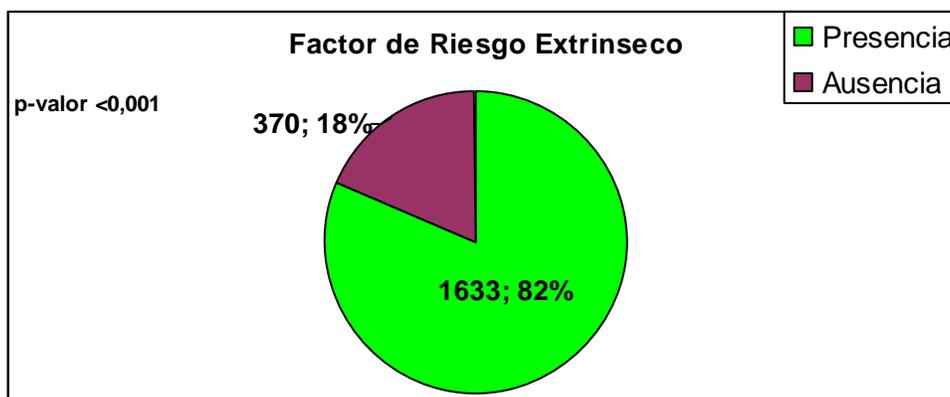
Gráfico # 2



En relación a la forma de cómo los pacientes ingresaron a los servicios de hospitalización (gráfico # 2), tenemos que 67% lo hicieron de forma urgente ya sea de urgencias o de la consulta externa, y 33% ingresaron de forma programada. Recalcamos el hecho que en 283 casos no se pudo determinar la forma de ingreso por falta de datos en los instrumentos de recolección de la información.

En cuanto a la presencia de los factores de riesgo intrínsecos (relacionados con la condición del paciente) detectados en las HC de los casos estudiados, en el 55,1% (1103) estuvieron presentes; mientras que la presencia de los factores de riesgos extrínsecos (aportados por el propio sistema) tuvo un peso relativo de 82% (1633 casos). Queda demostrado una vez más que a mayor número de factores de riesgos extrínsecos, mayor es la probabilidad de que el paciente pueda sufrir un evento adverso durante su estancia hospitalaria (ver gráfico 3).

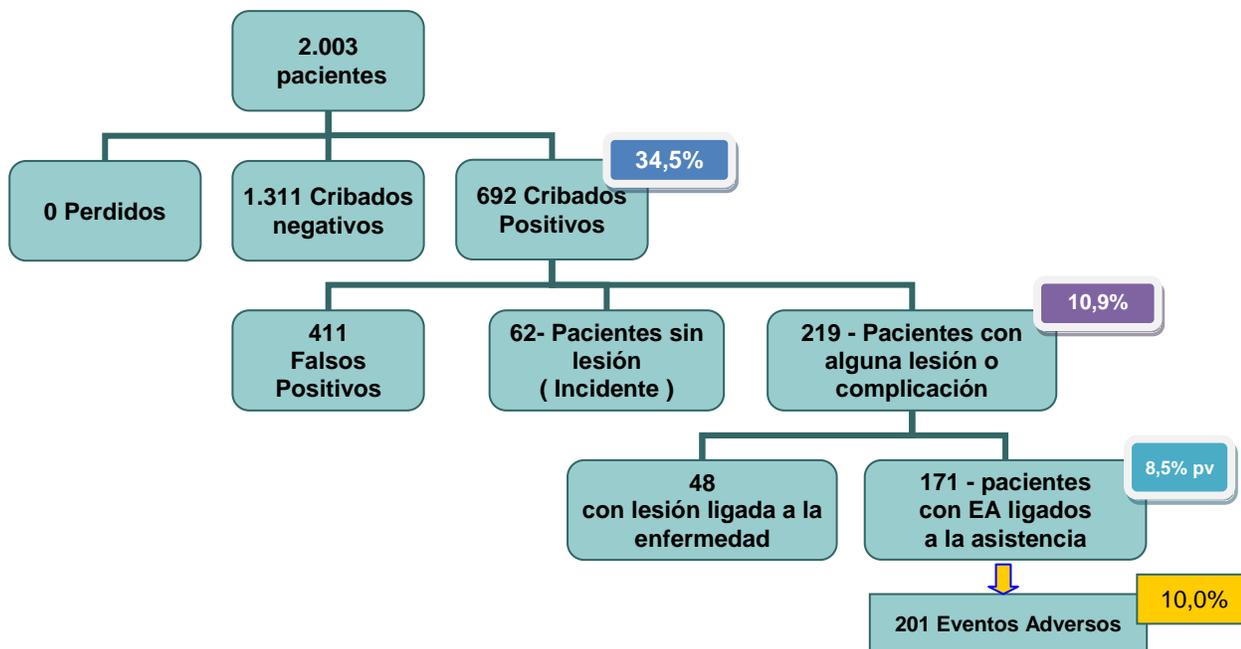
Gráfico # 3



Sin embargo, eliminar o suprimir los factores de riesgo extrínsecos ligados a los procesos de atención de los pacientes hospitalizados, es difícil, pues forman parte de las actividades asistenciales que se prestan con frecuencia, lo que sí es razonable, es asegurar los procesos de atención para disminuir al máximo el riesgo de dañar a uno de nuestros pacientes, aunque sea de manera no intencionada.

## B. Resultados de efectos adversos:

La figura siguiente representa los resultados de eventos adversos del estudio IBEAS en Costa Rica, realizado en el año 2007.



El número de Historias Clínicas sujetos de estudio, fueron 2003 casos, de éstos casos al aplicarles el formulario de revisión “Guía de Cribado” en busca de signos de alerta, solamente el 34,5% (692) resultaron positivos; es decir, que al 65,5% no se les detectó signos de alerta.

De los casos que resultaron con Cribado positivo, el 59,5% (411) fueron falsos positivos; es decir que aunque tenían una Guía de Cribado positiva a la hora de caracterizar la condición de alerta se determinó que no había sucedido y/o acontecimiento. El 8,9% (62 casos) fueron caracterizados como incidentes; es decir que los pacientes estuvieron expuestos a un suceso no lesivo, estos son los casos en los que por muy poco no llegaron a ser un evento adverso, en la literatura anglosajona se les reconoce como “near miss” (casi-error). Mientras que un 31,6% (219) de los cribados positivos resultaron con alguna lesión o complicación y una prevalencia de 10,9%. Estos resultados demostraron la alta sensibilidad y especificidad de los instrumentos usados en el estudio para la detección de eventos adversos.

El 22% de los pacientes que resultaron con alguna lesión o complicación, el suceso estaba en relación con el proceso nosológico de la enfermedad. Una vez más se hicieron patentes los resultados de varios estudios previos internacionales en los que la mayoría de los eventos adversos tienen su génesis en los factores organizacionales y estructurales de los procesos de atención, y por tanto, deben ser considerados como fallas sistémicas. Las fallas humanas precursoras del error siempre se han tratado de ver por aparte, sin embargo, debemos tener claro que el comportamiento de las personas con desviaciones respecto a

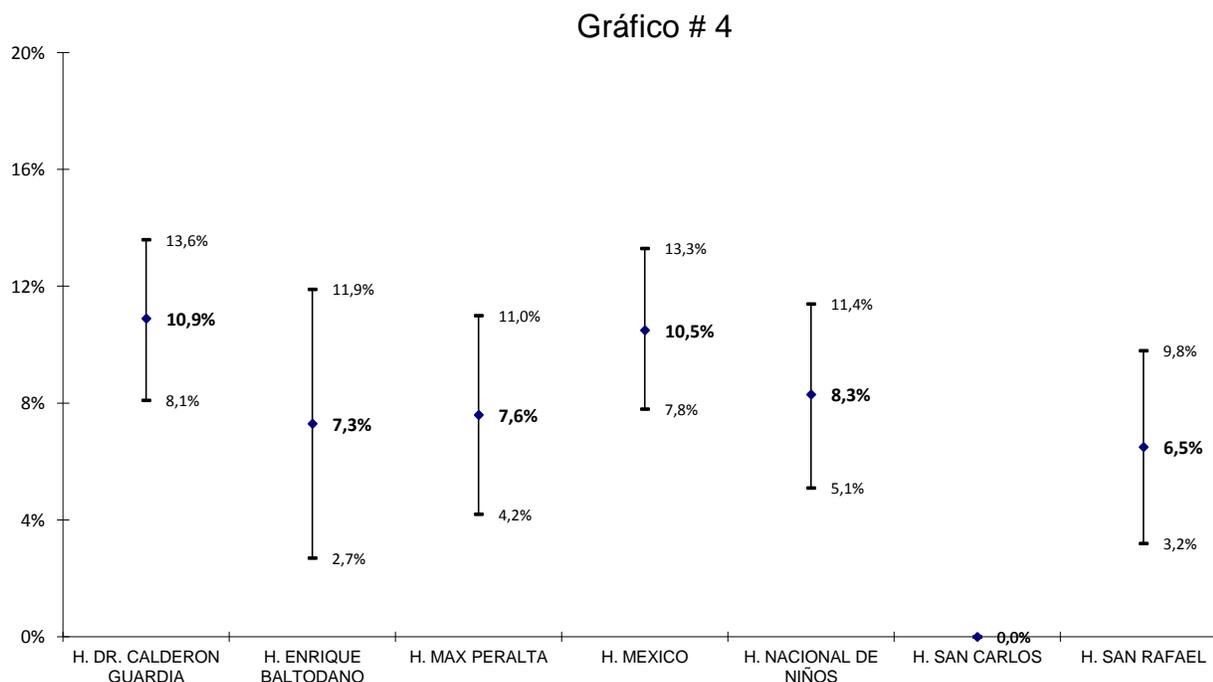
una norma, pueden tener su origen en las fallas de control en el sistema, por ello, se trata de englobar las fallas propias del sistema con las humanas, como fallas sistémicas.

De los pacientes que resultaron con alguna lesión o complicación (219), el 78% (171) fueron pacientes que sufrieron un evento adverso ligado a la asistencia sanitaria, así la prevalencia de pacientes con eventos adversos es de **8,5%**, con un valor predictivo positivo de 24,7%.

El total de eventos adversos detectados con el estudio fue de 201 casos y que corresponden al 10% de las HC de pacientes estudiados. La relación de eventos adversos es de 1,17 sucesos por paciente.

En lo referente a la información consignada en la Historia Clínica de los pacientes con eventos adversos, podemos decir que el 82,4% contenía la información suficiente para poder realizar el diagnóstico del acontecimiento.

Respecto a la prevalencia de eventos adversos en los hospitales de la CCSS que participaron en el estudio IBEAS, podemos mencionar lo siguiente:

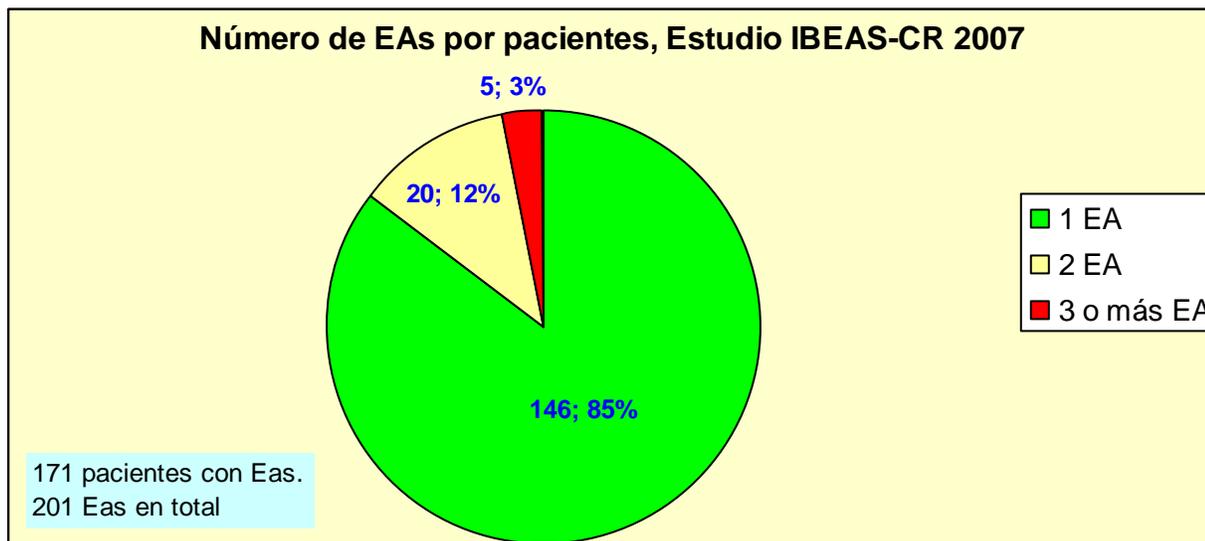


La estadística descriptiva utiliza la palabra prevalencia para referirse al peso o la abundancia del evento que soporta la población total, cuantifica la proporción de individuos de una población que sufren un evento adverso en un momento o periodo de tiempo determinado.

