

FACULTAD DE CIENCIAS TÉCNICAS Y EMPRESARIALES
CARRERA INGENIERÍA INDUSTRIAL

TRABAJO DE DIPLOMA

TÍTULO: PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE RIESGO EN EL POLICLÍNICO
RUDESINDO A GARCÍA DEL RIJO.

Nombre del autor: Anier Miguel Larrinaga Pérez

Nombre del tutor: Profesor Asistente, Ing. Dairon Quintero Rodríguez, Msc.

Sancti Spíritus

2019

PENSAMIENTO

“...la medicina tendrá que convertirse un día, entonces, en una ciencia que sirva para prevenir las enfermedades, que sirva para orientar a todo el público hacia sus deberes médicos y que solamente tenga que intervenir en caso de extrema urgencia, para realizar alguna intervención quirúrgica, o algo que escapa a las características de esa nueva sociedad que estamos creando.”

Ernesto Ché Guevara. Obras. 1957-1967

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a:

Todas aquellas personas que de una forma u otra supieron darme su apoyo incondicional para el desarrollo de esta investigación. En especial:

Le doy gracias a mis padres que con tanto sacrificio y empeño me supieron educar de la mejor forma y conducirme por el camino correcto.

A mi Madre querida que con ahínco, perseverancia, paciencia, entusiasmo y decisión fue el motor impulsor de todos y cada uno de mis logros.

A mi familia toda que siempre han estado para conmigo en todo momento, siendo la inspiración para ser cada vez más fuerte, mirar más allá de mis propias expectativas y sobre todo luchar para alcanzar mis propósitos.

A la vida por ser hoy una persona mejor.

A mi tutor Dairon por ser tan especial, por su dedicación y apoyo incondicional.

A los doctores del policlínico docente Rudesindo A García del Rijo.

A mis amigos en general que de una forma u otra han estado a mi lado.

A todos los profesores que han contribuido a mi formación universitaria.

DEDICATORIA

Dedico a:

Dedico este trabajo a quienes me han apoyado en todos estos años y han depositado su confianza en mí: En especial:

A mis hijos por ser el mayor de mis orgullos.

A mis padres por estar siempre cuando los necesito.

A mi familia por su ayuda interminable.

A quienes junto a mi han estado en los momentos de angustias y de alegrías.

A mi tutor por ayudarme y por tener una paciencia infinita.

RESUMEN

El presente trabajo se realizará en el policlínico docente Rudesindo A García Del Rijo con el objetivo de desarrollar un procedimiento que permita gestionar un análisis y evaluación de los riesgos presentes en las áreas de servicios, para detectar los fallos, su ocurrencia y sus consecuencias, además para prevenirlas y así poder tomar decisiones objetivas en el mejoramiento de los servicios médicos asistenciales. Para dar cumplimiento a este propósito se realiza un análisis bibliográfico sobre los temas relacionados con la gestión de riesgos como elemento clave de la gestión de la calidad, las normas y procedimientos vigentes sobre el tema. Para el desarrollo de la investigación se emplean técnicas como: observación directa, entrevistas, método, cuestionarios, diagramas de flujo y mapas de riesgo. Como principales resultados se encuentran: el diseño de un procedimiento para gestionar todos los posibles riesgos que se pueden presentar en un policlínico, que aplicado en el proceso facilitara la definición de los mismos, sus causas y sus efectos para la salud del paciente o los trabajadores del centro.

SUMMARY

The present work will carry out in the educational polyclinic Rudesindo A Garcia del Rijo with the objective to develop a procedure that permits promote an analysis and evaluation of the present risks in the areas of service, to detect the faults, your occurrence and your consequences, moreover to prevent and so can take objective decisions in the improvement of the medical welfare service. To give fulfillment to this purpose will carry out a bibliographical analysis on the related to procedures on the topic. For the development of the investigation, employ technical as direct observation, interview, method of expert, questionnaires, flux diagrams, and maps of risk. As main results find the design of a procedure to promote all possible risk that they can present in a polyclinic that applied in the process will facilitate the definition of the same, your causes and your effects for the health of the patient or the workers of the center.

Índice:

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.1 Introducción.....	5
1.2 Calidad.....	6
1.3 Gestión de riesgo.....	14
1.4 Gestión de la calidad en instituciones de salud pública.....	23
1.5 Gestión de riesgo como objetivo principal para la gestión de la calidad en instituciones de salud.....	26
1.6 Conclusiones Parciales.....	26
CAPÍTULO II: PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE RIESGO EN EL POLICLÍNICO Rudesindo A GARCÍA DEL RIJO.	28
2.1 Introducción:.....	28
2.2 Descripción del procedimiento para la gestión de riesgo en el Policlínico Rudesindo A García del Rijo.....	28
2.3 Etapa I: Preparación del estudio.....	30
2.4 Etapa II: Gestión de los riesgos en el Policlínico objeto de estudio.....	37
2.5 Conclusiones parciales.....	42
CAPÍTULO III: Aplicación del procedimiento para la gestión de riesgo en el Policlínico Rudesindo A García del Rijo.	43
3.1 Introducción.....	43
3.2 Etapa I: Preparación del estudio.....	43
3.3 Etapa II: Análisis modal de fallos y efectos.....	65
3.4 Propuesta de medidas correctivas, preventivas y/o de mejora.....	70
3.5 Conclusiones parciales.....	70
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS.....	76

INTRODUCCIÓN

Es conocido por todos que la salud es el bien máspreciado que posee todo ser humano, de ahí su empeño por mantenerla. Múltiples son los factores que influyen en esta donde juega un papel fundamental la prestación de servicios sanitarios los cuales están encaminados a garantizar mayores niveles de calidad de vida de la población aspirando a brindar servicios de excelencia (Caballano, 2009).

En Cuba la asistencia médica constituye uno de los grandes logros del proceso revolucionario puesto que reflejan grandes valores humanos y responden a las necesidades del pueblo fruto de la formación de profesionales de alto nivel comprometidos con la patria (Canacintraslp, 2010).

Uno de los sectores cubanos que más prestigio goza a nivel internacional es la salud, es por ello que no se debe escatimar esfuerzos para lograr este propósito y estar en la vanguardia en cuanto a la calidad de los servicios prestados (Rodríguez, de León & Gómez, 2016)

El garantizar la atención médica gratuita a toda la población cubana se convirtió desde los primeros momentos del triunfo de la Revolución en uno de los paradigmas sociales fundamentales. Esto se corresponde con la esencia humanista y de justicia social que caracteriza al proceso revolucionario (Toro, Bareño, Guzmán & Correa, 2012).

En la Constitución de la República de Cuba aprobada en el 2019 se evidencia en el artículo 72 cuando expone “la salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación” .(Constitución, 2019)

En los lineamientos de la política económica social del país también se evidencia la importancia que tiene el mejoramiento de la calidad en los servicios cuando se expone en el lineamiento 154 “elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios” (Lineamientos, 2011).

Para alcanzar un mejor estado de salud del pueblo el gobierno en conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) han desarrollado disímiles estrategias donde es determinante la calidad con que se brinda tan estimado servicio teniendo en cuenta el

grado de satisfacción del paciente junto con la seguridad y bienestar del personal involucrado en esta tarea (Cuatrecasas, 2000).

Con el cursar de los años y el avance de la medicina moderna se generan constantemente factores que representan riesgo para un adecuado desarrollo de las instituciones de salud, por lo que resulta imprescindible que el control de la calidad sea constante con el fin de minimizar los daños o evitar que estos ocurran donde actúa de forma determinante la alta dirección encargada de llevar a cabo la gestión de riesgo la cual en Cuba cobra mayor relevancia con el fin de disminuir los costos asociados a la ocurrencia de estos eventos (Feigenbaum, 2001).

Es responsabilidad de los trabajadores, funcionarios y directivos que ofrecer los servicios de salud están sustentados por los principios éticos, deben asumir una actitud responsable hacia la calidad de los servicios de salud se convierta en un principio de conducta cotidiana, expresada en el desempeño integral a partir de la sensibilidad humana y el elevado nivel científico y profesional, como resultado del desarrollo de ideas, valores y conocimientos (González, 2011).

Existe un marcado interés por parte de la alta dirección del país y del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en lograr un nivel elevado en la calidad de la atención médica, tanto primaria como secundaria, por lo que es necesario mantener un estricto control de la calidad sobre todo el sistema pues se asume que es más rentable prevenir los fallos de calidad que corregirlos o lamentarlos (Iñiguez, 2012).

El policlínico como institución de salud primaria tiene como objeto social brindar servicios de salud a los ciudadanos cubanos que la necesite, constando con las especialidades principales y modalidades definidas en el centro, Actualmente se cuenta con un personal especializado y los últimos adelantos en técnicas y equipos para brindar la atención que necesitan las pacientes.

La siguiente investigación se realiza en el Policlínico Rudesindo A García Del Rijo se encuentra ubicado desde su fundación en la parte sur de la ciudad de Sancti Spiritus, sito en Ampliación de Pancho Jiménez #153, perteneciente al Consejo Popular Colón, dicho centro ostenta la categoría de Centro Docente, donde se forman y se capacitan los futuros médicos, especialistas, técnicos y enfermeras que van adquiriendo experiencias y conocimientos paulatinamente, bajo la dirección de profesores de los

distintos niveles. Pero no siempre se alcanzan los resultados esperados por lo que la calidad del servicio recibido se ve afectada, además no se tienen en cuenta los diferentes riesgos que pueden generarse de manera general de acuerdo a las características de la institución, ya que estos se conocen de forma empírica y se tratan cuando la consecuencia puede ser de grandes proporciones.

Por lo antes expuesto se puede expresar como **Situación Problemática** que: En el policlínico docente Rudesindo A García Del Rijo la calidad de los servicios están afectados de una forma u otra por riesgos, documentos oficiales manuscritos a lápiz, lo cual repercute en los diferentes servicios, deficiente procedimiento en algunos de los servicios como laboratorio clínico, esterilización, fisioterapia, cuerpo de guardia entre otros, no tienen la calidad requerida los servicios de los análisis de sangre y orina, algunos diagnósticos no responden al verdadero resultado de los pacientes en estudio, se ha detectado la realización de técnicas de enfermería incorrectas.

Es necesario aunar todos los esfuerzos en el perfeccionamiento y mejoramiento de estas dificultades pues de ellas depende la calidad del servicio prestado, por lo tanto si se llegan a erradicar o reducir a niveles aceptables debidamente se contribuiría al logro de las metas trazadas convirtiéndose en un eslabón para el mejoramiento organizacional y el desarrollo del centro.

El problema de investigación: ¿Cómo gestionar los riesgos en el Policlínico docente Rudesindo A García Del Rijo de Sancti Spíritus que afectan la calidad de sus servicios?

Objetivo General:

Aplicar un procedimiento para la gestión de los riesgos en el servicio del policlínico docente Rudesindo A García Del Rijo de Sancti Spíritus

Objetivos Específicos:

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre las concepciones de la Gestión de Riesgos en instituciones hospitalarias.

Seleccionar el procedimiento para la gestión de los riesgos presentes en los servicios prestados del Policlínico docente Rudesindo A García Del Rijo de Sancti Spíritus.

Aplicar el procedimiento propuestos para gestionar los riesgos en los servicios que brinda el Policlínico.

En el desarrollo de la investigación se utilizó herramientas para la gestión de riesgo como el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). La tesis está estructurada de tres capítulos. El capítulo I muestra una revisión teórica de los conceptos fundamentales de la gestión de riesgo. En el capítulo II se describe el procedimiento que se aplica para la gestión de riesgo y en el capítulo III se muestra los resultados de aplicar el mismo en el policlínico objeto de estudio Rudesindo A García del Rijo de Sancti Spíritus.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Introducción

Para el desarrollo de un proyecto investigativo es primordial el análisis de la literatura especializada y actualizada pues esta constituye el fundamento teórico del tema en estudio. Este capítulo tiene como objetivo la búsqueda y análisis de información relacionada con la gestión de riesgo en instituciones de salud pública, teniendo como objetivo principal la calidad en los servicios. La estructura del mismo se muestra en la figura # 1, la cual constituye una representación gráfica y ordenada de los temas que son relevantes para el progreso del proyecto.

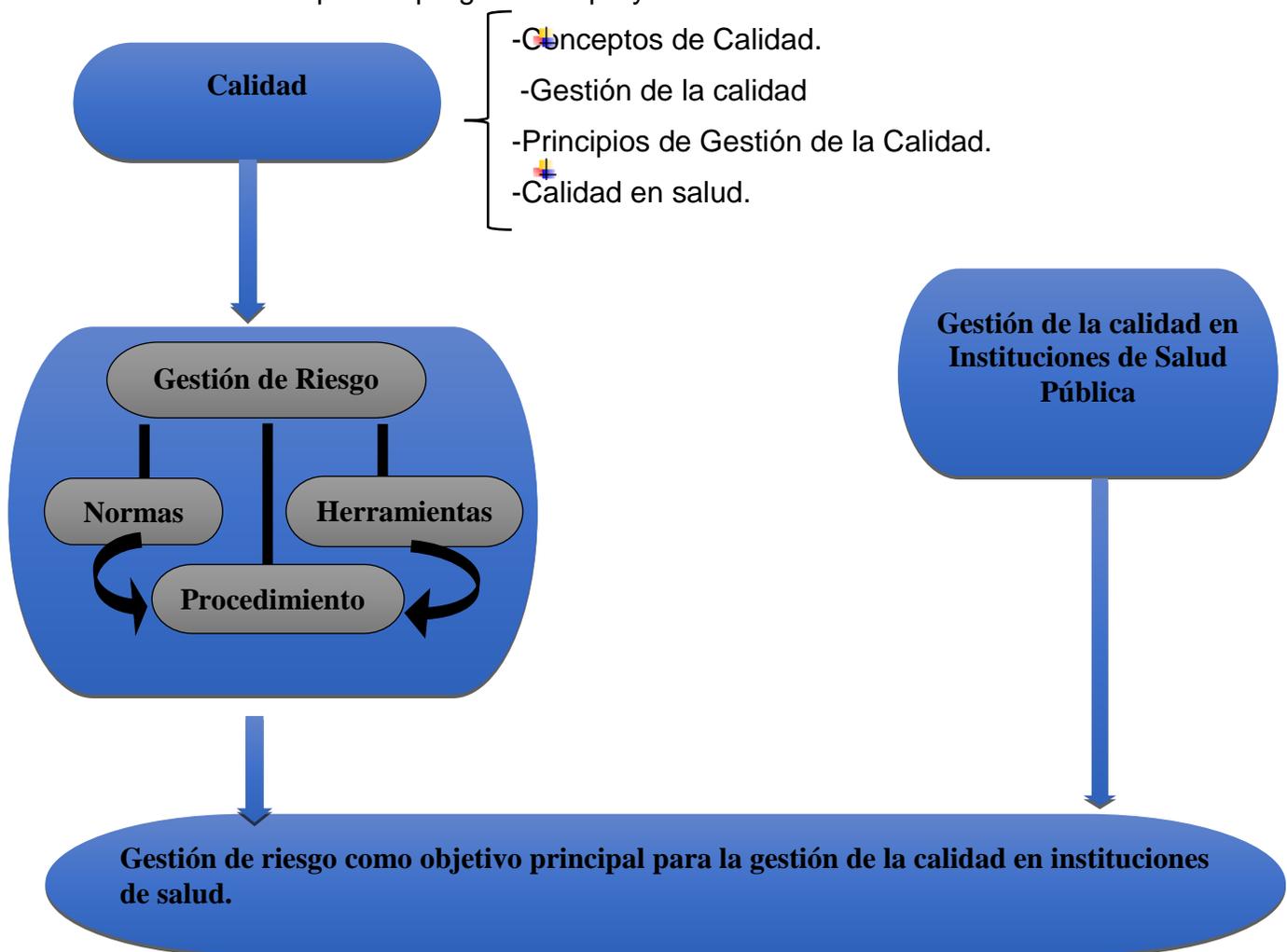


Figura # 1: Hilo conductor del marco teórico de la investigación.

Fuente: Elaboración propia.

1.2 Calidad

La gestión de la calidad de los servicios es un tema muy abordado hoy en día, pues con el paso de los años se han desarrollado nuevas formas para perfeccionar la prestación de los mismos teniendo como clave para el alcance de las metas la calidad, por lo cual resulta necesario hacer una pequeña reseña donde se aborden temas de interés sobre la misma (Jiménez, 2004).

La calidad es un término muy antiguo pues desde décadas pasadas se trabajaba por el mejoramiento productivo y la satisfacción de los clientes, ya que la misma representaba un indicador de gran importancia en el desarrollo y alcance del éxito en cualquier esfera (Ulloa, 2003).

1.2.1 Conceptos de calidad

Calidad es el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (NC-ISO-9000: 2005), por ser una norma certificada y reconocida a nivel internacional, aplicable a cualquier organización (Zambrano, 2007).

En las últimas décadas se han producido importantes cambios en cuanto a la concepción de la calidad y la creciente necesidad de eficiencia y eficacia en las diferentes organizaciones. Resultando necesario conocer algunos de los criterios expuestos por diferentes autores considerados gurúes en este campo. En la tabla # 1 se muestran los conceptos de calidad según diferentes autores.

Tabla # 1. Principales conceptos de calidad.

Fuente: Elaboración propia

Autor	Concepto
Conway, W	La calidad se alcanza al desarrollar la fabricación, administración y distribución de productos y servicios que el cliente quiera o necesite a bajos costos (Conway, 1988).
Juran, J.M.	Calidad consiste en no tener deficiencias (Juran, 1993).
Cuatrecasas, L	La calidad es el conjunto de características que posee un producto o servicio obtenido en un sistema productivo, así como su capacidad de satisfacción de los requerimientos del usuario (Cuatrecasas, 1999).
Deming, W. E.	Un grado predecible de uniformidad en dependencia con la

	proyección hacia el mercado (Deming, 1989).
Yamaguchi	La calidad debe ser mejorada constantemente, debido a las necesidades siempre cambiantes del mercado, por lo que su visión es muy dinámica (Yamaguchi, 1989).
Crosby, P.	Conformidad con las especificaciones o cumplimiento con los requisitos (Crosby, 1989).
Ishikawa, K.	En su interpretación más estrecha significa calidad del producto; pero en su interpretación más amplia significa calidad del trabajo, calidad de servicio, calidad de la información, calidad del proceso, calidad de la dirección, calidad de la empresa (Ishikawa, 1988).
Feigenbaum, A.V.	La resultante total de las características del producto y servicio en cuanto a mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento por medio de los cuales el producto o servicio en uso satisfará las expectativas del cliente (Feigenbaum, 1994).
Pérez Campdesuñer, R	La Calidad es el conjunto articulado de atributos esenciales que determinan el grado en que una entidad, resultante de acciones desarrolladas por determinados sujetos económicos, a lo largo de un ciclo de vida, logre propiciar la satisfacción de las necesidades de los clientes y la sociedad sin afectar el entorno y contribuyendo a los intereses organizacionales (Campdesuñer, 2006).
NC-ISO-9000: 2005	Calidad es el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (ISO 9000, 2005).

El término calidad puede aplicarse tanto en instituciones de producción como las que se dedican a la prestación de servicios siendo en estas últimas de vital importancia ya que muchas de ellas tienen contacto directo con el cliente el cual busca satisfacer sus necesidades y quedar complacido con la atención prestada , de ahí que la calidad en los servicios debe ser valorada desde dos puntos de vista, el objetivo y el subjetivo,

donde tienen igual relevancia la calidad con que se presta el servicio sin afecciones negativas al medio donde se desarrolla así como el grado de satisfacción del cliente contribuyendo al mejoramiento de su nivel de vida. Según Caballano (2009) el concepto de calidad debe estar presente a la hora de dirigir una organización puesto que esta determina el grado de satisfacción del cliente, la misma debe ser planificada, fabricada, controlada, asegurada y mejorada constantemente lo cual solo puede ser posible a través del empleo de un sistema de gestión de calidad.

1.2.2 Gestión de la calidad

Para que haya calidad en una organización, no es suficiente establecer los elementos de un concepto de la calidad, definirlo y apropiarse de él; para lograr la calidad es necesario planificarla, fabricarla, controlarla, asegurarla y mejorarla permanentemente. La alta dirección solo puede lograr la calidad si conoce y emplea verazmente la gestión de la calidad.

La cual es el conjunto de actividades de la función general de la dirección que determinan la política de la calidad, los objetivos, las responsabilidades, y se implantan por medios tales como la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y la mejora de la calidad dentro del marco del sistema de calidad (Caballano, 2009).

Para lograr una adecuada gestión de la calidad en una organización se deben aplicar conjuntamente los términos de eficacia y eficiencia, por lo que resulta necesario conocer sus definiciones:

Eficiencia: se refiere a la relación costo/beneficio de los procesos internos de una organización, o sea, entre recursos empleados y resultados obtenidos de manera que exista eficiencia cuando haya una correspondencia óptima entre insumos y productos (entre "inputs" y "outputs").

Eficacia: es el grado en que la organización procesa insumos para obtener productos que responden a las demandas y expectativas de los clientes o actores críticos de su entorno y, consiguientemente, las satisface.

La eficiencia estaría en el dominio de lo interno de la organización, mientras que la eficacia está en relación con lo externo. Esto quiere decir que la gestión puede alcanzar mayor eficiencia y productividad. Se puede reducir el gasto obteniéndose el mismo

número de productos, lo cual no implica que se haya sido eficaz, en otras palabras, se pueden alcanzar objetivos de manera eficiente, pero estos pueden ser inútiles (Canacintraslp, 2010).

Los procesos de gestión de la calidad, vistos por un gran número de altos directivos por lo general no se visualizan como opción o camino que permitan reducir drásticamente los costos, o que permitan lograr un aumento significativo de la productividad, la calidad y por consecuencia el logro de un aumento importante en las ganancias de la organización.

En Cuba, en los últimos años, se están dando los primeros pasos de avance en cuanto a este aspecto se refiere. Ya muchas empresas se preocupan y se ocupan de tener implantado un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), porque se han dado cuenta que si quieren llegar a un nivel de excelencia y ser competitivas dentro del mercado mundial, tienen que presentar productos o servicios avalados por normas internacionales que los prestigien, para lograr sobrevivir en un mundo cada vez más globalizado y dominado por las grandes potencias. Teniendo en cuenta la coyuntura económica por la que atraviesa el país, se debe destacar que en este aspecto queda mucho por hacer en materia de los SGC en las organizaciones.

El Sistema Nacional de Salud de Cuba, en cuanto a calidad de los servicios, goza de gran prestigio y muestra positivos resultados, pero las organizaciones de salud deben brindar evidencias objetivas de que cumplen requisitos de calidad, es por ello que deben poseer en la actualidad SGC que lo puedan corroborar. No cabe duda que el desarrollo de un enfoque basado en una cultura de la calidad y la implementación de SGC, de conjunto con las nuevas tecnologías, la revitalización de las unidades asistenciales, el liderazgo de los cuadros y la esmerada dedicación y esfuerzo de los trabajadores, garantizará el perfeccionamiento y fortalecimiento de los servicios de salud y conducirá a la excelencia que aspiramos (Vera, 2012).

1.2.3 Principios de Gestión de la Calidad

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes

interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión. Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño. En la tabla # 2 se muestran los elementos principales de la Gestión de la Calidad.

Tabla # 2. Principios de la gestión de la calidad. Fuente: (ISO 9001, 2015).

Enfoque al cliente	Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
Liderazgo	Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
Participación del personal	El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
Enfoque en procesos	Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
Enfoque de sistema para la gestión.	Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
Mejora continua	La mejora continua del desempeño global de la Organización debe ser un objetivo permanente de ésta.
Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones	Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor	Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.
---	---

Según Aguirre (2002) la gestión de calidad, otorga grandes beneficios a las organizaciones, ya que permite mejorar al máximo los diferentes procesos que se desarrollan dentro de las mismas. Es una estrategia que logra la concientización de cada uno de los individuos involucrados en la obtención ya sea de un bien, o servicio final para lograr alcanzar el posicionamiento del mismo en el mercado.

Es de gran utilidad para mejorar el ámbito tanto interno como externo de la empresa, porque busca la maximización de la utilización de todos los recursos para llegar a un fin común, como son los objetivos y las metas establecidas por la organización. En el ámbito interno permite la estabilidad y duración del personal en un cargo, ya que busca dar la mayor capacitación y motivación al mismo, para el desempeño de sus actividades y también lo prepara para los posibles cambios que se puedan generar a futuro en función de las necesidades del mercado.

Mejora los canales de comunicación entre los diferentes niveles de la empresa, logra concientizar al personal de tal manera, que se crea una cultura organizacional brindando un ambiente laboral adecuado para el desarrollo de las actividades. El valor agregado que proporciona en el tiempo es importante para generar niveles de satisfacción y desempeño para el crecimiento tanto personal como profesional de cada uno de los individuos (Moreno, 2010).

Permite realizar mejoras eficazmente por medio de la organización y el control de los procesos, implantar una cultura organizacional participativa que promueva constantemente la mejora continua, el personal es capacitado y motivado constantemente para el cumplimiento de los objetivos, da soporte para la obtención de la ventaja competitiva misma que será la diferencia ante la competencia, incrementa notablemente los niveles de confiabilidad por parte de los consumidores, además de la elaboración obligatoria de bases de información documentada que garantiza el manejo correcto de la empresa y permite una retroalimentación más eficiente identificando las posibles falencias sujetas al cambio, reduce los tiempos de producción y entrega del

producto final, brinda la oportunidad de cubrir la demanda adicional sin necesidad de incrementar el personal y optimiza los costos (ISO 9004, 2009).