En este sentido, la prevalencia de eventos adversos en los hospitales pilotos del estudio en Costa Rica fue de 8,5%, la segunda más baja de los 5 países de Iberoamérica.

El gráfico #4, muestra la prevalencia en los hospitales de la Institución que fueron sujeto de estudio, observamos que oscila entre 10,9% y 6,5%, concentrándose la mayor proporción en 2 hospitales nacionales, algo esperable por la complejidad de los procesos y por las condiciones críticas en las que llegan los pacientes al proceso de atención en esos centros médicos; sin embargo, el Hospital de San Carlos no registro eventos adversos durante el período de estudio.

Grafico # 5



De los 171 pacientes a los cuales se les detectó en el estudio a través de la HC haber sufrido al menos un evento adverso; el 85% de ellos tenían un evento adverso, el 12% dos eventos adversos y solo el 3% tenían 3 o más eventos adversos.

Tabla # 1  
Pacientes con EA prevalentes y tasa de prevalencia, IBEAS 2007

	<b>Costa Rica</b>	<b>IBEAS</b>
<b>Cribados +</b>	<b>34,5%</b>	<b>33,9%</b>
<b>Pacientes con EA prevalentes</b>	<b>8,5%</b>	<b>10,5%</b>
<b>Prevalencia de EA</b>	<b>9,9%</b>	<b>11,2%</b>

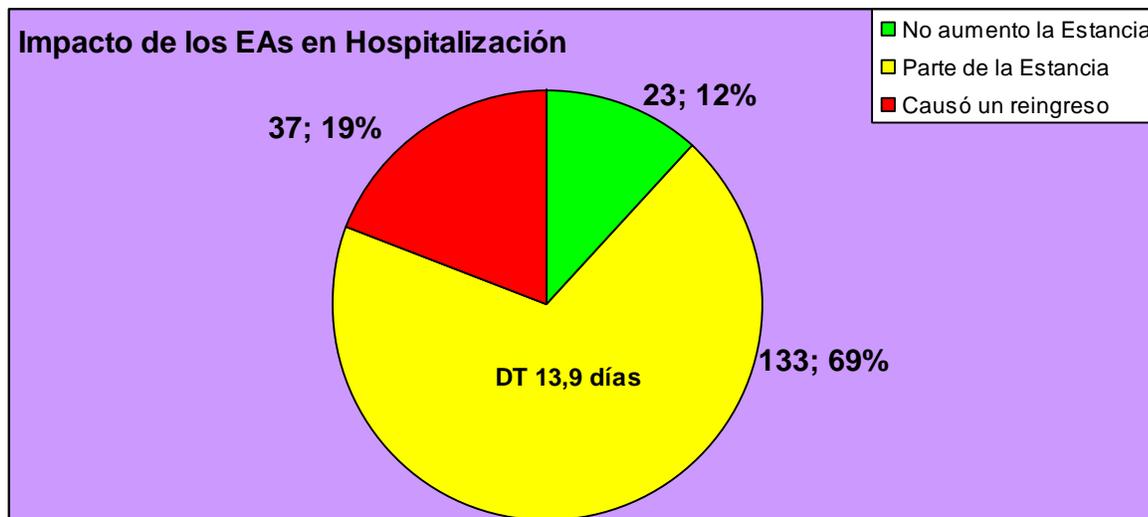
En la tabla #1, podemos ver que la tasa de prevalencia de los eventos adversos en el presente estudio fue de 8.5%, mientras que para la región fue de 10.5%.

Tabla # 2

<b>Tipo de EA</b>	<b>España ENEAS</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>IBEAS</b>
Relacionados con <b>Infección nosocomial</b>	25,34%	<b>43,28%</b>	37,97%
Relacionados con un <b>procedimiento</b>	25,04%	<b>26,36%</b>	26,66%
Relacionados con los <b>cuidados</b>	7,63%	<b>16,41%</b>	13,16%
Relacionados con la medicación	37,25%	4,97%	<b>9,22%</b>
Relacionados con el diagnóstico	2,90%	4,47%	6,29%
Otros EA	0,76%	3,48%	3,52%
Pendiente de especificar	1,07%	0,99%	3,19%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%

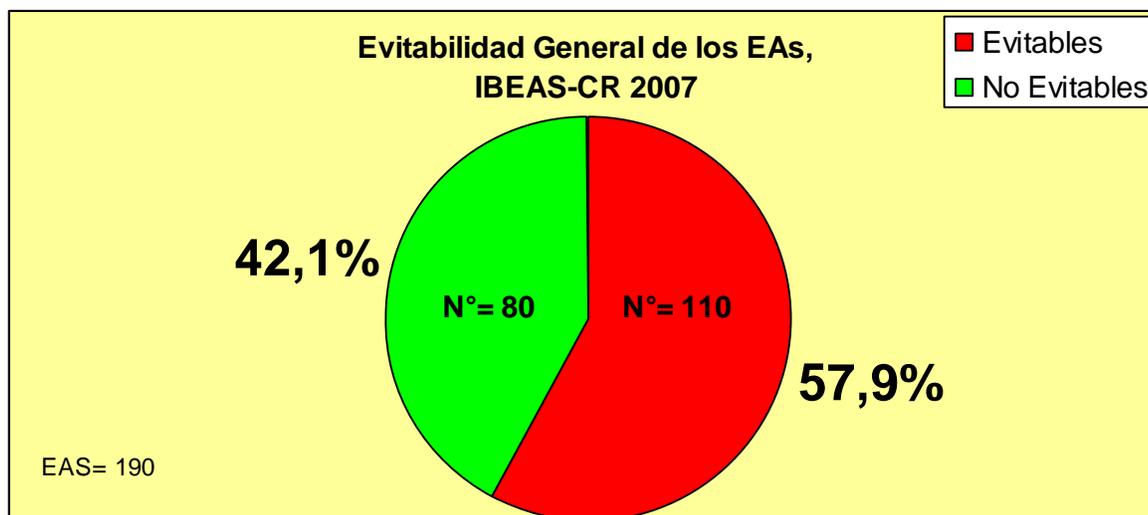
En la tabla # 2, se muestran los tipos de eventos más prevalentes en Costa Rica, y que fueron: Infecciones nosocomiales 43.28%, eventos relacionados con un procedimiento 26.36% y relacionados con los cuidados 16.41%; los mismos fueron en mayor prevalencia que en los estudios ENEAS (2005) y IBEAS (2007).

Gráfico # 6



El gráfico # 6, nos muestra el impacto que tuvieron los eventos adversos en los pacientes hospitalizados en la muestra de estudio. El 12% de los EA no aumento la estancia hospitalaria, un 69% aumento en al menos un día la estancia hospitalaria, y 19% de los EA fue la causa directa del reingreso del paciente. Los EA aumentaron la estancia hospitalaria en un total de 13.9 días.

Gráfico # 7



Respecto a la evitabilidad de los EA, 57.9% de los eventos adversos son potencialmente prevenibles (evitables), esto coincide con los resultados de otros estudios internacionales donde más de la mitad de los EA son potencialmente evitables.

Tabla # 3

Gravedad EAs	Costa Rica		IBEAS	
	N°	%	N°	%
Leve	36	18,0%	281	21,5%
Moderado	123	61,5%	769	58,7%
Grave	41	20,5%	259	19,8%
<b>Total EAs</b>	<b>200</b>		<b>1309</b>	

Respecto a la gravedad (tabla #3) de los EA, 18% fueron leves, 61.5% moderados y 20.5% fueron graves; los resultados son menores que los de la región, sin embargo, una gravedad de 82% entre graves y moderados, no es nada despreciable al hablar en términos de calidad.

## **Estrategias futuras a la luz de los resultados IBEAS -2007**

Los resultados del estudio IBEAS 2007, nos permitió tener un acercamiento sobre la epidemiología de EA en pacientes hospitalizados en la seguridad social. A partir de ellos, desarrollamos la herramienta de captura de datos y una plataforma electrónica para implementar un sistema de reporte de eventos adversos hospitalarios, sin embargo, tras los múltiples esfuerzos no fue posible poner en marcha el sistema de reporte, a pesar de ser una estrategia vital para aprender de los errores y mitigar los mismos, pues el temor a la sanción y litigio hace que los profesionales de la salud no estén convencidos de la pertinencia de la herramienta.

En la actualidad, los resultados IBEAS 2007 son los únicos datos con los que se cuenta en Costa Rica y en la seguridad social respecto a epidemiología de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Los resultados del estudio IBEAS ha sido el único referente para que la CCSS impulsara en sus hospitales la implementación de los dos retos mundiales de OMS (Atención Limpia es una Atención Segura y Cirugía Segura – Salva Vidas).

### **SISTEMA DE REPORTE DE SUCESOS ADVERSOS EN COSTA RICA**

A la luz de los resultados del estudio IBEAS, el programa se plantea la necesidad de desarrollar una estrategia que permita identificar y registrar los eventos adversos en los sistemas de salud y para el 2010 teníamos el instrumento que permitiría poner en marcha ese sistema de reporte.

Empezamos con socializar y probar el instrumento hasta que se logro tener una versión final lista para implementar a modo de piloto, pero vinieron cuestionamientos sobre cuál sistema sería el ideal para nuestro medio, entre ellos: voluntario, anónimo, confidencial, obligatorio, además, del miedo al castigo y litigio que se podría derivar a la hora de reportar un evento adverso, pues nuestra administración, legislación, prensa y sociedad, están lejos de entender de que castigar o sancionar a alguien no elimina los riesgos intrínsecos del sistema de salud y que mañana es otro profesional y paciente los que van a sufrir las consecuencias a veces funestas de los eventos adversos.

Pese a toda la estrategia y el software desarrollado no fue posible poner en marcha el sistema de reporte de eventos adversos, se necesita un cambio cultural colectivo hacia el aprendizaje y una plasticidad mental para entender que no hay otro camino para la prevención de los eventos adversos que reportar los casos, estudiar las causas que los precipitan y construir las barreras de contención, evitando así que se conviertan en eventos adversos.