En el ámbito externo, permite a la empresa participar de los mercados internacionales, aprovechando la innovación tecnológica para realizar mejoras continuas tanto en el producto, como en los procesos utilizados actualmente, optimizando la utilización de todos los recursos con los que se cuenta, mejora la imagen en el mercado.

La gestión de la calidad es un tema que compete a todos, por lo que se hace necesario que a partir de marcos conceptuales y normativos generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad para poder establecer el éxito en el cumplimiento de sus objetivos.

1.2.4 Calidad en salud

Esta definición de calidad en los servicios de salud resulta compleja, por lo cual ha sido objeto de muchos acercamientos, la dificultad radica principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción ya que depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional, entre otros factores (Fernández, 2011).

La calidad en el contexto de salud se define como un alto nivel profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios e impacto final en la salud, concepto que permite articular la visión de la calidad como una manifestación de la combinación de los principios rectores de equidad, eficacia, eficiencia y enfoque de satisfacción, los cuales tienen que tener una expresión concreta y objetiva (Jaramillo, 1998).

Constituye responsabilidad del sistema de salud mantener la calidad en la conducción del paciente durante su atención médica y la estancia de los trabajadores garantizando su seguridad en la institución, el confort, la limpieza del servicio, la alimentación, los avituallamientos y el suministro oportuno de los aseguramientos (Carnota, 2005).

El sistema de conservación, mantenimiento, reparación del inmueble y el logro de un medio ambiente libre de contaminación influye en la calidad de los servicios que se brindan; por tanto se hace imprescindible la generalización de los círculos de calidad a nivel de los servicios y departamentos, como células para la Gestión de la calidad. La

calidad de la atención médica se mide por la observación de los síntomas, por el proceso o por los resultados y para hacerlo es necesario establecer claramente la característica de calidad que se desea medir, por ejemplo grado de satisfacción, el cual se mide por indicadores de resultados y se compara con requisitos establecidos como expectativas de calidad, así como los métodos de búsqueda y medición que se han de utilizar. Pero la calidad se alcanza al volver al proceso de atención para conocer las causas del defecto identificado y erradicarlas. Es un valor que va más allá de la relación entre el médico y el personal de la salud con el paciente o los usuarios de los servicios de la salud.

Una cita que motiva a la reflexión es aquella de Matsushita que dice: “Mientras la calidad no sea un valor, no se incorpore a la mente de la gente, mientras la calidad no forme parte de la visión compartida de una organización, no habrá calidad” (García, 2010).

El ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta de los programas de planificación familiar: la buena atención ayuda a los individuos y a las parejas a cubrir sus necesidades de salud reproductiva en una forma segura y eficaz. Desde el punto de vista del paciente, para algunos, una consulta médica de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático, mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a oír los pormenores de los síntomas que aquejan al paciente.

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia, puesto que si no se tiene en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor.

Crecientemente, los programas de planificación familiar están estudiando formas de servir a una mayor cantidad de clientes continuos y de prestarles mejores servicios, dado que la calidad de los servicios suele influir en la toma de decisiones de las personas con respecto al uso de planificación familiar, por lo que puede ser el factor decisivo para las personas que desean evitar el embarazo, pero que están indecisos con respecto al uso de la anticoncepción (Vera, 2012).

Es importante la calidad en dicho sector porque mejora muchos aspectos de la atención sin necesidad de recursos adicionales, como: la distribución de funciones del personal, las relaciones entre el equipo de trabajo, se logran estándares superiores, mayor satisfacción de los clientes, mejores relaciones entre los trabajadores, pacientes y comunidades, mayor satisfacción de los trabajadores de salud y le proporciona al paciente el máximo y más completo bienestar.

Estas premisas del sistema de salud en Cuba ha permitido extender los servicios de salud especializados a todo el territorio nacional, prestar su ayuda a países que la necesitan, crear programas de atención que norman la conducta a seguir como el Programa del Adulto Mayor y el Programa Materno-Infantil, pero se debe señalar que ha faltado control por parte de los directivos, así como la ejecución de algunas tareas indicadas por el nivel superior.

Estas deficiencias se aprecian también en los hospitales ginecobstétricos, pues a pesar de la calidad de los servicios que se brindan, faltan acciones de gestión para resolver los problemas identificados, por ejemplo con la Atención Primaria de Salud para la realización de actividades de promoción y prevención que eviten complicaciones en las gestantes con repercusión en el embarazo y que necesiten de una atención especializada (Vera, 2012).

1.3 Gestión de riesgo

La concepción del riesgo es una abstracción de origen completamente humano. El concepto de riesgo, asociado con la idea de porvenir sin certeza, ha estado presente desde siempre en las sociedades humanas. Su propia concepción implica un devenir de los acontecimientos, en esta característica temporal radica la variabilidad que dificulta su predicción, así mismo, un acontecimiento que produce una consecuencia no deseada sobre el hombre está asociado al espacio físico donde este desarrolla sus actividades.

La palabra “riesgo”, ha tenido hasta la fecha diversas interpretaciones, en términos muy simples existe riesgo en cualquier situación en que no sabemos con exactitud lo que ocurrirá en el futuro.

El riesgo es “Combinación de la probabilidad de un evento y su consecuencia” ISO aclara que el término riesgo es generalmente usado siempre y cuando exista la posibilidad de pérdidas (resultado negativo)”.

Espiñeira and Sheldon (2005) definen el riesgo como: “La Posibilidad de que ocurra un acontecimiento que tenga un impacto en el alcance de los objetivos. El riesgo se mide en términos de impacto y probabilidad”.

Para Koprinarov (2005) lo definitivo en el riesgo es la incertidumbre. Según ellos el riesgo es “la incertidumbre en cuanto al potencial de pérdidas en el proceso de alcanzar los objetivos de la empresa.

Soldano (2008) define riesgo como la probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable, que una amenaza se convierta en un desastre. Lo cual se encuentra interrelacionado con factores culturales, históricos, políticos, socioeconómicos, ambientales.

Para (Madrigal, 2004) es la probabilidad que un peligro (causa inminente de pérdida), existente en una actividad determinada durante un período definido, ocasione un incidente con consecuencias factibles de ser estimadas.

Al analizar las diversas definiciones de riesgo se puede decir, que en estos tiempos es muy importante que las entidades, ya sean públicas o privadas, interioricen cómo manejar de la mejor manera este concepto, para así poder llevar a cabo su misión y por ende lograr sus objetivos planteados.

Una arista muy importante para las empresas de hoy en día es tener presente como medir y analizar los riesgos y como tenerlos bien identificados o por lo menos contar con herramientas que los puedan detectar y tratar, esto constituye un gran avance hacia la excelencia y el logro de las metas definidas.

La medida del riesgo abarca dos dimensiones básicas: la probabilidad de que se produzca la amenaza que nos acecha, que se puede expresar en términos de frecuencia o, mejor en términos de frecuencia relativa, y la severidad con que se produzca dicha amenaza.

El análisis de riesgo es una herramienta destinada a ordenar la toma de decisiones proporcionando un proceso lógico, estructurado y consistente, utilizado desde hace

mucho tiempo en distintas áreas de la ingeniería y la economía, este consta de tres etapas:

Identificación del peligro, evaluación del riesgo y gestión del riesgo. Siendo la evaluación del riesgo la etapa del análisis en que se intenta estimar el riesgo asociado a un peligro (Koprinarov, 2005). Se establece como válidos tanto el método de evaluación cualitativa como el de evaluación cuantitativa definiendo cada uno a partir de la forma como se expresa el resultado final del análisis; evaluación cualitativa del riesgo es aquella donde la probabilidad del incidente y la magnitud de sus consecuencias se expresan en términos cualitativos como alta, mediana, baja o insignificante, mientras que en la evaluación cuantitativa los resultados se expresan en cifras.

En contrapartida, es totalmente acertado afirmar que ningún método de evaluación del riesgo es aplicable a todas las situaciones y que, según las circunstancias, un método puede convenir más que otro. Hoy en día existen una serie de riesgos los cuales se pueden clasificar de diferentes formas:

Condiciones de Seguridad: se agrupan aquí todos los factores ligados las instalaciones, las máquinas y herramientas y a las características estructurales constructivas de edificios y locales. Ejemplos de ellos son los riesgos de incendio, eléctrico, protección de máquinas y herramientas, pisos, escaleras, aberturas. etc.

Riesgos ambientales: denominados también contaminantes y que de acuerdo a su naturaleza pueden ser:

- a) Químicos: gases, vapores, polvos, nieblas, humos, fibras.
- b) Físicos: ruido, frío, calor, presión, radiaciones ionizantes, no ionizantes.
- c) Biológicos: Virus, bacterias, hongos, etc.

Carga de trabajo: determinados por los requerimientos físicos o psíquicos que el trabajo exige a quien lo efectúa. Pueden clasificarse en:

Carga física: que a su vez puede ser estática (posturas forzadas sostenidas en el tiempo ej.: permanecer sentado, agachado o en posiciones incómodas) o dinámica (carga y descarga, caminar, ascenso y descenso de escaleras).

Carga mental: definida como el conjunto de elementos perceptivos, cognitivos y afectivos involucrados en el desarrollo de una actividad.

Riesgos Psicosociales: se incluyen aquí aspectos globales de la organización y contenido del trabajo. Entre ellos destacamos: tiempo de trabajo (jornadas y horarios), ritmos de trabajo, nivel de automatización, comunicación, estilos de conducción o gestión de la fuerza de trabajo, etc. Para ello es necesario efectuar una evaluación de riesgos que implica el reconocimiento de su existencia en el medio ambiente de trabajo, su ubicación y distribución, la identificación de su peligrosidad, la evaluación de sus efectos sobre la salud y la valoración de la exposición.

Ergonómicos:

Área de trabajo inmediata al trabajador: Disposición de controles que el hombre debe manejar: monitores, posturas y asiento del trabajador.

Condiciones de trabajo: Diseño de los protectores, demarcación de la zona de aislamiento, condiciones en que se realiza la tarea.

Condiciones organizacionales: Organización de los turnos, ritmos de trabajo, horario, pausas, entre otros.

Respecto a las condiciones de exposición a riesgos, se sabe que la presencia de un factor (agente) de riesgo requiere que se cumplan condiciones de exposición al mismo suficientes para determinar la aparición de alteraciones del estado de salud. Entre esas condiciones encontramos la concentración del agente en el medio ambiente de trabajo y el tiempo de exposición. Pero es bien sabido que no todos los individuos sufren consecuencias de igual modo frente a una determinada exposición. Existen cuestiones referidas a la variabilidad biológica propia de los seres humanos que hacen que lo que para unos resulte relativamente inocuo para otros sea altamente nocivo. No solamente el riesgo biológico es el que se encuentra en las instituciones, otro riesgo prioritario es el ergonómico, el cual es fundamental, teniendo en cuenta la carga y posturas que se debe tener al desempeñar cualquier actividad (Gonzalo, 2006).

Según Zambrano (2007) las empresas e instituciones prestadoras de servicio hoy en día operan en ambientes cambiantes y de alto nivel competitivo, caracterizados por factores tales como:

- Mayor índice de globalización en los negocios.
- Incremento del uso de tecnología de información.
- Reestructuraciones organizativas y reingeniería de los procesos.

- Constantes cambios en los mercados y la competencia, lo cual crea un nivel de riesgo e incertidumbre, por lo que se hace necesario tener un mayor control de los riesgos a través de la gestión. (Quincosa, 2005).

La gestión de riesgos, es un proceso a través del cual, se pretende lograr una reducción de los niveles de riesgo existentes en la entidad y fomentar procesos de construcción de nuevas oportunidades de producción y administración desde su diseño, que garanticen condiciones de seguridad para el futuro.

Como proceso, la gestión de riesgos no puede existir como una práctica, actividad o acción aislada. Más bien, debe ser considerada como un componente íntegro y funcional del proceso de gestión del desarrollo global, sectorial, territorial, urbano, local, comunitario o familiar.

Entre las principales definiciones se pueden resaltar las de Quincosa (2005) y Madrigal (2004):

- Es el proceso por el que los factores de riesgo se identifican sistemáticamente y se evalúan sus propiedades.
- Es una metodología sistemática y formal que se concentra en identificar y controlar áreas de evento que tienen la capacidad de provocar un cambio no deseado.
- En el contexto de un proyecto, es el arte y ciencia de identificar, analizar y responder a los factores de riesgo a lo largo de la vida del proyecto y en el mejor cumplimiento de sus objetivos.

En el año 1985, el Comité COSO publicó un nuevo Marco de Gestión Integral de Riesgo (“COSO” Enterprise Risk Management – Integrated Framework [La Dirección De Riesgo De La Empresa – El Armazón Integrado]) cuya definición fue:

“Gestión de riesgos es un proceso efectuado por el directorio, la administración superior y otros miembros de la organización, basado en la estrategia y a lo largo de la empresa, diseñado para identificar potenciales eventos que puedan afectar a la entidad y administrar el riesgo dentro de los rangos de aversión al riesgo aceptado por la entidad, para proveer una razonable seguridad en el logro de sus objetivos”.

La definición es amplia en sus fines y recoge los conceptos claves de la gestión de riesgos por parte de empresas y otras organizaciones, proporcionando una base para

su aplicación en todas las organizaciones, industrias y sectores. Se centra directamente en la consecución de los objetivos establecidos por una entidad determinada y proporciona una base para definir la eficacia de la gestión de riesgos.

Por otra parte el Subcomité de Gestión de riesgos, define la gestión de riesgos como:

“La intervención destinada a modificar las condiciones generadoras de riesgo con el fin de reducir los niveles del mismo y eliminarlo hasta donde sea posible. Involucra, además, el conjunto de acciones destinadas al manejo del desastre y a la reconstrucción post desastre, dentro de una perspectiva de reducción del riesgo. La gestión del riesgo busca el desarrollo de la capacidad de la sociedad y de sus actores sociales para modificar las condiciones de riesgo existente, actuando prioritariamente sobre las causas que lo producen”.

La gestión de riesgo no es sólo la reducción del riesgo, sino la comprensión que en términos sociales se requiere de la participación de los diversos estratos, sectores de interés y grupos representativos de conductas y modos de vida (incluso de ideologías y de perspectivas del mundo, la vida, la religión) para comprender como se construye un riesgo social, colectivo, con la concurrencia de los diversos sectores de una región, sociedad, comunidad o localidad concreta. La gestión de riesgo no es simplemente bajar la vulnerabilidad, sino la búsqueda de acuerdos sociales para soportar o utilizar productivamente los impactos, sin eliminar la obtención inmediata de beneficios (Gonzalo, 2006).

El proceso de la gestión de riesgos contempla genéricamente una serie de componentes, contenidos o fases que los actores sociales deben considerar en su aplicación y que pueden resumirse de la siguiente manera:

La toma de conciencia, la sensibilización y la educación sobre el riesgo.

El análisis de los factores y las condiciones de riesgo existentes en el entorno bajo consideración o que podrían existir con la promoción de nuevos esquemas, y la construcción de escenarios de riesgo de manera continua y dinámica. Este proceso exige el acceso a información fidedigna, disponible en formatos y a niveles territoriales adecuados a las posibilidades y recursos de los actores sociales involucrados.

El análisis de los procesos causales del riesgo ya conocido y la identificación de los actores sociales responsables o que contribuyen a la construcción del riesgo.

La identificación de opciones de reducción del riesgo, de los factores e intereses que obran en contra de la reducción, de los recursos posibles accesibles para la implementación de esquemas de reducción, y de otros factores o limitantes en cuanto a la implementación de soluciones.

Un proceso de toma de decisiones sobre las soluciones más adecuadas en el contexto económico, social, cultural, y político imperante y la negociación de acuerdos con los actores involucrados.

El monitoreo permanente del entorno y del comportamiento de los factores de riesgo.

La gestión de riesgos puede realizar una enorme contribución ayudando a la organización a gestionar los riesgos para poder alcanzar sus objetivos y permite a su vez un mayor enfoque interno en hacer lo correcto en la forma correcta, incrementa la posibilidad de que cambios en iniciativas puedan ser logrados, incrementa el entendimiento de riesgos claves y sus más amplias implicaciones y crea un mayor enfoque de la gerencia en asuntos que realmente importan.

Además la implementación de la gestión de riesgos es de un bajo costo, ya que existen en la actualidad un sin número de modelos a aplicar según la entidad, que van desde modelos generales como el Método Australiano Neozelandés aplicable a cualquier empresa hasta Software más sofisticados y dedicados a algunos riesgos específicos como es el caso de los riesgos del tipo TI (tecnológicos informáticos), los que son de un costo mayor (Corella, 1996).

Para implementar la gestión de riesgos en una entidad no hay que olvidar que una de las etapas más importantes es la de crear conciencia y sensibilizar al personal en la cultura de los riesgos, para que sean ellos mismos quienes puedan controlar y evaluar sus procesos, para que este proceso se desarrolle con óptima calidad y alcance su finalidad es necesario su asociación con las diferentes normas y herramientas que sostienen los procedimientos descritos para la gestión de riesgo mostrándose dicha relación en el Anexo # 1.

1.3.1 Normas para la gestión de riesgo

La gestión del riesgo es una de las actividades contenidas en el modelo de control COSO, y se entiende que es una de las mejores prácticas que actualmente se llevan a cabo en todo tipo de organizaciones a lo largo y ancho del mundo entero. Su finalidad

es que las organizaciones gestionen los riesgos tanto de su ambiente exterior como interior, con el fin de que mitiguen todos aquellos eventos que puedan impactar negativamente en el logro de sus objetivos y/o que potencialicen aquellos eventos que puedan impactar positivamente el logro de los mismos, por lo cual existen un conjunto de normas encargadas de guiar el accionar sobre estos eventos.

En Cuba una de las primeras legislaciones que se utilizó para el proceso de gestión de riesgo fue la Resolución 297, la cual define los requisitos para la implementación de un sistema de control interno, y dentro de estos precisa el componente: evaluación de riesgos. Dicha resolución hace mayor empeño en la retroalimentación interna a partir de la comunicación con los trabajadores, que en la externa, es decir con los clientes, proveedores, etc. Al realizar un análisis de la Resolución 297 se evidencia que esta no brinda herramientas necesarias para poder gestionar correctamente los riesgos, ya que ella solamente constituye un mecanismo de control y no específicamente de implementación.

Otras de las normas establecidas en nuestro país para tratar los riesgos es la Resolución 60/2011, que tiene por objetivo establecer normas y principios básicos de obligada revisión para la Contraloría General de la República y los sujetos a las acciones de auditoría, supervisión y control de este Órgano (Gómez, 2012).

La misma propone un sistema con acciones preventivas y sistemáticas las cuales serán efectivas para la eliminación de las causas que provoquen los riesgos, pero no brinda una herramienta capaz de gestionar los mismos que facilite el desarrollo de la resolución.

Por esta razón el autor decide utilizar los cuestionarios propuestos por el modelo COSO, los cuales pueden aplicarse tanto a la organización en general, para evaluar su funcionamiento y organización con respecto a los riesgos que pueden presentarse como a un proceso en específico.

1.3.2 Procedimiento para el tratamiento de los riesgos en instituciones de salud

Es evidente que con el desarrollo de las tecnologías y el avance en el sector de los servicios se incrementan cada vez más las posibilidades de ocurrencia de riesgos donde se hace necesario la existencia de mecanismos efectivos para identificar, medir y tratar los mismos por lo que fueron consultados un conjunto de procedimientos

relacionados con la gestión de riesgos entre los cuales se destacan el método australiano neozelandés, ISO 31000, Yorka Galarce y el HAZOP (hazard and operability (Peligro y operatividad)).

Después de realizar una comparación entre los procedimientos se decide por parte del autor el diseño de un procedimiento integrando algunas etapas y añadiendo otras que se consideren necesarias el cual resulte de mejor entendimiento, fácil implementación y que pueda aplicarse en todos los niveles de la organización ya sea estratégico u operacional, lo cual permitirá que este gestione de una forma efectiva y eficaz los riesgos en la institución donde se realiza el estudio. Para la correcta aplicación de un procedimiento se debe emplear una serie de herramientas que faciliten la recopilación, el procesamiento y análisis de la información, potenciando la veracidad de la misma.

1.3.3 Herramientas para la gestión de riesgos

Existen un grupo herramientas, algunas sencillas y otras con cierto grado de complejidad que se utilizan para gestionar la calidad y que sirven para la gestión de riesgos; las más utilizadas son las siguientes: gráfico de rachas, gráfico de varianza, gráficos de simetría, diagrama de Pareto, diagrama Causa-Efecto, diagrama Matricial, diagrama de Decisión, diagrama de Flechas, diagrama de Afinidad, diagrama de Relación, diagrama de Árbol, diagrama de Flujo, diagrama de Control, el Benchmarking, Despliegue de la Función Calidad (QFD), Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), entre otras. Estas herramientas son parte esencial del primer paso para la gestión de la calidad, siendo empleadas tanto en organizaciones de producción como de servicios.

Los aspectos fundamentales de algunas de ellas se muestran a continuación:

Diagramas de Causa-Efecto: se usa para organizar la información proveniente de una tormenta de ideas referente a las causas potenciales de un problema. Ello permite establecer relaciones entre dichas causas (Sorli & Ruiz, 2004).

Análisis modal de efectos y fallos (AMFE) es una metodología de trabajo en grupo muy estricta para evaluar un sistema, un diseño y/o un proceso en cuanto a las formas en las que ocurren los fallos, dirigido a lograr el aseguramiento de la calidad, que mediante el análisis sistemático, contribuye a identificar y prevenir los modos de fallo, tanto de un producto o servicio como de un proceso, evaluando su gravedad, ocurrencia y detección, mediante los cuales, se calcula el Índice de Prioridad de Riesgo (IPR),

conocido también como Número de Prioridad de Riesgo (NPR), para priorizar las causas, sobre las cuales hay que actuar evitando que se presenten dichos modos de fallo (Gonzalo, 2006).recomienda comenzar el AMFE cuando se realicen nuevos procesos o diseños, si los procesos o diseños actuales cambian sea cual fuere la razón, si se encuentran nuevas aplicaciones para los diseños o procesos actuales o cuando se busquen mejoras para los procesos o diseños actuales.

El análisis por árbol de fallos (AAF) evalúa uno por uno los fallos de un sistema (o subsistema), combinando múltiples situaciones, con el fin de averiguar los orígenes de los mismos. Puede utilizarse para establecer el camino hasta la causa raíz del fallo, investigar las reclamaciones o las desviaciones con el fin de conocer la causa desencadenante y asegurar que las mejoras pretendidas resolverán completamente la cuestión (Españeira & Sheldon, 2005).

Análisis de riesgos y puntos críticos de control (HACCP) ayuda a investigar sistemáticamente los riesgos y tenerlos bajo control. Analiza, evalúa, previene y controla los riesgos y las consecuencias adversas de los peligros debido al diseño, desarrollo, producción y utilización de los productos. Esta herramienta es utilizada mayormente en los procesos donde los productos deben poseer elevados niveles de inocuidad (Españeira & Sheldon, 2005).

Sin embargo esta entidad por pertenecer al sector sanitario donde el personal que labora en la misma no tiene conocimiento previo del trabajo con estas herramientas, se deciden utilizar herramientas más sencillas como las encuestas, la observación directa, las entrevistas, mapas de riesgo y un proceder propuesto por el modelo COSO el cual incluye aspectos como la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto hacia la entidad.

1.4 Gestión de la calidad en instituciones de salud pública

En el sector salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto

adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir entonces sin duda que esto constituye calidad de los servicios de salud (Ulloa, 2003).

El concepto de calidad de la Asistencia sanitaria, fue definido por Lee y Jones de la Universidad de Chicago en 1933 y así escribieron en su trabajo *The Fundamentals of Good Care* (Los fundamentos de buena atención): "...la buena asistencia médica enfatiza la prevención; exige una cooperación inteligente entre el público y los profesionales de la medicina científica; trata al individuo como un todo; mantiene una relación personal cercana y continua entre el médico y el paciente; funciona en coordinación con el trabajo social; coordina los diferentes tipos de servicios médicos y significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de las personas..."

Como se ve esta definición está basada en la medicina como disciplina científica y en aquel entonces hablaba de coordinación con el trabajo social. Donabedian en 1980 analiza la calidad como: "La propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados.

Esa propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en lo que es alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención con los valores sociales imperantes" Se dice también que calidad es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

Otra forma posible de definir la calidad según Williams (2011) es como el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente.

Fernández, (2011) plantea que la definición de calidad debe incluir una dimensión político-moral y se propone el término calidad en la asistencia sanitaria, definiéndolo como: "Satisfacer humana y desinteresadamente las necesidades sanitarias de la población con la más alta competencia profesional y un excelente desempeño, utilizando eficientemente todos los recursos que el estado ha dispuesto para ello, a la vez que se ocupa de la satisfacción de los trabajadores que prestan esos servicios."

Como se puede observar, las palabras clave son "Satisfacer Necesidades", "Humana y Desinteresadamente", ya que no se trata únicamente de las necesidades físicas, corporales u orgánicas, se trata también del ofrecimiento del afecto que todo ser humano necesita y lleva implícita la condición político-moral del que brinda el servicio.

La calidad en los servicios de salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio (Williams, 2011).

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible.

La medición y gestión de la calidad de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes. Calidad y eficiencia son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada.

La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen, por lo cual la gestión continua de la calidad en instituciones hospitalarias con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud brindando una posibilidad mayor de ofrecer un servicio de excelencia lo cual es de vital importancia en el sector sanitario (Jiménez, 2004).

1.5 Gestión de riesgo como objetivo principal para la gestión de la calidad en instituciones de salud

En las instituciones sanitarias convergen numerosos tipos de actividades como son la actividad asistencial de primer nivel o especializada, la hostelería, la actividad económico administrativa, la ingeniería y el mantenimiento los cuales son imprescindibles y de variadas características (Zambrano, 2007).