# Instrumento para notificar los eventos adversos

## SISTEMA DE ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS



**Caja Costarricense de Seguro Social**  
**Programa Nacional Seguridad del Paciente**



Convenio Costa Rica - Uruguay

☎ (506)2223-7780 / (506)2523-3600 Ext.3505    ✉ Fax: (506)2223-7780

<b>UP:</b>	<b>2103</b>
<b>Consecutivo:</b>	<b>1</b>

**PRIMERA PARTE: Debe ser completada por quien detecta el evento**

Centro Hospitalario: \_\_\_\_\_  
 Edad del paciente:  Min \_\_\_ H \_\_\_ D \_\_\_ Mes \_\_\_ A \_\_\_  
 ID: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_  
 Fecha del Evento: \_\_\_\_\_  
 Hora aprox del Evento: \_\_\_\_\_  
 Fecha del Reporte: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino

Femenino  
 Ambiguo (indeterminado)

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_  
 Intervención Principal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Quién Reporta:  Personal Enfermería  
 Personal Médico  
 Personal Farmacia

Personal Laboratorio  
 Personal Radiología  
 Personal Administrativo  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Departamento/Servicio donde ocurrió el EA:**

Serv. Medicinas  Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Serv. Cirugías  Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Ginecología /Oncolog   
 Obstetricia   
 Sala de Partos

Neonatología  
 Sala de Operaciones  
 UTI / UCI  
 Serv. de Emergencias  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Tipo de Evento:**

Caída de cama / cuna  
 Neumonía Nosocomial  
 Infección Herida Qx profunda/ órgano blanco  
 Bacteremia asociada a dispositivo  
 Extubación accidental  
 EA relacionado a líneas/catéteres/drenajes  
 EA relacionado a fármacos  
 EA relacionado a quimio-terapia  
 Retraso en la administr. del tratamiento  
 Hipoglucemia  
 Úlcera por presión  
 Disfunción o falla en el equipamiento

Lesión de órgano durante un procedimiento.  
 Lesión de vaso/conducto/nervio durante un procedim.  
 Hemorragia/Hematoma relac. a proced.  
 Neumotorax  
 Quemaduras/ Erosiones/ Contusiones  
 Suspensión de la Interv. Quirúrgica  
 Dehiscencia de herida / Evisceración  
 Dehiscencia de suturas  
 Evento Adverso perinatal  
 Falla del diagnóstico  
 Dolor no controlado  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Naturaleza del evento:**

Relacionados con los cuidados  
 Relacionados con la medicación  
 Relacionados con Infec Nosocomial  
 Relacionados con un procedimiento

Relacionados con transfusiones  
 Relacionados con bioquímica  
 Relacionados con el diagnóstico  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Descripción del evento:**

**SEGUNDA PARTE: Debe ser completada por el Jefe del servicio o departamento**

**Factores contrib.:**  
\*Clasificación NPSA

- Factores del Paciente
- Factores de Tarea
- Factores de Formación y Entrenamiento
- Condiciones de Trabajo
- Factores de Comunicación

- Factores Individuales
- Factores Sociales y de Equipo
- Factores de Equipamiento y Recursos
- Factores Organizativos y Estratégicos

**Detalle breve:**

**Gravedad:**

- Sin gravedad
- Leve
- Moderado
- Grave

**Abordaje del Evento Adverso:**

- No requiere manejo
- Requiere manejo por Enfermería
- Requiere manejo Médico-Qx:

}	Tratamiento	<input type="text"/>
	Lab/ Gabinete	<input type="text"/>
	Intervención	<input type="text"/>

**Impacto:**

- No aumentó la estancia.
- Aumentó la Estancia
- Causó el reingreso
- Causó incapacidad

Función: Parcial  
Tiempo: Transitoria

Horas       Días

Total  
 Permanente

- Contribuyó al fallecimiento
- Causó la muerte

**Evitabilidad:**

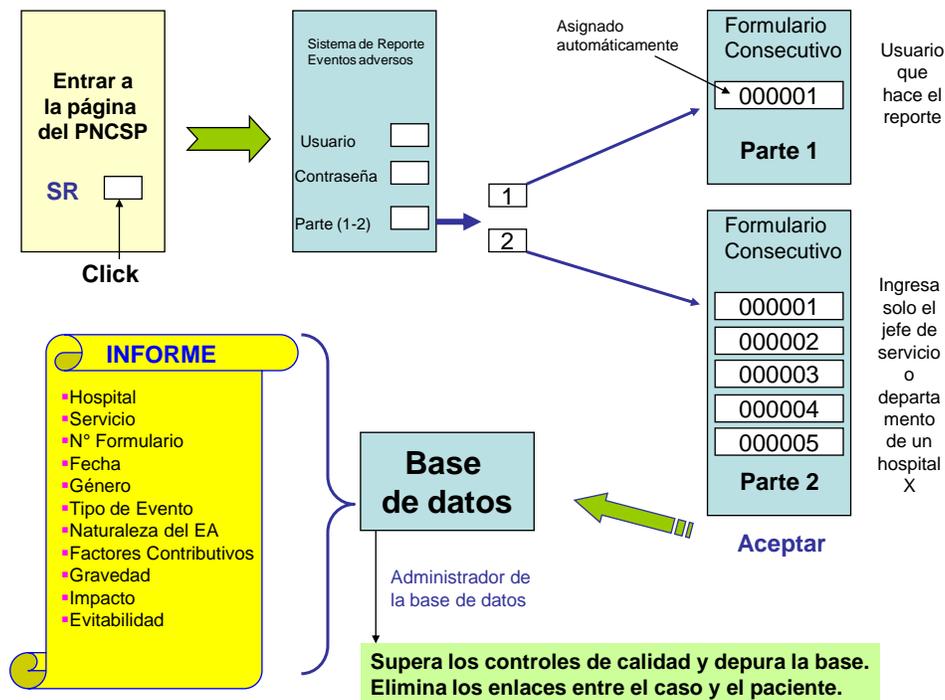
- Inevitable
- Reducible
- Evitable

**¿Qué tan evitable es el evento, según su criterio?**

- Mínima evitabilidad
- Moderada evitabilidad
- Elevada evitabilidad
- Total evidencia de evitabilidad

**¿Qué propone para que éste evento no se repita? Concreto.**

## Algoritmo para el reporte



Ingresa en la página del Programa de Calidad y Seguridad del Paciente, hace click en SR y se abre la ventana del usuario y contraseña para que el funcionario coloque un password que previamente se la ha asignado, luego el que reporta anota 1 en la casilla inferior y eso le despliega el apartado de la parte 1 el cual es llenado y se envía, una vez cerrado no se puede hacer modificaciones. Este formulario, el jefe de servicio lo recibe y lo analiza para caracterizar la gravedad, impacto y la evitabilidad del evento, el jefe del servicio si tiene dudas las evacua con los expertos del programa de calidad y seguridad del paciente antes de enviarlo a la base de datos. El programa mensualmente hace los informes por hospital y consolidado con el fin de retroalimentar.

Reporte de Eventos Adversos

Exportar Importar Parámetros Reporte

Primera Parte A Primera Parte B Segunda Parte

Centro de Salud:  Cantidad Boletas:

Edad:  Tipo de Edad:  Fecha Ingreso: 01/06/2011

Id:  Sexo:  Fecha Evento: 01/06/2011

Dx Principal  Hora Evento: 00:00:00

Cx Principal  Fecha Reporte: 01/06/2011

Quién Reporta:

Departamento / Servicio donde ocurrió el EA:

Tipo de Evento:

<input type="checkbox"/> Caída de cama/cuna	<input type="checkbox"/> EA relac. a fármacos	<input type="checkbox"/> Lesión de órgano	<input type="checkbox"/> Dehiscencia herida
<input type="checkbox"/> Neumonía Nosocomial	<input type="checkbox"/> EA relac. a quimio-terap	<input type="checkbox"/> Lesión vaso/conducto/nervio	<input type="checkbox"/> Dehiscencia suturas
<input type="checkbox"/> Infección herida Qx profunda	<input type="checkbox"/> Retraso en la adm. tratam.	<input type="checkbox"/> Hemorragia/Hematoma	<input type="checkbox"/> EA perinatal
<input type="checkbox"/> Bacteremia asociada a disp.	<input type="checkbox"/> Hipoglisemia	<input type="checkbox"/> Neumotorax	<input type="checkbox"/> Falla de Dx
<input type="checkbox"/> Estubación accidental	<input type="checkbox"/> Úlcera por presión	<input type="checkbox"/> Quemaduras/Erosiones	<input type="checkbox"/> Dolor no controlado
<input type="checkbox"/> EA relac. a líneas	<input type="checkbox"/> Disfunción del equipo	<input type="checkbox"/> Suspensión de la interv. quirurg.	

➔

Reporte de Eventos Adversos

Exportar Importar Parámetros Reporte

Primera Parte A Primera Parte B Segunda Parte

Naturaleza del evento:

Descripción del evento:

¿Que propone para que este evento no se repita?

Reporta (Id.):

Retroalimentación

Teléfono

Email

En persona

⬅ ➡

### Dirección General Internacional del Estudio:

- **Organización Mundial de la Salud: Dra. Itziar Larizgoitia Jauregui.** Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente/OMS.
- **Organización Panamericana de la Salud/OMS: Dr. Jonás Gonseth García.**
- **Ministerio de Sanidad y Consumo de España: Dr. Enrique Terol García.** Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- **Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo: Dra. Yolanda Agra Varela.**

### Dirección Técnica Internacional del Estudio:

- **Dr. Jesús María Aranáz Andrés.** Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Sant Joan D'Alacant. Universidad Miguel Hernández.
- **Dr. Carlos Aibar Remón.** Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Universidad de Zaragoza.

### Equipo de Dirección del Estudio en Costa Rica:

1. Dirección General del Estudio en Costa Rica - **Dr. Orlando Urroz Torres**, Subdirector General del Hospital Nacional de Niños y Coordinador General del Programa Nacional Seguridad del Paciente.

2. Dirección Técnica y Logística del Estudio IBEAS en Costa Rica - **Dr. Enrique Víctor Mora**, Asistente del Programa Nacional Seguridad del Paciente, Especialista en Alta Gerencia de Servicios de Salud, Experto en Evaluaciones de Servicios de Salud, Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Clínicos.

### **El equipo de apoyo central:**

1. **Dr. Robinson Rodríguez Herrera**, Master en Administración de Servicios de Salud, experto en el uso de Herramientas de Calidad (EPQI) entre otras.
2. **Lic. Juan Carlos Umaña Rojas**, Administrador de Servicios de Salud.
3. **Lic. Claudio Solís Palma**, Estadístico, Jefe de Registros Médicos del Hospital Nacional de Niños.

### **Coordinadores del Estudio en los Hospitales:**

1. Licda. Silvia Beirute Bonilla, Directora de Enfermería del Hospital México, Master en Administración de Servicios de Salud.
2. Licda. Jeannette Quirós Pérez, Jefatura de Educación continua en Enfermería del Hospital Calderón Guardia.
3. Licda. Bernardita Valerio Valerio, Subdirectora de Enfermería, Hospital San Rafael de Alajuela.
4. Dr. Alejandro Jiménez González, Master en Administración de Servicios de Salud, Subdirector Médico del Hospital San Carlos.
5. Licda. Alejandra Trejos Chacón, Master en Administración de Servicios de Salud, Directora de Educación continua en Enfermería del Hospital Dr. Máx Peralta.
6. Licda. Luz Aida Cruz Ramírez, Master en Administración de Servicios de Salud, Directora de Educación continua en Enfermería del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.
7. Licda. Lorena Gómez Alpizar, Master en Administración de Servicios de Salud, Directora de Educación continua en Enfermería del Hospital Nacional de Niños.

**PRACTICAS DE SALUD  
BASADAS EN LA EVIDENCIA**

**POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD  
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**



**LINEAMIENTO 3**



El Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente se ha creado para contribuir a fortalecer y mejorar de forma ágil y oportuna la Seguridad del Paciente, y crear una cultura que favorezca el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud. Responde a una serie de leyes, políticas, lineamientos y acuerdos nacionales e internacionales de los cuales el gobierno de Costa Rica es signatario y su ejecución se delega en la CCSS.

Particularmente a partir del documento “La CCSS hacia el 2025. Visión y Estrategias de Largo Plazo y Líneas de Acción para el Período 2007 – 2012”, es que surge la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, la cual complementa a la Política Institucional de Seguridad Hospitalaria aprobada en Agosto de 2006 por la Junta Directiva de la CCSS.

[\[PDF\] POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL ...](#)

[www.binasss.sa.cr/seguridad/PoliticaCalidadPaciente.pdf](http://www.binasss.sa.cr/seguridad/PoliticaCalidadPaciente.pdf)

Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - [Versión en HTML](#)

6. Acuerdo "Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente", Junta Directiva CCSS, Artículo 2º de la sesión Nº 8139, celebrada el 22 de marzo 2007 ...

## **LA GESTION DE LA CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES MODERNAS:**

ES UNA TAREA IMPRESCINDIBLE

EXIGE UN ESFUERZO PERMANENTE

LOS COSTOS DE LAS OMISIONES EN LA CALIDAD SON MUCHISIMO MAYORES QUE

LOS COSTOS DE IMPLEMENTACION DE LA CALIDAD

LA MALA CALIDAD PUEDE CAUSAR LA RUINA

### **¿QUE ES LA CALIDAD?**

“Grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con unos requisitos”(ISO 9000:2000)

Lograr la satisfacción del cliente.

Calidad es el suministro del 100% de calidad siempre.

### **¿Qué hacer para mejorar la calidad?**

Capacitar para que cada equipo de trabajo en el proceso total, sea capaz de gestionar su propio plan de mejoramiento continuo.

## **Objetivo de la Iniciativa de Mejoramiento Continuo de la Calidad En Costa Rica**

Desarrollar en Costa Rica un sistema de Mejoramiento Continuo de la Calidad en el Sector Salud a partir de la implementación de un modelo integral que facilite alcanzar una cultura de excelencia en las organizaciones de Salud.