Debido a esta gran diversidad y a la complejidad inherente a todos los procesos que se ejecutan en las instituciones sanitarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores, desaprovechar recursos tanto humanos como materiales y el surgimiento y desarrollo de variados riesgos que dificultan una adecuada prestación de los servicios. Por lo que se hace necesario una gestión de riesgos la cual es definida por Quincosa (2005) como la utilización de todos los medios disponibles y de la información generada como un antecedente histórico, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer mejor los riesgos que existen y que se han presentado, por qué, con qué frecuencia y su gravedad relativa en los diferentes procesos y procedimientos en los distintos servicios y unidades tanto clínicas como administrativas.

De esta manera se podrá disminuir los riesgos y sus consecuencias físicas, psíquicas y económicas en los pacientes, familiares y personal sanitario, cumpliendo así con la finalidad de mejorar la calidad, seguridad, humanidad, eficacia y eficiencia. La gestión de riesgos aportará una visión y herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar un procedimiento para la identificación, análisis y evaluación de riesgos contribuyendo considerablemente a una gestión de la calidad acorde a las necesidades de los clientes y a la mejora de la calidad asistencial.

Además esta busca el desarrollo de la capacidad de la sociedad y de sus actores sociales para modificar las condiciones de riesgo existente, actuando prioritariamente sobre las causas que lo producen (Moreno, 2010).

1.6 Conclusiones Parciales

En Cuba la gestión de la calidad en las instituciones de salud constituye un tema al cual se le está dando gran importancia por ser vital a la hora de prestar un servicio tan complejo como el de salud, la cual otorga grandes beneficios a las organizaciones, ya que permite mejorar al máximo los diferentes procesos que se desarrollan dentro de las

mismas y logra la concientización de cada uno de los individuos involucrados en la obtención ya sea de un bien o servicio final.

La gestión de riesgos en los procesos claves de las entidades de salud debe realizarse de una forma sistemática y adecuada porque minimiza la ocurrencia de eventos desfavorables que pueden afectar tanto a los clientes como a los encargados de prestar los servicios lo cual repercutiría negativamente en el logro de los objetivos institucionales.

La utilización de la herramienta Análisis Modal de Fallos y Efectos, posibilita mejorar la imagen del Policlínico ya que permite la identificación de las fallas que pueden ocurrir en el servicio objeto de estudio y facilita centrar el control en las actividades de mayor riesgo.

CAPÍTULO II: PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE RIESGO EN EL POLICLÍNICO RUDESINDO A GARCÍA DEL RIJO.

2.1 Introducción:

El presente capítulo tiene como objetivo dar solución al problema científico de la investigación, a través del procedimiento para la gestión de riesgo en el Policlínico Rudesindo A García del Rijo el cual permite determinar y evaluar las fallas potenciales así como las causas que las provocan y el efecto producido por estas e identificar los riesgos de que estas fallas ocurran. Esta herramienta contribuirá a mejorar el desempeño del Policlínico pues se conocerán las actividades sobre las cuales deben encaminarse los esfuerzos de mejora al determinar las fallas de mayor incidencia en el servicio objeto de estudio.

2.2 Descripción del procedimiento para la gestión de riesgo en el Policlínico Rudesindo A García del Rijo

Se seleccionó el procedimiento de (Vera ,2012) el cual se basa en la herramienta de gestión de riesgos Análisis Modal de Fallos y Efecto (AMFE). El AMFE permite la identificación, evaluación y prevención de los posibles fallos y sus respectivos efectos, documenta el conocimiento existente y las acciones sobre riesgos o fallos que deben ser utilizadas para lograr una mejora continua y asegura que cualquier fallo que pueda ocurrir no cause daño al paciente o tenga un impacto grave en el sistema. Este procedimiento se implementó en Hospital “Mariana Grajales” en Santa Clara. (Vera, 2012). A continuación se exponen algunos aspectos relacionados con la concepción teórica del procedimiento propuesto.

2.2.1 Premisa fundamental para la construcción del procedimiento

El procedimiento para la gestión de los riesgos en el servicio del Policlínico, precisa para su implementación de la existencia de una caracterización y del conocimiento de las especificaciones del servicio objeto de estudio.

El objetivo general del procedimiento para la gestión de los riesgos en los servicios que ofrece el Policlínico es conocer el funcionamiento de sus procesos, a través de la determinación y evaluación de las fallas potenciales así como las causas que las provocan y el efecto producido por ellas, la identificación de los riesgos y la propuesta del control de la calidad para minimizarlos como parte de las acciones de mejora.

2.2.2 Principios que sustentan el procedimiento

El procedimiento para la gestión de los riesgos en el servicio que presta el Policlínico se sustenta sobre los siguientes principios:

- Mejoramiento continuo: susceptibilidad a las mejoras basadas en la retroalimentación de los resultados obtenidos en cada período que se evalúe.
- Sinergia: capacidad para involucrar a todos en el cumplimiento de los objetivos y en el alcance de las metas de los procesos.
- Parsimonia: existencia de una armonía entre los pasos del procedimiento que permite llevar a cabo un proceso complejo de forma relativamente sencilla.
- Apertura: capacidad de relacionarse con el resto de los sistemas, lo cual posibilita asimilar de manera rápida los cambios del entorno y adaptarse a ellos.

2.2.3 Ventajas del procedimiento

Las ventajas que proporciona el procedimiento para la gestión de los riesgos en el servicio prestado por el Policlínico son las siguientes:

- Permite un mejor conocimiento interno y contribuye a encontrar los problemas de una manera muy eficiente ahorrando tiempo y recursos.
- Fomenta el trabajo en equipo y el compromiso de todo el personal concientizando a los trabajadores con el estado actual de la institución.
- Proporciona una estructura lógica a la problemática a partir del análisis de los procesos facilitando la toma de decisiones.
- Identifica las áreas potenciales de desarrollo organizacional creando los elementos de análisis para el desarrollo de planes futuros y manteniendo la mejora continua tras su aplicación.
- Posibilita el avance de las Buenas Prácticas Organizativas aumentando de forma continua la eficacia de la organización.
- Como metodología es muy clara y contiene elementos que pueden ser combinados con otras metodologías para crear enfoques particulares más eficientes.

- Evita las ideas erróneas que poseen algunas organizaciones cubanas sobre la gestión de la calidad, especialmente en el sector de la salud, tales como: desestimar el empleo de herramientas de la ingeniería industrial en sus procesos como apoyo a la mejora de la calidad.

El procedimiento propuesto consta de modo general con dos etapas según se muestra en el Anexo # 2.

2.3 Etapa I: Preparación del estudio

Para la preparación del estudio se deben desarrollar una serie de actividades que van desde la conformación del equipo de trabajo hasta la identificación de los requisitos de funcionamiento en el servicio del policlínico de forma general.

2.3.1 Paso 1: Conformación del equipo de trabajo

En este paso se conforma el equipo de trabajo que tiene como función la aplicación del procedimiento propuesto. Para ello deberán seleccionarse, como miembros del equipo especialistas con conocimientos sobre gestión de la calidad, seguridad y medio Ambiente.

Los cuales tienen que ser capaces de realizar las siguientes tareas:

Organizar y dirigir el trabajo de los expertos (es una tarea específica del jefe del equipo de trabajo).

Recopilar la información necesaria para desarrollar cada una de las etapas del procedimiento.

Realizar los cálculos y análisis incluidos en cada etapa. Otro aspecto a determinar en este paso es el número de expertos a emplear durante la aplicación del procedimiento y la selección de estos.

Para la determinación y selección de los expertos se emplea el procedimiento presentado por Hurtado de Mendoza (2003).

1. En este método la selección de los expertos se realiza mediante la aplicación de un procedimiento cuyas etapas se describen a continuación:

Para la selección se determina el número de expertos necesarios, mediante la siguiente ecuación.

$$M = \frac{p * (1 - p) * k}{i^2}$$

Donde:

M : Número de expertos

i : Nivel de precisión deseado

P : Proporción estimada de errores de los expertos

k : Constante cuyo valor está asociado al nivel de confianza elegido, estos se muestran en la tabla # 3.

Nivel de confianza (%)	α	$Z_{\alpha/2}$	Valor de K
99	0,01	2,57	6,6564
95	0,05	1,96	3,8416
90	0,10	1,64	2,6896

Tabla # 3 Valores de K según el nivel de confianza.

Fuente: Hurtado de Mendoza (2003)

2. Elaboración de una lista de candidatos a expertos que cumplan con los requisitos necesarios para el estudio.

Teniendo en consideración estos requisitos se reúnen un conjunto de candidatos que se ubican en una tabla como la que se muestra a continuación. Tabla # 4

No	Expertos	Cargo o puesto	Años de experiencia
...			

Tabla # 4. Lista de candidatos para seleccionar el grupo de expertos.

Fuente: Hurtado de Mendoza, 2003.

3. Determinación del coeficiente de conocimiento de cada candidato.

Realizar una valoración sobre nivel de experiencia, evaluando de esta forma los niveles de conocimiento que poseen sobre la materia. Es un método de autoevaluación totalmente anónimo. En una encuesta se le pide al personal que marque con una (x), en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que tiene sobre el tema se muestra en el Tabla # 5.

Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tabla # 5. Grado de conocimiento que corresponde a los expertos.

Fuente: Hurtado de Mendoza, 2003.

A partir de aquí se calcula el coeficiente de Conocimiento o información (K_c), a través de la ecuación 2:

$$K_c = n(0,1)$$

Donde:

Kcj: Coeficientes de conocimiento o información del experto "j"

n: Rango seleccionado por el experto.

4. Se realiza una segunda pregunta que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar (marca con una X).

Nº	Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
1	Análisis teóricos realizados por usted			
2	Experiencia obtenida			
3	Trabajos de autores nacionales			
4	Trabajos de autores extranjeros			
5	Consultas bibliográficas			
6	Cursos de actualización			

Tabla # 6. Aspectos para determinar el coeficiente de argumentación.

Fuente: Hurtado de Mendoza, 2003.

Se determinan los aspectos de mayor influencia. Las casillas marcadas por cada experto en la tabla se llevan a los valores de una tabla patrón. Tabla # 7

Nº	Fuentes de argumentación	Alto	Medio	Bajo
1	Análisis teóricos realizados por usted	0.3	0.2	0.1
2	Experiencia obtenida	0.5	0.4	0.2
3	Trabajos de autores nacionales	0.05	0.05	0.05
4	Trabajos de autores extranjeros	0.05	0.05	0.05
5	Consultas bibliográficas	0.05	0.05	0.05

6	Cursos de actualización	0.05	0.05	0.05
---	-------------------------	------	------	------

Tabla # 7. Patrón para determinar el nivel de argumentación del tema a estudiar.

Fuente: Hurtado de Mendoza, 2003.

5. Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el Coeficiente de argumentación (Ka) de cada experto, ecuación 3.

$$Ka = \sum_{i=1}^7 n_i$$

Donde:

Ka: Coeficiente de argumentación del experto “j”

ni: Valor correspondiente a la fuente de argumentación “i” (i: 1 hasta 6)

6. Una vez obtenido los valores del Coeficiente de Conocimiento (Kc) y el Coeficiente de Argumentación (Ka) se procede a obtener el valor del Coeficiente de Competencia (Kcomp), que finalmente es el que determina qué experto se toma en consideración para trabajar en la investigación; se calcula como muestra la ecuación 4:

$$Kcomp = 0.5 * (kc + ka)$$

Donde:

Kcomp: Coeficiente de competencia

Kc: Coeficiente de conocimiento

Ka: Coeficiente de argumentación

7. Luego de realizar los cálculos los resultados se valoran en la escala de coeficientes de competencia siguiente:

Alto	Medio	Bajo
0,8<K<1,0	0,5<K<0,8	K<0,5

Tabla # 8. Escala de coeficientes de competencia.

Fuente: Hurtado de Mendoza, 2003.

8. Después se seleccionan los expertos necesarios basándose en el número calculado y escogiéndose aquellos de mayor coeficiente de competencia, quedando definido finalmente el grupo de trabajo. El investigador debe utilizar para su consulta a expertos de competencia alta, nunca se utilizará expertos de competencia baja.

Además de los elementos anteriores, es importante tener presente que un experto no debe adoptar una actitud discriminatoria con alguno de los criterios involucrados en el análisis.

2.3.2 Paso 2: Descripción del servicio

Una vez creado el equipo de trabajo se debe caracterizar la entidad objeto de estudio y describir los servicios que ella brinda teniendo en cuenta los criterios generales y específicos.

En este paso se aplicará la herramienta del diagrama de flujo o de procesos. Los diagramas de procesos facilitan la interpretación de las actividades en su conjunto, debido a que se muestra una percepción visual del flujo y la secuencia de las mismas, incluyendo las entradas y salidas necesarias para el proceso.