### **CONVENIO CON EL GOBIERNO DE JAPON PARA LA FORMACION DE EXPERTOS EN EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.**

En el año 2002 se establece un acuerdo con la Agencia Internacional de Cooperación de Japón para que funcionarios de salud de Costa Rica, del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense del Seguro Social se puedan capacitar en EPQI-Kaizen en la Universidad de Tohoku, Sendai.

**Un total de 16 funcionarios** se capacitaron formalmente, aunque solamente tres permanecen activos en torno a la iniciativa de EPQI para Costa Rica.

Se logró presupuesto para la elaboración y publicación de un Manual Instructivo de Autoevaluación, el cual ya va por su cuarta edición. Este folleto se utiliza en los talleres de capacitación sobre desarrollo de proyectos autogestionados EPQI.

También se obtuvo presupuesto para compra de equipo de cómputo y el mobiliario para habilitar un aula del Hospital Nacional de Niños como centro de capacitación para toda la iniciativa nacional. El centro de capacitación se mantuvo en el HNN activo hasta el año 2013, cuando por disposiciones internas se cambió el propósito del área que ocupaba.

***En este centro se realizaban capacitaciones de diversa índole, aproximadamente un 80% de las cuales eran de equipos del HNN. En promedio unos 3000 a 4000 funcionarios de la CCSS se capacitaban al año en este centro.***

Hasta el año 2013, se habían implementado doce Encuentros Nacionales sobre Calidad de los Servicios de Salud, un Foro Internacional EPQI y una Convención Mesoamericana sobre Mejora Participativa de la Calidad Basada en la Evidencia y Seguridad del Paciente.

### **Desarrollo e implementación de Proyectos de Mejoramiento Continuo de la Calidad en las diferentes áreas del Sector Salud a lo largo de todo el territorio nacional.**

Se han desarrollado en los talleres impartidos 220 proyectos, pero hay evidencia de permanencia y continuidad de 120 proyectos a la fecha.

**AREA:** Atención domiciliar y comunitaria en red de servicios de salud

**SUB PROCESO:** Detección oportuna y prevención de eventos adversos que lesionen la seguridad del paciente, en el hogar y en la comunidad.

## **CREACION DE PROYECTOS EPQI SOBRE:**

- Optimización de la visita domiciliar
- Promoción del voluntariado comunitario
- Capacitación a cuidadores
- Orientación pacientes para autocuidado
- Formación de equipos interinstitucionales
- Egresos hospitalarios hacia la red de salud con criterios de calidad y oportunidad

**AREA:** Lactancia materna y atención segura al recién nacido

**SUB PROCESO:** Mejoramiento de la detección precoz de malformaciones u otras patologías que afecten al recién nacido.

**SUB PROCESO:** Mejoramiento en la prevención de la deshidratación del lactante recién nacido.

**SUB PROCESO:** Mejoramiento de la capacitación sobre prácticas seguras de lactancia materna en las unidades de recién nacidos hospitalarias.

## **ASESORIA A LA RED PARA LA CREACION DE PROTOCOLOS SOBRE:**

- Prevención de la deshidratación neonatal
- Promoción del alojamiento conjunto
- Capacitación a madres adolescentes o condiciones especiales
- Orientación a padres y visitantes en servicios de neonatología

**AREA:** Prácticas seguras y prevención de eventos adversos en el ámbito clínico

**SUB PROCESO:** Seguridad en la aplicación de medicamentos.

**SUB PROCESO:** Prácticas quirúrgicas seguras.

**SUB PROCESO:** Procesos de análisis clínicos seguros.

**AREA:** Prácticas seguras y prevención de eventos adversos en el ámbito administrativo y archivo

**SUB PROCESO:** Procesos de gestión clínica segura.

**SUB PROCESO:** Mejoramiento en el reporte al expediente clínico, para decisiones basadas en evidencia oportuna (laboratorio, radiología, etc.).

## **PAGINA DE INTERNET DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DEL CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Herramienta de apoyo para el análisis y divulgación de la gestión de Calidad en Salud en la CCSS por medio del sitio de Internet [www.binasss.sa.cr/seguridad](http://www.binasss.sa.cr/seguridad).

### **Detalle de los accesos y consultas realizados al portal de internet:**

Los lugares más consultados de la página de seguridad del paciente son los siguientes durante los años 2012 a 2014:

<a href="#">/seguridad/</a>	23	5.81 KB	7	7
<a href="#">/seguridad/capacitaciones.htm</a>	11	18.77 KB	9	10
<a href="#">/seguridad/articulos/PoliticadeCalidad-Ejemplos.pdf</a>	1302	37.88 KB	1163	1150
<a href="#">/seguridad/PoliticaCalidadPaciente.pdf</a>	152	4.56 MB	113	119
<a href="#">/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf</a>	136	136.58 KB	118	115
<a href="#">/seguridad/junta.pdf</a>	79	190.72 KB	66	68
<a href="#">/seguridad/articulos/Prevencion.erroresmedicacion.pdf</a>	52	28.78 KB	43	41
<a href="#">/seguridad/articulos/plantasmedicinales.pdf</a>	29	22.58 KB	23	25
<a href="#">/seguridad/foros.htm</a>	29	21.19 KB	26	25

## INICIATIVAS EN EL PRESENTE

- Monitoreo y asesoría permanente a los grupos que han generado proyectos EPQI Kaizen en todas las zonas, redes y niveles de la CCSS.
- Talleres EPQI Kaizen avalados por el CENDEISS: al menos 03 talleres al año para generar proyectos autogestionados.
- Divulgación de información sobre artículos y capacitaciones en gestión de la calidad en los servicios de salud y seguridad del paciente por medio del sitio de internet del programa.
- Talleres sobre metodología 5 eses y trabajo en equipo.
- Participación en proyecto de incubación de buenas prácticas clínicas en el HNN, titulado: ***Optimización de la visita clínica y el expediente de salud.***
- Divulgación permanente de la política institucional de Calidad y Seguridad del Paciente de la CCSS.

## PERSPECTIVA FUTURA

- Divulgación permanente de la política institucional de Calidad y Seguridad del Paciente de la CCSS.
- Monitoreo y asesoría permanente a los grupos que han generado proyectos EPQI Kaizen en todas las zonas, redes y niveles de la CCSS.
- Talleres EPQI Kaizen avalados por el CENDEISS: al menos 04 talleres al año para generar proyectos autogestionados.
- Divulgación de información sobre artículos y capacitaciones en gestión de la calidad en los servicios de salud y seguridad del paciente por medio del sitio de internet del programa.
- Talleres sobre metodología 5 eses, trabajo en equipo, prevención de riesgos clínicos.
- Divulgación y homologación en otras unidades de la CCSS del en proyecto de incubación de buenas prácticas clínicas en el HNN, titulado: Optimización de la visita clínica y el expediente de salud.

**PROGRAMA DE TRANSICIÓN NIÑO(A)  
ADOLESCENTE ADULTO(A) CON  
ENFERMEDADES CRÓNICAS A OTROS NIVELES  
DE ATENCIÓN DE LA CCSS.**

**POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD  
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**LINEAMIENTO 4**



**El Programa de Transición niño(a) adolescente adulto con enfermedades crónicas nace en la sesión 8331 de marzo de 2009**, en la que se encarga a la Gerencia Médica, que instruya al Director del Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente, sobre la responsabilidad de crear la plataforma institucional para mejorar dicho proceso y lo dota del Recurso Humano específico para cumplir con ésta labor.



Durante el año 2010, se incluye la Transición como parte de las metas del Plan Táctico del Despacho de la Gerencia Médica para el periodo 2010-2015.

**Objetivo: Fortalecer el proceso de Transición del Niño(a) Adolescente Adulto(a) con Enfermedades Crónicas a otros niveles de atención de la Seguridad Social brindando herramientas que promuevan la prevención de eventos adversos.**

En el nivel operativo, se inician las actividades con la conformación de un Equipo de Transición Local en un Plan piloto en el Hospital México, se formaliza el Equipo de Transición local del Hospital San Juan de Dios, y con el aporte de las experiencias adquiridas se redacta el Protocolo del Programa y es avalado por parte de la Gerencia Médica.

Esta Gerencia instruye a la Dirección de Red de Servicios de Salud, y a los Directores Regionales para que formen los Equipos de Transición Local y coordinar lo referente, en la Solicitud de Gerencia No 38388-2 fechada 23 de noviembre de 2012.

Durante el año 2013 y primer trimestre del 2014, se consolida una Red de colaboradores interdisciplinarios o Equipos de Transición Local conformados por un Profesional en Medicina, uno en enfermería y uno en trabajo social, distribuidos en los Hospitales de la Institución, excluyendo por su naturaleza el Hospital Nacional de Geriátria y el de las Mujeres.

Durante el año 2014 se fortalece el Quehacer de los Equipos Locales de Transición, capacitados en el nivel Hospitalario y se propuso que incorporaran en sus Agendas de Trabajo las gestiones que se derivan de éste Programa.

Además se incorporaron herramientas para la Gestión adecuada de Listados de usuarios enviados, que supervisen el acceso y la continuidad de la atención de ésta Población adolescente en los Hospitales.

Para el quinquenio 2014-2018, este rubro fue incorporado en la Evaluación del Desempeño de los Hospitales (Compromiso de Gestión) de la Institución.

**La Ficha Técnica para Hospitales** en el año 2014, inició la línea basal de la relación entre el Total de las inconformidades presentadas entre el Total de referencias enviadas. Para el año 2015 se evaluará la Tasa de Cambio en comparación con la línea basal.

**Las dos Fichas Técnicas para el Hospital Nacional de Niños**, evaluarán la **Oportunidad de la referencia** al Programa de Transición y la **Edad de la referencia** del adolescente con enfermedad crónica.

## **JUSTIFICACION**

La falta de acceso y continuidad en la atención médica del adolescente con enfermedad crónica que es referido a otro nivel de atención provoca un deterioro en su salud, produciendo eventos adversos por falta de adherencia al tratamiento, por falta de continuidad en la atención o por omisión de los aprendizajes obtenidos en su educación para la salud, además de un aumento en los costos asociados a los reingresos hospitalarios.

## **PLANIFICACION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL MEDIANO Y LARGO PLAZO**

En el documento denominado “2007-2012, una CCSS renovada hacia el 2025”, se incluye entre sus estrategias y lineamientos, acciones destinadas a prevenir los eventos adversos que pueden sufrir los adolescentes a nivel comunitario.

Algunas de las citas son las siguientes:

El fortalecimiento del modelo de atención integral en salud se convierte en una prioridad institucional, bajo el enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, que articule, racionalice, de coherencia **y continuidad a las acciones ejecutadas en los distintos niveles de atención de la red de servicios brindados a la sociedad.** (pág. 13)

La C.C.S.S. transformará de manera progresiva el “modelo de hospital tradicional” vigente, para avanzar hacia establecimientos más amigables con los usuarios y el ambiente; menos encerrados en sí mismos y con gran proyección a la comunidad; con procesos de asistencia clínica, debidamente protocolizados y en los cuales se aplica un enfoque de atención integral; y ejecutadas con un altísimo nivel de automatización; con un fuerte componente ambulatorio, **apoyado en sistemas de seguimiento y atención continua que reducen el período de internamiento y los reingresos.** En fin, hospitales articulados en red, entre sí y con los establecimientos de salud de menor complejidad, a los cuales apoyan de manera continua. (pág. 43)

Inicio de la implantación de un sistema eficaz de referencia y contra-referencia, que articule de manera eficiente la red de servicios de salud y **asegure la continuidad de la atención de los usuarios.** (pág. 43, 69)

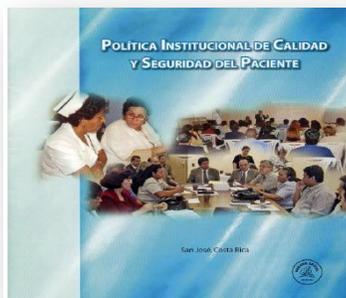
Establecer equipos interdisciplinarios de enlace y sistemas de telemedicina, entre los hospitales de alta complejidad y el resto de establecimientos, para **asegurar la continuidad de la atención de los pacientes crónicos**, acortar los períodos de internamiento y prevenir la hospitalización; asimismo para reducir la demanda de pacientes que pueden ser atendidos en unidades de menor complejidad. (pág. 45)

**Implementar en todos los establecimientos de salud de la C.C. S. S. la “Política de Hospital Seguro” y la “Política de Seguridad del Paciente”, que reúne los principales lineamientos, estrategias y resultados esperados, en materia de seguridad hospitalaria.** (pág. 48)

Ejecución y evaluación de al menos un proyecto piloto de conformación de equipos interdisciplinarios de enlace, entre un hospital nacional y las áreas de salud, como estrategia para asegurar **la continuidad de la atención de los pacientes crónicos**, acortar los períodos de internamientos y prevenir las hospitalizaciones innecesarias. (pág. 71)

**Socialización e implementación de las disposiciones que en materia de seguridad hospitalaria contiene la Política Institucional de Hospital Seguro y la Política de Seguridad del Paciente, en todas las instancias de la organización responsables de su cumplimiento.** (pág. 72)

## **POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**



En el documento de la Política se hace referencia en el Lineamiento No 4: ATENCIÓN DOMICILIAR Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA COMUNIDAD. (pág. 11)

En la estrategia 4.1 Garantizar la Seguridad del Paciente en la atención domiciliar y/o comunal entre los resultados esperados se mencionan que:

- Establecimientos de la CCSS, brindan cobertura total a los pacientes con calidad de vida limitada.
- Pacientes, familiares y cuidadores capacitados en autocuidado.
- Equipos de salud interdisciplinarios a nivel comunitario, capacitados y apoyando la atención domiciliar.

En este apartado se ubica el Programa denominado “Transición del niño(a) adolescente adulto con enfermedades crónicas a otros niveles de atención de la CCSS”. El que tiene como objetivo general: que el proceso de transición de la persona adolescente con enfermedad crónica, que es dada de alta en el Hospital Nacional de Niños y referida a otros Hospitales de la CCSS, se realice de manera oportuna, adecuada y con calidez humana.

## **ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS**

1. **Sesión 8331** Artículo 5 con fecha de 12 de marzo de 2009, declara la transición de la persona menor de edad con enfermedades crónicas a otros niveles de atención como “un asunto de alto interés y prioridad de la Institución”.
2. **Sesión 8358** del 18 de junio de 2009, Por consiguiente y considerando que se ha recibido el informe contenido en el oficio N° 23104-8 del 8 de junio en curso, firmado por la señora Gerente Médico, en relación con los factores claves de éxito para la transición del menor de edad al sistema adulto, el cual ha sido presentado por el doctor Orlando Urroz Torres, Subdirector del Hospital Nacional de Niños; que dicho informe revela resultados extraordinariamente positivos y ha sido altamente satisfactorio para la Junta Directiva, la Junta Directiva -en forma unánime- ACUERDA extender los beneficios de ese programa y, en ese sentido, encargar a la Gerencia

Médica la estructuración de lo que al efecto corresponda, para lo cual se presentarán los posibles requerimientos con el fin de fortalecer el proyecto, lo que será valorado en su oportunidad.

3. **Sesión 8497** del 10 de marzo de 2011, presentación para la rendición de cuentas de los “Logros y Retos Programa Nacional de Transición Niño – Adolescente –Adulto”.

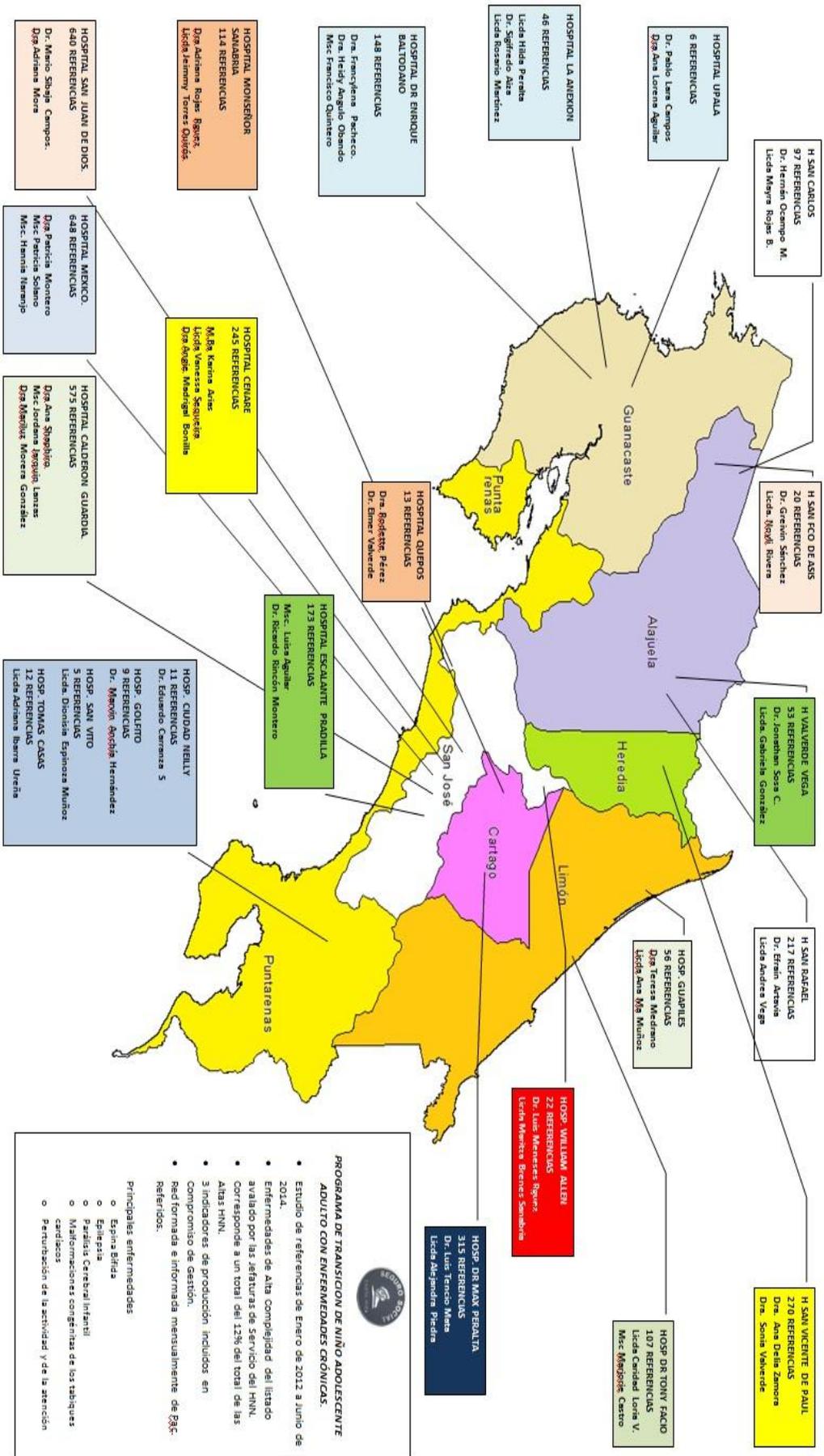
## **RECURSO HUMANO**

El recurso humano del Programa está compuesto por la Dra. Jannina Balma Castillo, coordinadora, el Lic. Miguel Meléndez Solano, enfermero y el Lic. Juan Carlos Umaña Rojas, administrador de Servicios de Salud, bajo la Dirección del Dr. Orlando Urroz Torres, con ubicación física en el Edificio de Especialidades Médicas del Hospital Nacional de Niños.

### **LOGROS DEL PROGRAMA: Creación de una Plataforma Institucional Responsable del Proceso.**

- Análisis de bibliografía internacional y redacción del Protocolo del Programa.
- Charlas de sensibilización con las autoridades de la Institución en sus diferentes niveles de complejidad.
- Reuniones con la Dirección de Red de Servicios de Salud para la disseminación y apertura de las autoridades de los Hospitales con el fin de definir un equipo interdisciplinario en cada Unidad, responsable de las actividades competentes al proceso de transición.
- Alianza estratégica con la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud que capture la Voz del Cliente por medio de las inconformidades recibidas en los Hospitales de la CCSS.
- Participación en el XII ENCUENTRO NACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MARCO DEL 70 ANIVERSARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL 01 AL 04 DE NOVIEMBRE 2011.
- Definición y evaluación de indicadores para las Fichas técnicas incluidas para la Evaluación del Desempeño de los hospitales.
- Se inicia con la Gerencia Administrativa, representada por la Dirección de Compras de Servicios de Salud, la definición de los indicadores para la Evaluación del Desempeño de Hospitales para el quinquenio 2014-2018, que medirá las acciones desarrolladas en éste tema en los Hospitales incluyendo dos fichas técnicas especializada para el HNN.

- Aval de la Gerencia Médica y la instrucción de formar una Red de colaboradores en los establecimientos sensibilizada y capacitada. En la Solicitud de Gerencia Médica 38388-2 fechada 23 de noviembre de 2012 se instruye a las Direcciones Regionales para que giren instrucciones a los Hospitales, con el objetivo de designar estos colaboradores, e incluir en sus procesos de trabajo las actividades que se derivarían de la transición del niño(a) adolescente adulto con enfermedades crónicas.
- Plan de Trabajo avalado por la Gerencia Médica.  
El 30 de enero de 2014, se recibe el aval del plan de Trabajo para el año 2014 en la nota GM-MDA-2130-14, en la que se recuerda la solicitud anterior y se menciona el atender e integrar los Equipos para cumplir con las necesidades del Protocolo, incluyendo la participación en las actividades programadas.
- Giras de capacitación a Hospitales  
Consolidación de un proceso de Formación y capacitación de personal de salud identificado por la Dirección médica de cada Hospital denominados Equipos de Transición Local, los que son conformados por profesionales de área médica, trabajo Social y enfermería principalmente en 25 Hospitales de la institución.



**PROGRAMA DE TRANSICION DE NIÑO ADOLESCENTE ADULTO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.**

- Estudio de referencias de Enero de 2012 a junio de 2014.
- enfermedades de Alta complejidad del listado avalado por las Jefaturas de Servicio del HNNL, corresponde a un total del 12% del total de las Altas HNNL.
- 3 indicadores de producción incluidos en Compromiso de gestión.
- Red Formada e informada mensualmente de EAG Referidos.

**Principales enfermedades**

- o Esquizofrenia
- o Parálisis Cerebral Infantil
- o Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos
- o Perturbación de la actividad y de la atención

- Base de datos de adolescentes dados de alta en el HNN.  
Consolidación de un Sistema de Información que almacena los datos de las referencias de los adolescentes con enfermedades crónicas dados de alta en el Hospital Nacional de Niños para su adecuado seguimiento en los Hospitales de Referencia.
- Fortalecimiento de la Toma de Decisiones y la comunicación con los Hospitales.  
Generación de informes mensuales con los Pacientes con enfermedades crónicas dados de alta del HNN, esta información va a ser insumo tanto para los Equipos Locales de los Hospitales como para la evaluación de los indicadores del desempeño de la Dirección de Compras de Servicios de Salud, quinquenio 2014-2018.
- Capacitación a los PACEC en temas como aceptación de la Transición, Deberes y Derechos de los Usuarios, brindando la educación de forma individual en la Oficina de Transición mediante el establecimiento del punto de control entre el Programa de Transición.
- Seguimiento e información a los PACEC de forma telefónica como un Proceso de contingencia a los usuarios que por alguna razón no vinieron a la oficina del Programa de Transición
- Monitorear la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios referidos.
- Incorporación de las inconformidades y gestiones recibidas en las Contralorías de Servicio, Direcciones de Hospitales y en el Programa, en coordinación con la Dirección Institucional de Contraloría de Servicios.
- Diseño, validación y autorización para la confección de material impreso para la información de las personas referidas denominado "Proceso de Transición Hospitalaria"  
Autorización de la impresión de 5000 brochures, en el que se desarrollan textos relacionados con: Aceptación de la Transición, importancia de la cita en el otro Hospital, Función de las Contralorías y cuando presentar una inconformidad. Este proceso fue validado por la Dirección Institucional de Contralorías, y es un insumo muy importante para el alcance de los objetivos de continuidad de la atención de los usuarios.
- Evaluación del Desempeño del Programa por medio del Modelo Malcolm Baldrige por el Ministerio de Planificación y Política Económica en el año 2011.
- Estudio retrospectivo de las referencias del 2012 al 2014, con el objetivo de realizar un Perfil de las referencias enviadas.