La elaboración de un diagrama de proceso requiere de un importante esfuerzo, por lo que la representación de las actividades a través de este esquema, facilita el entendimiento de la secuencia e interrelaciones de las mismas y favorece la identificación de la “cadena de valor”, así como de las interfaces entre los diferentes actores que intervienen en la ejecución del mismo.

Un aspecto esencial en la elaboración de diagramas de proceso es la importancia de ajustar el nivel de detalle de la descripción (y por tanto la documentación) sobre la base de la eficacia de los procesos. Es decir, la documentación necesaria será aquella que asegure o garantice que el proceso se planifica, se controla y se ejecuta eficazmente, por lo que el diagrama se centrará en recoger la información necesaria para ello. En el Anexo 3 se muestra la simbología.

Se deben identificar los posibles riesgos que presenta cada uno de los servicios los cuales se pueden clasificar de diferentes formas:

Condiciones de Seguridad: se agrupan aquí todos los factores ligados las instalaciones, las máquinas y herramientas y a las características estructurales constructivas de edificios y locales. Ejemplos de ellos son los riesgos de incendio, eléctrico, protección de máquinas y herramientas, pisos, escaleras, aberturas. etc.

Riesgos ambientales: denominados también contaminantes y que de acuerdo a su naturaleza pueden ser:

Químicos: gases, vapores, polvos, nieblas, humos, fibras

Físicos: ruido, frío, calor, presión, radiaciones ionizantes, no ionizantes.

Biológicos: Vírus, bacterias, hongos, etc.

Para la identificación de los servicios principales se realiza una evaluación de la opinión de los expertos a través del coeficiente de Concordancia de Kendall, donde los expertos deberán dar orden de prioridad a los servicios, según la escala de que el valor 1 es el servicio de mayor importancia y en la medida que aumenta el valor, menor es la importancia; la puntuación que otorgue el experto no puede ser repetida.

A partir de la evaluación de los expertos será indispensable determinar su nivel de concordancia mediante la prueba de hipótesis siguiente:

H0: No es consistente el juicio de los expertos.

H1: Es consistente el juicio de los expertos.

Para valorar la concordancia de los expertos se construye una tabla con el resultado de la evaluación de los mismos.

Con el resultado de la evaluación de los expertos, se procede a determinar si es o no confiable el mismo mediante la siguiente ecuación:

$$W = \frac{12 \sum \Delta^2}{M^2 (K^3 - K)}$$

$$\Delta = \sum_{j=1}^M A_{ij} - T$$

$$T = \frac{1}{2} M(K + 1)$$

Donde:

M = Número de expertos

K = Número de propiedades o índice a evaluar

Δ = Desviación del valor medio de los juicios emitidos

T = Factor de comparación

A_{ij} = Juicio de importancia del índice i dado por el experto j.

$\sum A_{ij}$ = es la suma de los criterios de los expertos con relación a un indicador, los que ocupan los primeros lugares tienen $\sum A_{ij}$ y son éstos los que después de restar T quedan con un valor negativo, esto se corresponde con los más importantes.

W debe estar entre (1.0), en ese rango, hay autores que plantean que:

(0.49-----0.0) no es confiable

(1.00-----0.5) es confiable

La evaluación de la concordancia de los expertos sobre el orden de prioridad de los elementos, se realiza por el estadígrafo S o X^2 , en dependencia de la cantidad de deficiencias (K) que se analicen, sí $K \leq 7$, se utiliza la tabla de Friedman (Siegel, 1987), para $k > 7$, se determina en la tabla X^2 .

Si $k > 7$ (No. De índices) se calcula el estadígrafo: $X^2 = M(K-1) \times W$

Si el valor del estadígrafo cumple la restricción: Región Crítica: $X^2 > X^2_{\alpha, K-1}$ se rechaza la hipótesis nula.

Si $K \leq 7$ (No. De índices) se calcula el estadígrafo: S calculado = $\sum \Delta^2$

Si el valor del estadígrafo cumple la restricción: Región Crítica: S calculado \geq S tabulada se rechaza la hipótesis nula.

Entonces se realiza el planteamiento de la hipótesis siguiente:

Ho: no hay concordancia en el juicio de los expertos

H1: hay concordancia en el juicio de los expertos

La evaluación de la concordancia de los expertos sobre el orden de prioridad de las deficiencias, se realiza por el estadígrafo S o χ^2 , en dependencia de la cantidad de deficiencias (K) que se analicen, sí $K \leq 7$, se utiliza la tabla de Friedman (Siegel, 1987), para $K > 7$, se determina en la tabla χ^2

Región crítica $K \leq 7$: S calculado \geq S tabulada (Tabla de Friedman)

$$S \text{ calculado} = \sum \Delta^2$$

Región crítica $K > 7$: $\chi^2_{\text{calculado}} > \chi^2_{\alpha, k-1}$; $\chi^2_{\text{calculado}} = M^* W (K-1)$

Si se cumple la región crítica, implica que no existen evidencias estadísticas suficientes que indiquen falta de concordancia entre los expertos.

En caso de que dos de los procesos tengan la misma prioridad puede aplicarse el método de Kendall solo para esos dos procesos empatados, y los expertos tendrán en cuenta aquel que esté afectando en mayor medida los requisitos de calidad de los productos terminados.

2.3.3 Paso 3: Identificación de los requisitos de funcionamiento

Posteriormente se identifican los requerimientos y las normas del funcionamiento de los servicios que brinda el la entidad de estudio con aspectos organizativos y metodológicos en diferentes temas como normas para la práctica de todos los servicios médicos en los policlínicos.

2.4 Etapa II: Gestión de los riesgos en el Policlínico objeto de estudio

Para la gestión de los riesgos en el servicio del Policlínico se deben llevar a cabo siete pasos, en los cuales se incluye la determinación de los modos de fallo, sus efectos, sus causas y la respectiva evaluación de cada uno de ellos a través de escalas definidas por el grupo de trabajo conformado en la etapa uno del procedimiento general, a partir de la bibliografía, se calcula además el nivel de prioridad de riesgo y se proponen medidas de mejora.

2.4.1 Paso 1: Determinación de los fallos potenciales en los procesos

Teniendo en cuenta los requisitos de funcionamiento identificados en el Policlínico debe realizarse un análisis por parte del grupo de trabajo para determinar de forma objetiva todos los posibles fallos en el servicio. Se propone realizar este análisis a través de análisis documental, entrevistas y observación directa.

2.4.2 Paso 2: Identificación de los efectos de los fallos detectados

Para describir las consecuencias que traería consigo la ocurrencia del modo de fallo detectado la descripción del efecto debe ser tan específica como sea posible, teniendo en cuenta no sólo el efecto inmediato, sino también la repercusión en todo el sistema. Para cada efecto deberá especificarse si su influencia es sobre la calidad, la seguridad o el medio ambiente.

2.4.3 Paso 3: Evaluación de la severidad (S) de los efectos

Para determinar la gravedad del fallo el grupo de trabajo tendrá en cuenta el nivel de consecuencias apreciadas por los clientes, tanto internos como externos, y/o sobre los trabajadores y las actividades que realizan. Los evaluadores deben considerar primero al cliente final y si el efecto ocurre en ambos (interno y externo) usar la severidad más alta.

La severidad será evaluada independientemente de la frecuencia y la detección empleándose una escala de uno a cinco (valores enteros), donde uno se corresponde con la severidad más baja y cinco con la más elevada según la tabla # 9.

Tabla # 9. Clasificación según gravedad o severidad del fallo.

Fuente: (Escoriza Martínez, 2010).

(S)	Categoría de severidad	Descripción
5	Muy elevada	Cuando el fallo se manifiesta a través del incumplimiento de requisitos obligatorios cuyo efecto provoca riesgos graves ³ para la seguridad del paciente, trabajador,y/o medio ambiente.
4	Elevada	Cuando el fallo se manifiesta a través del incumplimiento de requisitos obligatorios cuyo efecto provoca riesgos moderados ⁴ para la seguridad del paciente, trabajador,y/o medio ambiente.
3	Media	Cuando el fallo se manifiesta a través del incumplimiento de requisitos obligatorios cuyo efecto provoca riesgos leves ⁵ para la seguridad del paciente, trabajador,y/o medio ambiente.
2	Baja	Cuando el fallo se manifiesta a través del incumplimiento de requisitos obligatorios y su efecto no afecta la seguridad del paciente, trabajador,y/o medio ambiente pero si el funcionamiento del servicio.
1	Muy baja	Cuando el fallo no afecta la calidad del servicio prestado al paciente y no es apreciable por otro personal.

3 Se considera riesgo grave: la muerte o contaminación con virus o microorganismos patógenos y las afectaciones al medio ambiente que dañen la salud de los trabajadores o personas que entren en contacto con los desechos.

4 Se considera riesgo moderado: afectaciones a la salud que no provocan la muerte o contaminación con virus o microorganismos patógenos y los riesgos de afectaciones al medio ambiente que no dañen la salud de los trabajadores o personas que entren en contacto con los desechos.

5 Se considera riesgo leve: molestias a trabajadores y pacientes, contaminaciones ambientales dentro de los límites permisibles.

Como la clasificación de gravedad está basada en el efecto del fallo, todas las causas potenciales de fallo, para un efecto particular de fallo, recibirán la misma clasificación de gravedad.

2.4.4 Paso 4: Identificación de las causas de los fallos

El grupo de trabajo deberá identificar todas las causas potenciales de fallo atribuibles a cada modo de fallo. Las causas relacionadas deben ser lo más concisas y completas posibles, de modo que las acciones preventivas y/o correctivas puedan ser orientadas hacia las causas pertinentes.

2.4.5 Paso 5: Cálculo de la probabilidad de ocurrencia de las causas (O)

Este paso consiste en determinar la probabilidad de que una causa específica se produzca y dé lugar al modo de fallo. El grupo de trabajo debe identificar los controles existentes para prevenir las causas del fallo y detectar el efecto resultante, con esta información valorará la probabilidad de ocurrencia de los fallos utilizando la escala que se propone en la tabla # 10, el valor inferior se asignará cuando el fallo nunca ha ocurrido lo que se corresponde con la menor probabilidad de ocurrencia, el valor superior se asignará cuando es seguro que el fallo se producirá frecuentemente por lo que su probabilidad de ocurrencia es muy elevada.

Tabla # 10. Clasificación según probabilidad de ocurrencia

Fuente: (Escoriza Martínez, 2010).

(O)	Categoría de ocurrencia	Descripción
5	Muy elevada	Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente.
4	Elevada	El fallo se ha presentado frecuentemente en el pasado.
3	Media	Fallo aparecido ocasionalmente.
2	Escasa	Muy pocos fallos en circunstancias pasadas similares.
1	Muy escasa	Fallo inexistente en el pasado.

2.4.6 Paso 6: Identificación y evaluación de los riesgos

Como apunta Madrigal (2004) un riesgo es el resultado de la probabilidad o frecuencia de ocurrencia de un peligro definido y de la severidad o magnitud de las

consecuencias de este hecho indeseable en caso de que ocurra. En este paso el grupo de trabajo, teniendo en cuenta los fallos potenciales detectados, la severidad de los efectos y la probabilidad de ocurrencia de las causas, definirá los riesgos del proceso.

Se trata de identificar formalmente los riesgos susceptibles de generar no conformidades en el servicio (calidad); los riesgos de accidentes laborales (seguridad laboral) y riesgos que pueden generar daños medioambientales reales o potenciales asociados a la actividad de la organización. Se propone la elaboración de una matriz de riesgo según la tabla # 11 con la información obtenida de las evaluaciones realizadas, para analizar el impacto de los riesgos en la organización.

Tabla # 11. Matriz de riesgo.

Fuente: (Escoriza Martínez, 2010).

Ocurrencia (O)	Severidad (S)				
	5	4	3	2	1
5	25(extremo)	20(extremo)	15(extremo)	10(alto)	5(alto)
4	20(extremo)	16(extremo)	12(alto)	8(moderado)	4(moderado)
3	15(extremo)	12(extremo)	9(alto)	6(moderado)	3(bajo)
2	10(extremo)	8(alto)	6(moderado)	4(bajo)	2(bajo)
1	5(alto)	4(moderado)	3(moderado)	2(bajo)	1(bajo)

Se debe tener en cuenta que en este servicio pueden existir actividades en las que no existan riesgos, aunque si puede producirse una falla que provoque un riesgo en una fase posterior. Se analizarán cada uno de los riesgos de manera independiente, con el objetivo de que el riesgo que se contemple en el estudio sea de tal índole que su eliminación o reducción hasta niveles tolerables no afecte al paciente.

Una vez evaluados los riesgos en extremo, alto, moderado y bajo, según su impacto en el servicio se considerará para el cálculo del Nivel de Prioridad de Riesgo (NPR) los riesgos moderados, altos y extremos, ya que sólo en el caso que el riesgo sea evaluado de bajo no se tomará ninguna acción.

Para la priorización de los riesgos identificados el grupo de trabajo debe evaluar la eficacia de los controles actuales utilizados en el servicio, determinando la probabilidad de no detectar el fallo.