## **Retos del Programa**

- Fortalecimiento del Quehacer y el uso de la información enviada a los equipos locales de transición y con ello mejorar el Proceso de la Transición de los adolescentes entre el HNN y el hospital de referencia.
- Análisis de los listados mensuales de personas referidas con la finalidad de conocer la población y sus necesidades de manera proactiva.
- Trabajo intramuros en el H.N.N. por servicio, con el objetivo de sensibilizar al 100% de los servicios, en la importancia del proceso de transición.
- Medición de la percepción de los usuarios referidos en cuanto a la calidad de los servicios prestados y así evidenciar la problemática específica de esta población dependiendo de la zona o área de adscripción con el fin de realizar un diagnóstico de la misma, que sirva como herramienta para el mejoramiento de las condiciones que se ofertan dentro de la institución.
- Implementación de un Check List o un carné del PACEC, con el objetivo de poder universalizar los requerimientos y datos y que sirva de insumo para todas las especialidades indistintamente de la Unidad de Adscripción que atienda el usuario.
- Generación de espacios donde los equipos de transición locales, coordinen actividades en red por área de atracción, con el objetivo de solucionar problemáticas en común.
- Con una base de datos robusta generar espacios de capacitación en materia de insumos, medicamentos, y en temas diversos relacionados en transición.

## **ARTICULACIÓN DEL ARTE Y LA MUSICA CON GRUPOS DE ADOLESCENTES LÍDERES CON ENFERMEDADES CRONICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DE COSTA RICA.**

Dentro de esta articulación se considera un objetivo dirigido a impulsar la participación por parte de las personas jóvenes con enfermedad crónica, como respuesta a una búsqueda de oportunidades, de rescate de las capacidades y aptitudes de ésta personas, además como propósito implícito se encuentra el fortalecimiento e impulso de la autonomía e independencia, empoderamiento, el fomento de la formación de liderazgo, auto cuidado.

Para realizar esta labor desde un Hospital de la Seguridad Social se ha congregado a un equipo multidisciplinario de diferentes organizaciones tanto estatales como privadas,



con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, es decir tienen un objetivo común. Para el desarrollo de ésta estrategia en nuestro país, el Programa de Transición ha reunido a colaboradores gubernamentales de la Universidad de Costa Rica, en áreas como artes plásticas e ingeniería Industrial, la Universidad Nacional en áreas como Orientación y Música, el Sistema Nacional de Educación Musical con la dirección equipamiento y gestión de una Orquesta Sinfónica.

Con las Universidades se aprovechan las investigaciones hechas por graduandos de las Prácticas Dirigidas, tesis de Pregrado y grado de las Carreras antes mencionadas, insumos de vital importancia en el fortalecimiento del Programa.

Para el desarrollo de las actividades el Programa de Transición ha realizado incursiones en el diseño de espacios y actividades para la expresión artística, cultural y la recreación de las personas jóvenes con enfermedades crónicas, que nacen de sus necesidades e intereses, esta generación de nuevos espacios permite el desarrollo de las habilidades de esta población joven dotándoles de otras capacidades que les permitan nuevas formas de expresión.

En este Programa, se desarrollan acciones dirigidas a la organización de las siguientes actividades:

- Orquesta Sinfónica
- Movimiento Creativo
- Musicoterapia con personas con parálisis cerebral, con trastornos oncológicos, y hospitalizadas del servicio de Hemodiálisis en pacientes con trastornos renal crónico.

## LA ORQUESTA SINFÓNICA

### **Antecedentes:**

La idea inicial de crear una Orquesta Sinfónica en el Hospital Nacional de Niños, nace del Dr. Orlando Urroz Torres, Sub Director General del Hospital Nacional de Niños y Director del Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente, y responsable directo del proyecto como contraparte del HNN, quien ve en el proyecto un valor agregado, para ofrecer a la población juvenil con enfermedades crónicas del Hospital de Nacional de Niños, donde se prevengan los riesgos de eventos adversos, al ofrecérseles actividades que propicien su auto cuidado, la autoestima y la integración social.

Es así como se inician en julio del 2010, las conversaciones con la coordinación del Programa Música con accesibilidad para todos del SiNEM, se nombra un profesor, como



encargado del proyecto en este hospital. A partir de esto se inician las coordinaciones para la adquisición de los insumos necesarios para el inicio del proyecto.

**Objetivo General:** Desarrollar las habilidades musicales de los usuarios con enfermedades crónicas integrantes del proyecto, mediante el conocimiento y la interpretación de un instrumento musical, según sus características.

### **Resultados**

Según se puede constatar el impacto positivo referido por los padres y madres de familia de los estudiantes inscritos en el proceso es muy significativo, ya que con este proceso han mejorado muchos aspectos como concentración, relaciones interpersonales, disciplina, autocontrol y auto cuidado, liderazgo entre muchas otras.

## **MOVIMIENTO CREATIVO**

### **Justificación**

Consiste en implementar un taller de Movimiento Creativo, basado en la Expresión Corporal dirigido a los y las pre-adolescentes en transición, con limitaciones motoras derivadas de parálisis cerebral infantil (PCI), que siguen control en el Hospital Nacional de Niños. Hablar de danza o expresión corporal para niños y niñas con PCI, es hablar de una disciplina poco desarrollada en nuestro país. La Danza ofrece múltiples beneficios, fortalece la capacidad de movimiento, estimula la comunicación no verbal, permite la liberación emocional y facilita la relajación física, incrementa el conocimiento de sí mismo y eleva la autoestima.

El Programa Margarita Esquivel de la Universidad Nacional tiene el objetivo de brindar la oportunidad de utilizar la danza como un medio efectivo, en beneficio de poblaciones que requieren de apoyos especiales, como en el caso de los adolescentes con PCI, en período de transición del Hospital Nacional de Niños a otros niveles de atención.



### **Objetivo General**

Impartir talleres basado en las técnicas de expresión y movimiento corporal que beneficie a una parte de la población con Parálisis Cerebral Infantil, que se encuentran en período de transición.

**CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS**

**POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD  
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**



**LINEAMIENTO 5**



En los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social se realizan al año en promedio 177.223 cirugías, sin embargo, igual que en otros países de la región no se tiene información o datos adecuados sobre la magnitud de las complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico, es precisamente estos riesgos latentes y desconocidos los que obligan al sistema de salud público de Costa Rica a aplicar de manera obligatoria e inmediata la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras en todas las salas de operaciones de los hospitales de la Institución.

La lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras, es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias para reducir los riesgos evitables y que fue desarrollada por la OMS, presentaba un desafío importante para el Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente, pues su implementación requería una adaptación, socialización y porque no una evangelización y casi convencimiento a los actores involucrados en los procesos que se desarrollan en las salas de operaciones, sobre los beneficios que la misma representa para el paciente, profesionales y el mismo sistema de salud.

Una vez concluida ésta etapa, el instrumento ajustado en versión final es enviado a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social para su respectivo aval y, se comunique oficialmente a las direcciones generales de los hospitales sobre la aplicación impostergable y obligatoria de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras; además, se declare (desde enero del 2010) documento oficial del expediente médico (historia clínica) bajo el código 4-70-03-1610 y, ser adjuntado con la hoja de anestesia general, a fin de asegurar su aplicación.

Además, se dispuso que el documento final de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras, fuera de tres colores, lo que permitiera fácilmente recordarla y verificarla y con ello, asegurar el cumplimiento.

Caja Costarricense de Seguro Social  
Centro: \_\_\_\_\_ No. de expediente: \_\_\_\_\_

**Verificación de las Prácticas Quirúrgicas Seguras**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Antes de la Inducción a la Anestesia**

Se ha confirmado:

<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Identidad	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	NA	Síto Marcado
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Síto	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		Se realizó el control de seguridad anestésica
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Procedimiento	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		El permiso de paso se le ha cobrado al paciente y familia
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Consentimiento informado				

Información sobre el paciente:

<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Tiene el paciente alguna alergia conocida
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Presenta dificultad para intubación o riesgo de aspiración
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	NA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA ¿Se cuenta con el equipo y la asistencia necesaria?
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Presenta riesgo de pérdida sanguínea (obeso / frágil en sus vías)
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	NA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA ¿Se ha planificado acceso intravenoso adecuado y la administración de líquidos.

**Antes de la Incisión Cutánea**

<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Confirmar que todos los inventores del equipo se han presentado por su nombre y función
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El Cirujano, profesional de anestesia y la enfermera confirman verbalmente:
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	La identidad del paciente
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El sitio quirúrgico
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El procedimiento

**Aspectos Críticos Previstos**

<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El cirujano examina: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, duración de la operación y pérdida sanguínea prevista?
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El equipo de anestesia examina: Hay consideraciones específicas al paciente
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El equipo de enfermería examina: La cantidad del equipo y material incluidos los resultados de los estudios, y días consecutivos con el material
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	NA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	NA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Se muestran las imágenes radiológicas esenciales

**Antes de la Salida del Quirófano**

La enfermera verbalmente confirma con el equipo:

<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Nombre del procedimiento realizado
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Que el recuento del instrumental, paños, gases, frondas y agujas es correcto
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Robado de las muestras biológicas. (Incluido el nombre del paciente y número de expediente)
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Si hay problemas con el equipo o instrumental que requieren atención
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El cirujano, profesional de anestesia y la enfermera examinan los aspectos claves para la recuperación y manejo de este paciente

Nombre del Cirujano _____	Firma del Cirujano _____	Código _____
Nombre del Anestesiólogo _____	Firma del Anestesiólogo _____	Código _____
Nombre de la Enfermera _____	Firma de la Enfermera _____	Código _____

Guía 1010-010

### ***Campaña de sensibilización y selección de los equipos de trabajo en los hospitales:***

Con el escenario descrito, se procede con una campaña nacional de sensibilización y capacitación a los profesionales de cirugía, anestesia e instrumentistas y direcciones de los hospitales de la CCSS. Se capacitaron y se les dio talleres de entrenamiento sobre la aplicación correcta de la LVPQS a 300 profesionales (cirujanos, anestesiólogos, instrumentistas) de salas de operaciones de los 26 hospitales en los que se practican cirugías mayores, además, se les entrenó en el uso de herramientas básicas de calidad como EPQI, KAITE y Gestión de Riesgos Clínicos, a fin de que ellos mismos puedan identificar fallas y riesgos en los procesos y generar acciones correctivas que aumenten la seguridad en los procedimientos pre-operatorios, intra-operatorios y post-operatorios y, de esta manera formen parte del problema y solución a la vez.

En las capacitaciones a los equipos de trabajo de las salas de operaciones, se les explicó el protocolo que fue diseñado para la correcta aplicación de la LVPQS, y se normó entre otras cosas que:

- Verificar la inclusión de la LVPQS en el expediente, es competencia directa del anestesiólogo, pues es quien recibe en primera instancia al paciente cuando ingresa a sala de operaciones. Si la lista no se encuentra en el expediente médico desde su ingreso (en la cirugía programada), el anestesiólogo la incluiría al momento de adjuntar la hoja de anestesia.
- La parte inicial de la LVPQS “color amarillo” es responsabilidad intransferible del anestesiólogo y debe ser verificada antes de la anestesia al paciente.
- La parte medial de la LVPQS “color celeste” es responsabilidad intransferible del cirujano y debe ser verificada en un momento denominado “Pausa Quirúrgica” que es después de la anestesia, pero antes de la incisión cutánea.
- La parte final de la LVPQS “color azul” es responsabilidad intransferible del o (la) instrumentista y debe ser verificada después de la incisión cutánea, pero antes de la salida del paciente del quirófano.
- Se podía contar con un coordinador (ejemplo: la circulante, un médico general, etc) que chequeara o verificara la LVPQS, pero, cada uno de los profesionales seguían siendo los responsables respectivamente del correcto llenado y la firma del documento.
- La lista debía ser aplicada a toda cirugía mayor bajo anestesia general en quirófano.
- En los casos de cirugías de emergencias, si bien es cierto priva la salud del paciente, siempre y cuando que sea posible se debe aplicar la LVPQS.

Estratégicamente y en aras del efectivo cumplimiento del 5° lineamiento de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, el Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente firma un convenio o compromiso para la implementación correcta de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras con 26 centros hospitalarios de la seguridad social. Esto aseguraría un compromiso más directo con los equipos de trabajo en las salas de cirugías, por tanto, el mismo fue firmado por el director del hospital, directora de enfermería, jefe de cirugía, jefe de anestesia y jefe enfermera (o) de sala de operaciones.

Con el fin de monitorear, supervisar, evaluar y certificar el cumplimiento en la implementación de la LVPQS por parte de los hospitales, también se introdujo el indicador “CIRUGÍA SEGURA” en los compromisos de gestión hospitalaria que son evaluados anualmente por la Dirección de Compras de la CCSS. En este sentido, el PNCSP debe evaluar el grado de cumplimiento de la inclusión y calidad del llenado de la LVPQS a fin de cada año, tomando una muestra representativa y aleatoria de los expedientes de los pacientes que fueron operados en las salas de operaciones del período respectivo, los hospitales que obtengan un cumplimiento inferior al 85% (para el período 2012), no reciben la certificación de Cirugía Segura.

La implementación de la Lista de Verificación Prácticas Quirúrgicas Seguras (LVPQS) en los hospitales de la CCSS se programó por etapas.

## 1. Período 2010:

- Se tenía programado la **socialización de la lista de verificación de cirugía**. En esta etapa todos los hospitales (26) participantes fueron informados de la estrategia, tanto por el programa como por la misma Gerencia Médica de la CCSS, se excluyeron 3 hospitales por no realizar cirugías mayores.
- Los centros médicos participantes **firmaron el convenio** de implementación de la Estrategia Cirugía Segura – Salva Vidas. Este fue firmado por los directores generales, jefes de cirugía, anestesia, dirección de enfermería y la Organización Panamericana de la Salud.
- Se solicitó a los hospitales que conformaran el **Equipo Gestor de Sala de Operaciones (EGSOP)** con al menos tres integrantes (cirujano, anestesista e instrumentista), para que recibieran la capacitación e instrucciones precisas que garantizaran la correcta implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- Se capacitaron un total de **165 profesionales** (cirujanos, anestesiólogos e instrumentistas) que conformaban los Equipos Gestores de Sala de Operaciones (EGSOP). Este equipo tenía la responsabilidad intransferible de socializar y capacitar in situ al resto del personal de sala de operaciones.
- Se diseñaron **acrílicos y panfletos** de la Lista de Cirugía Segura, que fueron entregados a los EGSOP para que los colocaran en lugares visibles y de esa manera el personal recordara la aplicación de la lista de cirugía segura en todas las cirugías mayores que realizaran.
- Se evaluó para ese período la conformación y capacitación del EGSOP, el desarrollo de una estrategia a lo interno de cada centro que garantizara la implementación correcta de la lista de Cirugía Segura y la inclusión de la LVPQS en el expediente de los pacientes operados y, la autoevaluación del proceso.
- Los hospitales que cumplieron (**80.7%** de los 26 hospitales), recibieron la certificación de cirugía segura por el programa al haber cumplido con todos los requisitos.

## 2. Período 2011:

- La evaluación de éste período fue por “**autoevaluación**” de los hospitales, debido a la falta recursos logísticos para que evaluara el personal del programa.
- Se evaluó que los **26 hospitales** enviaran el proceso de implementación y autoevaluación de la aplicación correcta de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de los cirujanos, anestesiólogos e instrumentistas. Dicho documento fue certificado por la dirección general de cada hospital. Esta autoevaluación arrojó que cerca del **50%** de los hospitales obtuvieron un cumplimiento casi del 100%.
- El porcentaje mínimo de cumplimiento para poder certificar los hospitales fue de 80% para ese período.
- El **cumplimiento global (promedio)** en la aplicación correcta de la LVPQS fue de **69.3%** para ese período. Se certificaron el **61.5%** de los 26 hospitales; es decir, 38.5% no se certificaron por incumplimiento (ver gráfico 1).



## 3. Período 2012:

- A partir de enero 2012 se implementa la nueva Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras, la cual fue modificada en forma y fondo, de tal forma que se ajustara a las necesidades y demandas de los usuarios de la misma.



Fecha:	Hora:
--------	-------

### Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras

Nombre del paciente:	No. de expediente:
----------------------	--------------------

Antes de la Inducción a la Anestesia <b>Responsable Anestesiólogo (a)</b>	
<b>Se ha confirmado:</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Identidad del paciente	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Sitio Marcado
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Sitio quirúrgico	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Se realizó el control de seguridad anestésica
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Procedimiento	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El oxímetro de pulso se le ha colocado al paciente y funciona
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Consentimiento Informado y firmado	
<b>Información sobre el paciente y planificación:</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tiene el paciente alguna alergia conocida.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Presenta dificultad para intubación o riesgo de aspiración.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Presenta riesgo de pérdida sanguínea >500ml ( 7ml/Kg en los niños).	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA ¿Se cuenta con el equipo y la asistencia mínima necesaria?	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Se ha planificado acceso intravenoso adecuado y la administración de líquidos.	

Antes de la Incisión Cutánea <b>Responsable Cirujano (a)</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Cirujano confirma: que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función	
<b>El Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista confirman verbalmente:</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO La identidad del paciente	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El sitio quirúrgico	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El procedimiento	
<b>Pasos Críticos previos a la cirugía</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>El cirujano repasa:</b> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, duración de la operación y pérdida sanguínea prevista?	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>El cirujano confirma con Anestesiólogo (a):</b> Hay consideraciones específicas con el paciente	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>El cirujano confirma con Instrumentista:</b> La esterilidad del instrumental y equipo necesario.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA <b>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA <b>Se muestran las imágenes radiológicas esenciales.</b>	

Antes de la Salida del Quirófano <b>Responsable Instrumentista</b>	
<b>El (la) instrumentista confirma verbalmente con el equipo:</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Nombre del procedimiento realizado.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Que el recuento del instrumental, paños, gasas, torundas y agujas es correcto.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Rotulado de las muestras biológicas. (Incluido el nombre del paciente y número de expediente).	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Hay problemas con el equipo o instrumental que requieran atención.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista examinan los aspectos claves para la recuperación y manejo post operatorio.	

Nombre del Cirujano	Firma del Cirujano	Código
Nombre del Anestesiólogo	Firma del Anestesiólogo	Código
Nombre del Instrumentista	Firma del Instrumentista	Código

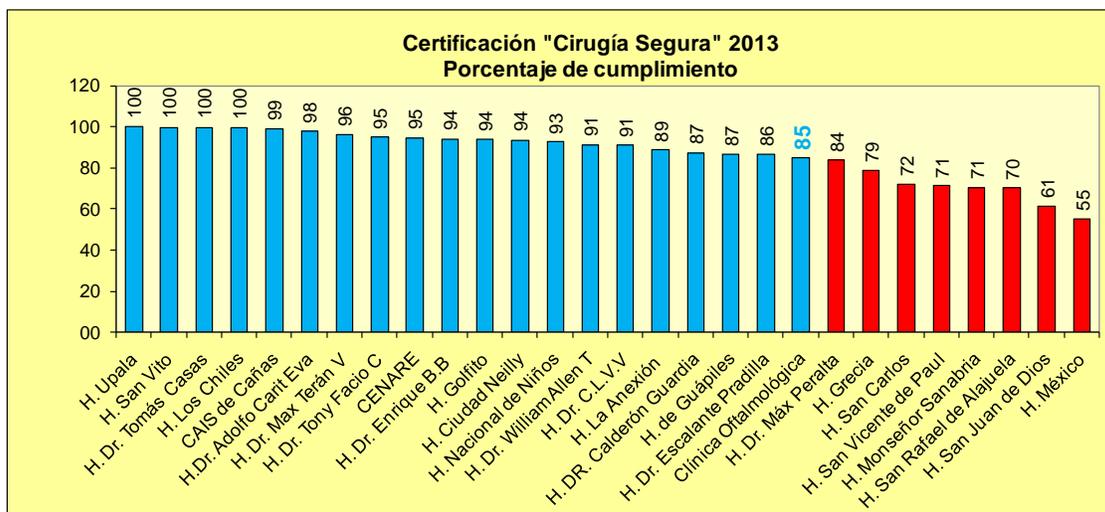
Código: 4-70-03-1610

- En el gráfico 2, podemos observar el porcentaje de cumplimiento que tuvieron los centros hospitalarios en el período 2012. El porcentaje mínimo para poder certificarles fue de 80% de cumplimiento en la aplicación correcta de la LVPQS. Como podemos observar en las barras rojas, de los 28 centros hospitalarios donde se realizan cirugías, el 32% de ellos no se certificaron en ese mismo período. En el año 2012, tomemos en cuenta que fue la época del terremoto que afectó seriamente el hospital de Puntarenas, sin embargo, no hay excusa alguna para no hacer las cosas con los criterios de calidad respectivos.

Gráfico # 2



Gráfico # 3



- Podemos ver en el gráfico #3 que para el año 2013, los centros médicos han presentado una mejora respecto al cumplimiento del 5° lineamiento de la Política de Calidad y Seguridad del Paciente. Tomemos en cuenta que para ese período

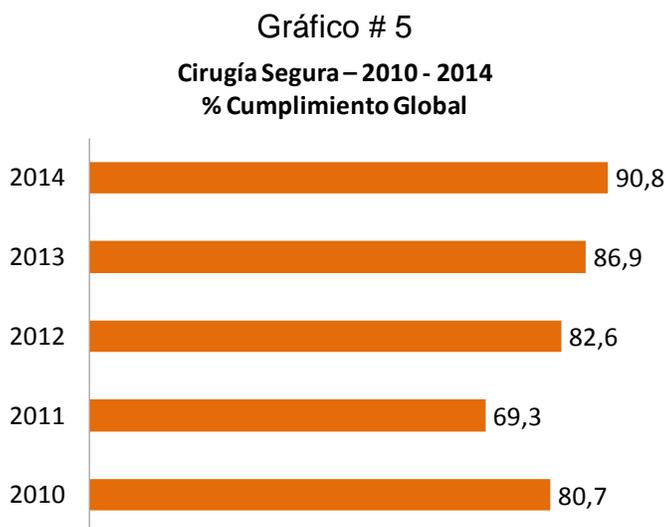
el porcentaje mínimo para certificarles fue de 85%. Para éste período, el CAIS de Cañas se retira del programa por no haber realizado cirugías en ese tiempo.

## PERÍODO 2014:

- Para éste período, presentaremos los resultados en su mayoría aglutinados de tal forma que podamos ver el cumplimiento más comparativo entre períodos.
- En el grafico 4, veremos el cumplimiento global del año 2014.



- Gráfico 5 muestra el cumplimiento global de la estrategia cirugía segura que han tenido los hospitales desde el año 2010.



- Los gráficos #6-7, muestran el cumplimiento de la verificación y firma de la Lista de Cirugía Segura por parte de los profesionales que realizan la cirugía. El gráfico #6 muestra que el personal que instrumenta tiene mejor cumplimiento, seguidos de los anestesiólogos y en último lugar los cirujanos. En general hay mayor cumplimiento en firmar la Lista de Cirugía, que el chequeo de los ítems de la misma; esto, en parte porque no verifican correctamente los ítems y firman la lista.

El gráfico #7, nos muestra que para el 2014 los resultados de cumplimiento mejoran sustancialmente en los tres grupos de profesionales, cabe destacar que los cirujanos tuvieron una mejoría de cumplimiento mayor a 5 puntos porcentuales entre 2013 y 2014.