En la tabla # 12 se muestra la escala a utilizar, el valor 1 se asignará cuando el efecto del fallo es obvio y resulta improbable que no sea detectado por los controles existentes, el valor 5 se utilizará cuando el efecto del fallo es muy difícil de detectar por lo que con mucha probabilidad llegará al cliente.

Tabla # 12. Clasificación según probabilidad de no detección.

Fuente: (Escoriza Martínez, 2010).

(D)	Probabilidad de no detección	Descripción
5	Muy elevada	Los controles existentes no detectan el fallo o no existe control por lo que llegará al trabajador y al paciente.
4	Elevada	Los controles tienen poca probabilidad de detección del fallo por lo que con relativa frecuencia llegan al trabajador y paciente.
3	Media	El fallo es de tal naturaleza que aun existiendo control puede no ser detectado.
2	Escasa	El fallo, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría escapar a algún control primario, pero sería posteriormente detectado.
1	Muy escasa	El fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes.

Una vez conocida la probabilidad de no detección se calculará el nivel de prioridad de riesgo (NPR) el cual será usado con el fin de priorizar la causa potencial de fallo para la aplicación de posibles acciones correctoras, su expresión matemática está dada por la multiplicación del índice de gravedad de cada falla por cada una de las probabilidades correspondientes (O y D) a dicha falla:

$$NPR=S*O*D$$

Una vez que se ha determinado el NPR, el grupo de trabajo estará en capacidad de evaluar la prioridad relativa para el tratamiento de cada riesgo. La prioridad para

acciones correctivas, ya sea para prevenir la causa o por lo menos para emplear mejores controles de detección será para los riesgos con $NPR \geq 25$ y con $S=5$ independientemente del valor alcanzado por el NPR. (Escoriza Martínez, 2010)

2.4.7 Paso 7: Propuesta de medidas correctivas, preventivas y/o de mejora

Una vez obtenida la evaluación de los riesgos en el Policlínico Rudesindo A García del Rijo de Sancti Spíritus el equipo de trabajo elaborará un informe con los resultados obtenidos, los cuales pueden indicar la necesidad de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora, que se requieren para eliminar los riesgos o para reducir su presentación a niveles aceptables. Las acciones tienen que estar dirigidas a:

- Reducir la gravedad de los efectos de los fallos.
- Aumentar la probabilidad de detección del problema.
- Reducir probabilidad de ocurrencia.

La etapa II se retroalimenta de los datos obtenidos en la primera etapa porque con la identificación de los requisitos de funcionamiento se analizan y evalúa los riesgos que pueden ocurrir en el objeto de estudio, estableciéndose una estrecha relación entre ambas etapas, a la misma vez destacamos que cuando existan cambios en los requisitos debe irse a una nueva identificación.

2.5 Conclusiones parciales

Se concluye que es evidente la importancia de gestionar la calidad del servicio del Policlínico en cuestión con un enfoque preventivo.

El procedimiento propuesto para la gestión de los riesgos en el servicio prestado en dicha entidad proporcionará una estructura lógica a la problemática, a partir del análisis en la institución objeto de estudio, facilitando la toma de decisiones.

Como base para el diseño del procedimiento se utilizó la herramienta AMFE, ya que permite la identificación, evaluación y prevención de los posibles fallos y sus respectivos efectos, documenta el conocimiento existente y las acciones sobre riesgos o fallos que deben ser utilizadas para lograr una mejora continua; y asegura que cualquier fallo que ocurra no cause daño al paciente o tenga un impacto grave en el sistema.

CAPÍTULO III: Aplicación del procedimiento para la gestión de riesgo en el Policlínico Rudesindo A García del Rijo.

3.1 Introducción

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos en cada una de las etapas del procedimiento para la gestión de los riesgos en el policlínico objeto de estudio descrito en el capítulo II de la presente investigación, el cual fue aplicado en los servicios del policlínico Rudesindo A García del Rijo de la ciudad de Sancti Spíritus con el objetivo de lograr los objetivos previstos.

3.2 Etapa I: Preparación del estudio

3.2.1 Paso 1: Conformación del equipo de trabajo

Para la conformación del equipo de trabajo se seleccionan especialistas del objeto de estudio, teniendo en cuenta que los seleccionados son trabajadores de gran experiencia en los servicios.

La selección del número de expertos respondió a los pasos establecidos en el capítulo anterior de esta investigación.

1. Número de expertos necesarios.

Para un nivel de confianza del 95 %, la constante $K= 3.8416$, por tanto, $\alpha =0.05$

Escogiéndose por el autor de esta investigación $i = 0.1$ y $p = 0.02$, se obtiene la cantidad de expertos como se muestra a continuación.

$$M = \frac{0.02 * (1 - 0.02) * 3.8416}{0.1^2} = 7.529 \approx 8$$

Del resultado de la aplicación de la herramienta anterior se decide trabajar con un grupo de 8 expertos.

2. Lista de candidatos a expertos.

Para escoger los candidatos a expertos se tiene en cuenta que estén directamente vinculados a los servicios y/o conocer todos los detalles referentes a los mismos. El listado con los trabajadores seleccionados en esta etapa inicial se muestra a continuación en la Tabla # 13

No	Expertos	Cargo o puesto	Años de experiencia
----	----------	----------------	---------------------

1	Rolando Castillo Bandomo	Dtor. En Pediatría: Especialista en II grado.	28
2	Lucrecia Hernández Díaz	Dra. MGI: Especialista en II grado. Metodóloga.	35
3	Lesyani Montero Díaz	Dra. En Ortodoncia: Especialista en I grado.	16
4	Mercedes Gómez Paz	Dra. en Pediatría: Especialista en II grado y presidenta del consejo científico	35
5	Irma Pérez Concepción	Vicedirectora Docente: Especialista en I grado.	18
6	Lázaro Menéndez Pérez	Profesor: Especialista en I grado	18
7	LLilian Gómez Porcegue	Estomatóloga: Msc. Especialista en II grado	21
8	Javier Yera Valdez	Jefe del departamento de imaginología y rayos x: Especialista en I grado candidato a doctor en ciencias	11
9	Belquis Álvarez Escobar	Dra. MGI: Especialista de I grado. Candidata a Dra. en ciencia	27
10	Raiza Yerena Castillo	Dra. MGI: especialista en I grado	28

Tabla # 13. Listado de trabajadores para seleccionar el grupo de expertos

Fuente: Elaboración propia

3. Cálculo del Coeficiente de Conocimiento o información (Kc).

En este paso se realizó una autoevaluación de los niveles de conocimiento o información que tienen sobre el tema en cuestión, tabla # 14.

Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rolando Castillo Bandomo								x		

Mercedes Gómez Paz	X			X				X			X			X	X	
Irma Pérez Concepción		X		X				X	X		X			X	X	
Lázaro Menéndez Pérez		X		X				X	X		X			X	X	
LLilian Gómez Porcegue		X		X				X		X	X			X	X	
Javier Yera Valdez		X		X				X		X	X			X	X	
Belquis Álvarez Escobar			X	X				X		X	X			X	X	
Raiza Yerena Castillo			X	X				X		X				X	X	

Tabla # 15. Nivel de Argumentación o fundamentación del tema a estudiar.

Fuente: Elaboración propia.

5. Cálculo del Coeficiente de argumentación (Ka).

Los aspectos antes relacionados permitieron calcular el Coeficiente de argumentación (Ka) de cada experto, según la ecuación correspondiente, como se muestra en la tabla # 16.

6. Cálculo del Coeficiente de competencia (Kcomp).

Luego de obtener los valores del Coeficiente de Conocimiento (Kc) y el Coeficiente de Argumentación (Ka) se logró obtener el valor del Coeficiente de Competencia (Kcomp), que finalmente es el que permitió determinar qué experto se tomaría en consideración para trabajar en la investigación, este resultado se muestra en la tabla # 16.

7. Nivel de Competencia.

Una vez realizados los cálculos los resultados se valoraron en la escala de coeficientes de competencia quedando el nivel como se muestra en la tabla # 16.

Nº	Coeficiente de Conocimiento (Kc)	Coeficiente de Argumentación (Ka)	Coeficiente de Competencia (K)	Nivel de Competencia
1	0.8	1	0.9	Alto

2	0.8	1	0.9	Alto
3	0.7	1	0.85	Alto
4	0.8	1	0.9	Alto
5	0.5	0.9	0.7	Medio
6	0.6	0.9	0.75	Medio
7	0.7	0.9	0.8	Alto
8	0.8	0.9	0.85	Alto
9	0.5	0.8	0.65	Medio
10	0.6	0.8	0.7	Medio

Tabla # 16. Resultados de los coeficientes de cada uno de los expertos.

Fuente: Elaboración propia

8. Selección de Expertos.

Del resultado de la aplicación de la herramienta de selección de expertos se decidió trabajar con aquellos candidatos que presentaron mayor coeficiente de competencia, en el caso de igual puntuación se seleccionó el candidato con mayor experiencia en la actividad. Los nombres de los seleccionados se muestran en la tabla # 17.

No	Expertos	Cargo o puesto	Años de experiencia
1	Rolando Castillo Bandomo	Dto. En Pediatría: Especialista en II grado.	28
2	Lucrecia Hernández Díaz	Dra. MGI: Especialista en II grado. Metodóloga.	35
4	Mercedes Gómez Paz	Dra. en Pediatría: Especialista en II grado y presidenta del consejo científico	35
8	Javier Yera Valdez	Jefe del departamento de imaginología y rayos x: Especialista en I grado candidato a doctor en ciencias	11

3	Lesyani Montero Díaz	Dra. En Ortodoncia: Especialista en I grado.	16
7	LLilian Gómez Porcegue	Estomatóloga: Msc. Especialista en II grado	21
5	Irma Pérez Concepción	Vicedirectora Docente: Especialista en I grado.	18
9	Belquis Álvarez Escobar	Dra. MGI: Especialista de I Grado. Candidata a Dra. en ciencia	27

Tabla # 17. Lista de expertos seleccionados para el estudio.

Fuente: Elaboración propia

3.2.2 Paso 2: Descripción del servicio

Según datos recopilados, en el año 1970 el Policlínico Área Sur Yayabo – Banao nombrado así inicialmente residía en calle Máximo Gómez #13 Sur de la ciudad del municipio Sancti Spíritus. Allí se hallaba como director el Dr. José Varela Marcelo Especialista en Dermatología, Oscar Puerta Pérez realizaba las labores de Administración.

El nuevo policlínico fue creado como parte de la Dirección Municipal de Salud por el Acuerdo No.16 de la Asamblea Provincial del Poder Popular del día 30 de enero de 1975. Inaugurándose el 17 de julio del año 1978 entonces con el nombre “Policlínico Sur” donde fue presentada la Doctora Ramona Lastayo Casanova como directora del mismo y al compañero Vicente Jiménez como Administrador.

El Policlínico Universitario de la Familia se encuentra ubicado desde su fundación en la parte sur de la ciudad de Sancti Spiritus, sito en Ampliación de Pancho Jiménez #153, perteneciente al Consejo Popular Colón. El mismo es la segunda policlínica inaugurada en el municipio de Sancti Spíritus por Batalla de Ideas, con un área de fabricación de 3900 m².

Misión:

La dirección del Policlínico Sur Rudesindo A. García del Rijo planifica, integra, organiza, dirige y controla las actividades relacionadas con la atención integral al individuo, la

familia y la comunidad con un alto nivel de competencia y desempeño, con un enfoque de promoción y prevención, priorizando la satisfacción de la población y los trabajadores, la gestión y formación del capital humano, la introducción permanente de los adelantos Científico-Técnico, la Universalización de la Enseñanza y la efectividad en la utilización de los recursos con una contabilidad confiable.

Visión:

Somos la dirección de área de salud, que alcanza niveles de satisfacción de la población, logrando indicadores comparables con países desarrollados, perfeccionando el proceso de dirección con un alto desarrollo de la gestión de los Recursos Humanos, consolidada la universalización de la Enseñanza, tomando como base el policlínico, potencializando el desarrollo investigativo y de la introducción continua de los adelantos Científico- Técnicos, con una economía confiable que responde a las resoluciones aprobadas.

El policlínico tiene las funciones siguientes:

- Brindar atención médica y estomatológica especializada y de enfermería a la población realizando actividades integrales de salud que comprendan la prevención, promoción, tratamiento, y rehabilitación.
- Aplicar permanentemente el método de pesquisa activa para la identificación y la solución oportuna a los problemas de salud de su población.
- Desarrollar acciones para la protección del medio ambiente y el control de sus enfermedades transmisibles, no transmisibles, escolares y ocupacionales.
- Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades docentes educativas y garantizar la ejecución de los planes y programas de estudios que les correspondan para la formación de pregrado, especialización, perfeccionamiento continuo y capacitación de los profesores, técnicos y demás trabajadores.
- Realizar actividades de ciencia e innovación tecnológica de acuerdo a las prioridades establecidas en el Análisis de la Situación de la Salud, en relación con los problemas que afectan la salud de la población que atienden y los propios de la institución.