Gráfico # 6

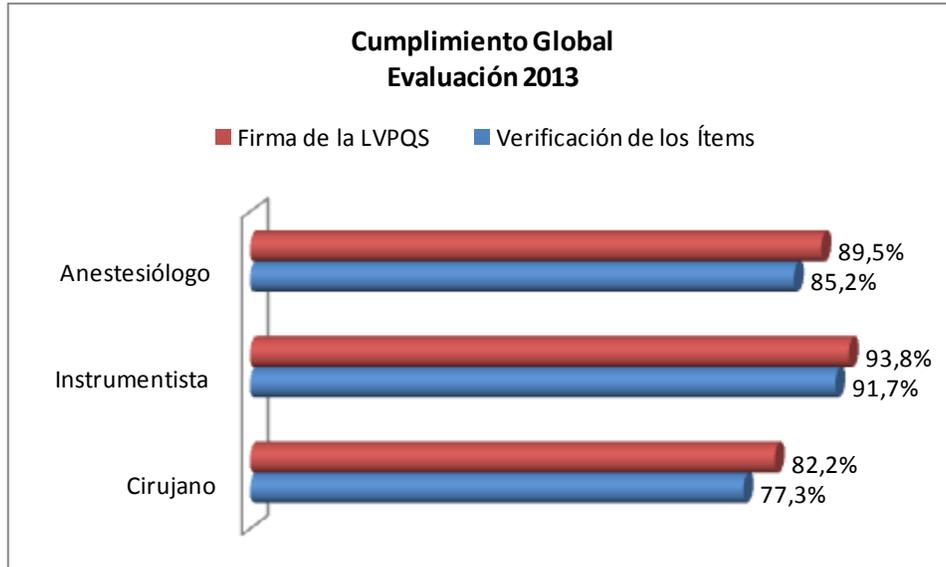
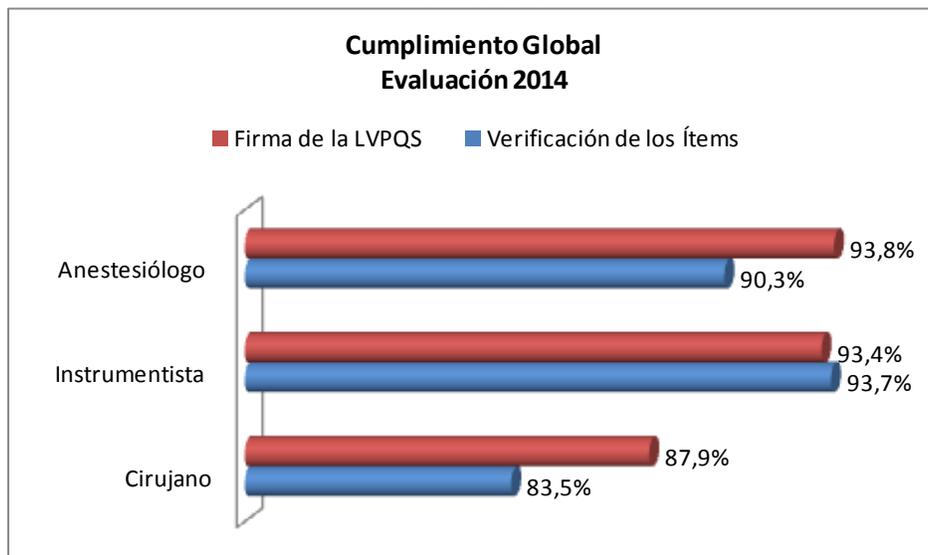


Gráfico # 7



- El gráfico #8 muestra que el 93.0% (2012) y 98.8% (2014) de los expedientes revisados de pacientes operados de cirugías mayores tenían incluida la Lista de Cirugía Segura, es decir, una mejoría de 5.8 puntos porcentuales en ese período. Sin embargo, para el 2014, el 1.2% (22) de los expedientes auditados (1.869 expedientes) no tenían la Lista de Cirugía Segura incluida.
- Respecto al cumplimiento en la identificación del paciente en la Lista de Cirugía, podemos ver que para el 2014 hubo una mejoría de 4.4 puntos porcentual respecto al año 2012, sin embargo, debemos reconocer que un 2% (2014) no tenían la identificación del paciente.

Gráfico # 8

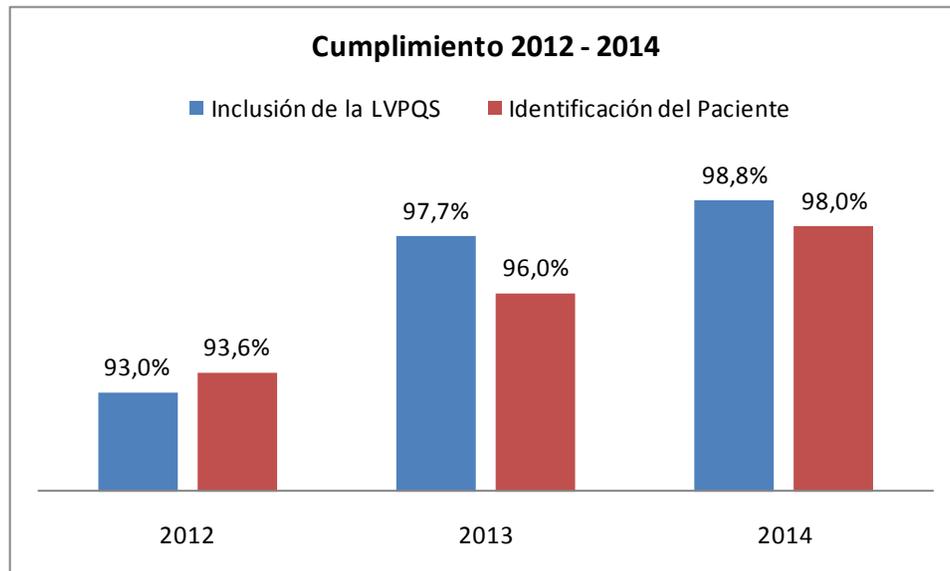


Tabla # 1  
**Porcentaje de cumplimiento por hospitales 2011 al 2014**

N°	CENTROS MÉDICOS	2011	2012	2013	2014
		Cumplimiento (a auto eval)	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento
1	H. San Vito	100,0%	94,8%	99,7%	99,6%
2	H. Upala	100,0%	97,5%	100,0%	99,4%
3	H. William Allen T	99,7%	85,9%	91,2%	99,3%
4	H. Dr. Adolfo Carit Eva	85,0%	95,9%	97,9%	98,7%
5	H. Dr. Tomás Casas C	95,2%	99,4%	99,6%	98,5%
6	H. Tony Facio C	0,0%	94,2%	94,9%	98,0%
7	H. La Anexión	100,0%	76,3%	88,6%	97,6%
8	H. Guápiles	100,0%	87,3%	86,5%	97,5%
9	H. CENARE	100,0%	92,2%	94,7%	97,1%
10	H. Los Chiles	0,0%	98,7%	99,5%	96,9%
11	H. Dr. Max Terán Valls	0,0%	92,4%	96,2%	95,7%
12	H. Dr. Enrique Baltodano	100,0%	90,8%	94,1%	94,0%
13	H. San Fco de Asis	99,8%	74,1%	78,7%	93,6%
14	H. Golfito	60,0%	91,5%	93,8%	92,1%
15	H. Dr. Carlos Luis Valverde	100,0%	84,0%	90,8%	91,4%
16	H. Ciudad Neily	85,0%	82,8%	93,6%	91,4%
17	H. Dr. Escalante Pradilla	0,0%	89,3%	86,4%	90,9%
18	H. Nacional de Niños	80,1%	86,2%	92,6%	90,0%
19	H. Dr. Max Peralta	7,9%	80,8%	83,6%	87,1%
20	H. Monseñor Sanabria	100,0%	68,9%	70,5%	82,6%
21	H. San Vicente de Paul	100,0%	74,8%	71,3%	82,5%
22	H. México	60,0%	54,7%	55,2%	81,7%
23	H. San Carlos	0,0%	69,8%	72,0%	77,0%
24	H. San Juan de Dios	60,0%	45,6%	61,2%	69,4%
25	H. San Rafael de Alajuela	76,5%	48,8%	70,2%	69,2%
26	H. DR. R A Calderón Guardia	93,1%	90,4%	87,4%	0,0%
27	CAIS DE CAÑAS		86,5%	99,0%	0,0%
28	Clínica Oftalmológica		79,2%	84,9%	0,0%

En la tabla #1, debemos decir que la Clínica Oftalmológica y CAIS de Cañas fueron evaluados hasta el 2012 cuando se incorporan al programa de cirugía segura, por ello, en el 2011 no tienen evaluación; sin embargo, para el 2014 la Clínica Oftalmológica, el CAIS de Cañas y Hospital Calderón Guardia no fueron evaluados.

En términos generales, podemos ver en la tabla # 1 que la mayoría de los hospitales presentan una mejoría importante y otros un efecto de meseta en el cumplimiento del 5° lineamiento de la Política de Calidad y Seguridad del Paciente de la Caja Costarricense de Seguro Social en el año 2014 respecto al 2012. Entre los más notorios fueron: Hospital William Allen Taylor 85.9% (2012) a 99.3% (2014); Hospital San Francisco de Asís 74.1% (2012) a 93.6% (2014); Hospital la Anexión 76.3% (2012) a 97.6% (2014); Hospital de Guápiles 87.3% (2012) a 97.5% (2014), Hospital Monseñor Sanabria 68.9% (2012) a 82.6% (2014); Hospital San Vicente de Paul 74.8% (2012) a 82.5% (2014); y Hospital México 54.7% (2012) a 81.7% (2014), éste último centro incremento en 27 puntos porcentuales el cumplimiento en la aplicación correcta de la Lista de Cirugía Segura.

Lamentablemente, para el 2014 tenemos centros médicos que presentan un estancamiento e incumplimiento en la aplicación correcta de la lista de cirugía segura y, por ende del 5° lineamiento de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. Entre los hospitales que no alcanzan el 80% de cumplimiento, tenemos: Hospital San Rafael de Alajuela 69.2%, Hospital San Juan de Dios 69.4% y Hospital de San Carlos 77%. Recalamos que el Hospital Calderón Guardia, como ya se mencionó, no fue evaluado ese año, pero si preocupa la reducción de 3 puntos porcentuales entre los años 2012 (90.4%) y 2013 (87.4%).

### **Análisis y estrategia de mejora futura:**

- a) El programa seguridad del paciente al no ser coercitivo solo puede recomendar a los centros médicos las alternativas de mejora, sin embargo, hay hospitales que no presentan cambios positivos en el cumplimiento de la implementación y aplicación correcta de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en los últimos 4 años (ver tabla #1).
- b) La evaluación y monitoreo continuo ha permitido alcanzar el grado de cumplimiento global del **91.0%**, por lo tanto, debemos mantener la vigilancia de este segundo reto mundial "*Cirugía Segura – Salva Vidas*".
- c) Pese al grado de incumplimiento global del **9%**, esperamos reducir la brecha en los tres siguientes años, de tal forma que para la evaluación del 2017 logremos que el 100% de las cirugías mayores realizadas en la CCSS se les aplique de manera sistemática y con criterios de calidad la Lista de Cirugía Segura.
- d) La Gerencia Médica ha tenido un papel importante al facilitar los recursos financieros y de logística para las evaluaciones anuales de la estrategia, sin ello, no hubiera sido posible tener el grado de cumplimiento alcanzado al 2014. Sin embargo, esta Gerencia debe instruir a los directores de los hospitales y clínicas mayores, que la aplicación de la Lista de Cirugía Segura no es opcional, que es un documento oficial

del expediente médico y de aplicación obligatoria en todos los pacientes que son sometidos a una cirugía mayor.

- e) Para este año, en la evaluación se miden dos indicadores de impacto con el fin de establecer las líneas basales en mortalidad postoperatoria [*temprana o tardía*] e infección del sitio Quirúrgico (post-colecistectomía [*laparoscópica o abierta*], hernioplastía inguinal y cesárea), claramente establecidas en las fichas técnicas de la Dirección de Compras de la CCSS.

## CONCLUSIONES

Este camino trazado, nos ofrece las oportunidades de pensar en el futuro, construyendo con las personas y para las personas, servicios de salud en constante oportunidad de mejora, escuchando siempre las necesidades y expectativas de nuestros pacientes y familiares, de quienes más sufren, creciendo a través de nuestro servicio y construyendo con nuestro personal sanitario servicios de salud cada día más humanos y competentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Allegranzi, B et al. (Octubre 2013). Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. Citado el día: 14 de julio 2015. Recuperado de: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(13\)70163-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(13)70163-4.pdf)
2. Aranaz, J.M. et al. (Junio 2011). Diseño del Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Citado el día 14 de julio 2015. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-dise%C3%B1o-estudio-ibeas-prevalencia-efectos-adversos-hospitales-90014962>
3. Bates, D et al. (Marzo 2010). IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Citado el día: 14 de julio 2015. Recuperado de: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)

4. Caja Costarricense de Seguro Social. (Mayo 2007). Una CCSS renovada hacia el 2025. Políticas Institucionales 2007-2012. Planeamiento Estratégico Institucional y Programación de Inversiones. Citado el día: 14 de julio 2015. Recuperado de: <http://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=15>
5. Caja Costarricense de Seguro Social. (Julio 2006). Política Institucional de Hospital Seguro de la Caja Costarricense de Seguro Social. Citado el día: 14 de julio 2015. Recuperado de: <http://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=7>
6. Caja Costarricense de Seguro Social. (Marzo 2007). Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. Citado el día: 14 de julio 2015. Recuperado: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/PoliticaCalidadPaciente.pdf>

## **ANEXOS**