- Realizar actividades de promoción y educación para la salud dirigidas a trabajadores, estudiantes y la comunidad de su Área de Salud así como visitantes y acompañantes de los pacientes.
- Realizar acciones de control del medio higiénico epidemiológico institucional.
- Realizar la vigilancia de salud para contribuir a las actividades de promoción, prevención, tratamiento y control de enfermedades y otros daños a la salud que afectan la población, la mejor utilización de los recursos y la evaluación de impacto en los servicios.
- Conducir al paciente hacia todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud hasta la solución de sus problemas.
- Conducir el proceso de integración con las demás instituciones de salud del territorio.
- Establecer relaciones con otros organismos y organizaciones de la comunidad para la transformación del estado de salud e la población que atiende.
- Realizar de forma permanente la preparación para la defensa y la mitigación de los efectos de desastres según las directas establecidas.
- Elaborar y cumplir el plan de preparación de los trabajadores para el desarrollo de misiones internacionalistas.

De 690 plazas a cubrir según la plantilla aprobada, existen actualmente 634 plazas ocupadas, de ellas el 78.39% está representado por mujeres. La entidad además posee un personal que no ocupa plazas fijas e identifica al personal en misión internacionalista como fuera de la plantilla. En la tabla # 18 se puede apreciar el desglose de la plantilla y la composición por categoría ocupacional.

Categoría	Plazas Cubiertas	Mujeres	Fuera de Plantilla	Período a Prueba
Dirigentes	13	10	-	-
Médicos	179	112	14	-
Enfermeras	86	70	8	-
Técnicos Propios y Comunes	173	115	2	-
Administrativos	12	1	-	

Servicios	88	65	-	75
Obreros	83	4	-	78
TOTAL	634	377	24	153

Tabla # 18: Estado actual de la plantilla y desglose por categoría ocupacional (Fuente: Departamento de Recursos Humanos).

Los servicios que brinda el policlínico se describen a continuación:

1-Rayos x y ultrasonido: Este servicio cuenta con 7 trabajadores, de ellos 5 licenciados en imagino logia, un técnico medio y una secretaria. Rayos x presta servicio las 24 horas mientras que ultrasonido presta servicios 8 horas al día de lunes a sábado.

Este departamento atiende 37 consultorios de la familia, 32 urbanos y 5 rurales para una población de (42333) habitantes sin contar agramonte final y reparto militar 23 de diciembre que se atiende dispensa rizado. Además se atiende el área de Banao que tiene 15 consultorios médicos de la familia con una población de (12000) habitantes, en total la población general es de 54333. Además el servicio brinda atención a 17 especialidades como son:

- Angiología.
- Neurología.
- Reumatología.
- Ortopedia.
- Urología.
- Nefrología.
- Neumología.
- Endocrinología.
- Neurocirugía.
- Cardiología.
- Inmunología.
- Cirugía general.
- Cirugía pediátrica.
- Geriatria.
- Psicología.
- Gastroenterología.

➤ (ORL). Otorrino Laringología.

Datos estadísticos del año 2018:

Personas investigadas en rayos x en el año 2018. (1904).

Investigaciones realizadas. (1947)

Total de películas 2092.

Nota en el mes de abril y mayo no se prestó servicio por reparaciones.

El departamento utiliza como promedio de 300 a 500 películas.

Personas investigadas en ultrasonido abdominal (9105), obstétricos (14), ginecológicos (3078). Total de personas atendidos 12197.

En los rayos x se realizan placas contrastadas, de estómago, esófago, Colon por enema, el tránsito intestinal, uro grama descendente y cistografía misional.

También realizan placas simples como la de cráneo, BPN, tórax, manos, codo, pie.

En los ultrasonidos se realizan pruebas como el ultrasonido abdominal, ginecológico, partes blandas, tiroides, osteoarticular (codo, rodilla). Ultrasonido transvaginal y tansrectal.

Riesgos del departamento: Los mayores riesgos históricamente de este departamento han sido la exposición a líquidos reveladores, fijadores y radiaciones.

2-Esterilizacion: Este servicio presta servicio 12 horas, en él se friega, se elabora, se esterilizan todos los instrumentales de cuerpo de guardia, ginecología, pie diabético, laboratorio, salón de cirugía menor y consultorios médicos de familia. Aquí también se elabora todo el material necesario para el trabajo diario como son: los apósitos, torundas de gasa, de algodón, compresas, bastones, apósitos de ojo, aplicadores, depresores y espátulas.

Se puede decir también que este servicio cumple todo el fluograma, empezando por la recepción del material sucio, luego el fregado, descontaminación, empaquetado y esterilización.

Riesgos del departamento. Se presentan riesgos de diversos tipos como pueden ser:

Riesgos biológicos al exponerse diariamente el personal de trabajo a contraer enfermedades infecciosas ya que aquí se manipula todo el material sucio del centro.

La exposición a sustancias toxicas como el cloro.

Trabajadores expuestos a contraer enfermedades contagiosas y virus que se encuentran en los distintos instrumentos, como pueden ser el VIH, la tuberculosis, lepra, hepatitis B.

Riesgos físicos existentes también aquí pues la corriente y el agua se presentan en todo el proceso.

3-Ginecología. Departamento de planificación familiar: Este servicio tiene como característica que presta atención a las pacientes 8 horas al día. Se realizan exámenes de embarazo, se anota el paciente en La hoja de cargo, se le pregunta la edad gestacional, se le pregunta cuál es su estado actual, recolección de muestra de orina y realización del test de embarazo. Luego si da positivo se confirma a través del ultrasonido.

Si la paciente no desea el embarazo se indican los complementarios para recurrir a la interrupción del mismo por medio de la regulación menstrual si tiene menos de 6 semanas.

Departamento de psicología:

En este departamento se trabaja 8 horas diarias contando con 2 enfermeras las cuales atienden a los pacientes que acuden a la consulta. En ella se realizan pruebas psicológicas y también terrenas en el área en los distintos horarios que corresponden.

Dpto. de Patología de cuello:

Aquí trabajan en conjunto la Dra. (Obstetra) con la enfermera, se trabaja 8 horas. En este se atiende todas las pacientes del área que acuden a realizarse biopsias por ponche, por colposcopía, curas, pruebas citológicas. En esta consulta acuden los pacientes a tratarse distintas enfermedades prevenibles, también se atienden los embarazos.

Riesgos del dpto.

Se presentan riesgos biológicos como son la exposición a muestras de sangre y también a secreciones vaginales.

4-Estomatología: Dentro de este servicio de estomatología funciona el departamento de esterilización, donde se trabaja 12 horas y es el encargado de recibir el instrumental sucio, luego se descontamina, se friega, se enjuaga, se clasifica, se (rotula), se esteriliza y se almacena en el área estéril. También se reesteriliza.

En este departamento existen distintos riesgos como pueden ser:

Riesgos físicos ya que se manipulan instrumentos de trabajo con filo cortante que pudiese ser la causa de una herida y contagiarse de alguna enfermedad.

Riesgos biológicos pues se está expuesto constantemente al contacto con la sangre y la saliva.

Dto. De Periodoncia: Se caracteriza por trabajar 8 horas al día atendiendo pacientes de las distintas edades con enfermedades en las encías (periodontal). Como todas también presentan algunos riesgos como:

Riesgo a dañarse la vista ya que se carece de espejuelos protectores.

-Riesgo biológico por estar expuesto a adquirir una infección por el contacto con sustancias como la saliva, también pueden pincharse con el instrumental.

Riesgos físicos por la mala postura de los trabajadores ya que los muebles en ocasiones no tienen las características ergonómicas correspondientes para dicho trabajo.

Departamento de Ortodoncia:

En este local se atiende en la consulta durante 8 horas, también se hacen planes de taller durante 8 horas. Se elaboran todos los aparatos dentales para los niños hasta 18 años.

Riesgos:

Se presentan riesgos físicos pues con el ruido de los equipos se afectan los oídos al no tener protectores. También la vista es otro factor importante al no tener espejuelos protectores se puede ocasionar algún accidente.

La mala postura al trabajar conlleva a los trabajadores a sufrir hernias discales.

Algunos trabajadores han sufrido operaciones de las manos por el trabajo con el Tenor del Carpo.

Riesgos biológicos se ponen de manifiesto al exponerse a diario con el olor penetrante del acrílico.

Departamento de Prótesis Estomatológica de la clínica del policlínico sur:

Aquí se trabajan 8 horas, se hacen deslizantes. Confeccionan prótesis parciales y totales, se hacen también supresiones e impresiones acrílicas.

Riesgos:

Existen diversos riesgos físicos aquí, pues se cuenta con motores de alta y baja velocidad que pudiese poner en peligro las manos de los trabajadores.

La corriente aspecto esencial a tener en cuenta, no poseen protección para los ojos como son los espejuelos protectores, ni tampoco protección para la nariz, riesgos biológicos como la exposición a olores tóxicos como el del acrílico.

Consulta de Estomatología General Integral:

Trabajan de 8am hasta las 8 pm, en esta consulta de (EGI), se realizan exodoncias, extracciones, tratamiento pulpo radical o (TPR), limpiezas, etc.

Riesgos:

Se exponen a riesgos biológicos pues están en contacto con la sangre, la saliva por lo que pueden contagiarse con gripes, virus de diferentes tipos, etc.

También hay riesgos físicos ya que la mala postura conlleva a situaciones dolorosas como hernias en la cervical, etc. Las luces en mal estado, los sillones en mal estado, etc.

5-Oftalmología: En este servicio se labora 8 horas al día, realizan técnicas de refracción o sea se le gradúa la vista a los pacientes. Tienen un equipo de guardia el cual atiende a pacientes en horarios nocturnos. Diagnostican enfermedades de la vista, indican tratamiento para su posterior curación, etc.

Riesgos:

-riesgos biológicos por estar en contacto con las secreciones de los ojos

-riesgos físicos pues la iluminación es deficiente y trae consigo una visibilidad defectuosa, los sillones en mal estado, no poseen en ocasiones guantes para laborar, etc.

6-Cuerpo de guardia: Este departamento trabaja las 24 horas del día con el objetivo de atender a todos aquellos pacientes que lo necesiten. En la actualidad este servicio se torna bien complejo en dicha instalación ya que tienen la misión de acoger a todos aquellos paciente que acudan aquí y se le diagnostique el Dengue. Tienen muchos ingresos y muy pocas condiciones a pesar que por otro lado no se detiene el flujo de pacientes diarios que reciben el servicio de enfermería y otros.

Se realiza aquí la recepción del paciente, luego se pasa con el médico que se encarga de diagnosticarlo y ponerle el tratamiento ambulatorio adecuado para su padecimiento.

Se realizan también:

- Inspecciones.
- Emergencias.
- Aerosol.
- Electrocardiograma.
- Curas, Etc.

Riesgos biológicos por la contaminación, riesgos físicos por no poseer lámparas y esto conllevar a una iluminación deficiente. No cuentan con guantes para la manipulación de los pacientes.

7-Laboratorio clínico: En este servicio en especial TIENEN UN ALTO RIESGO TIPO 2 tienen muchas dificultades con los guantes para manipular todo el trabajo pero aun así trabajan las 24 horas del día y en estos momentos presentando escases de reactivo.

Aquí se realizan análisis de distintas variedades como son:

- Muestras para hemograma completo.
- Hematología especial.
- Bioquímica.
- Orina.
- Heces Fecales.
- PSA.
- Microbiología.
- Esputo.
- Exudado simple.
- Exudado uretral.
- Gota gruesa.
- Micro albuminuria, etc.

Riesgos: Existen altos riesgos biológicos como son:

- La exposición a muestras de sangre.
- Esputo.
- Muestras espectorales.
- Uretrales.
- Orina.

- Heces fecales como la más importante.
- Riesgos físicos:
- No cuentan con hisopos para el fregado.
- El cloro suministrado no es suficiente para desinfectar todo el material.
- Escases de bolsas plásticas para depositar los desechos sólidos.
- No cuentan con guantes para su protección.
- Los fregaderos se encuentran en mal estado.
- Mala ventilación de los locales de trabajo.

8-Fisioterapia: Se trabaja en este departamento durante 8 horas al día con deslizante, en estos momentos no se realiza ya que están enfrascados en la atención a la epidemia del dengue. Se prestan distintos tipos de servicios dentro de este departamento como son:

- (MNT) Medicina natural tradicional.
- Consulta médica física.
- Consulta de audiología.
- Consulta de defecto logia.
- Consulta de consejería nutricional.
- Consulta de patología.

Existen tres consultas multidisciplinarias. Neurodesarrollo, deshabilitación tabáquica, psicoprofilacsis y estas se realiza una vez por semana. Ofertamos otro tipo de servicios como:

- Calor infrarrojo.
- hivamat.
- Corriente analgésica y éxito motriz.
- Terapias combinadas.
- Lacer.

- Ultrasonido.
- Maqueto terapia. {

-Mag 200 local. -Mag 80 cama.

- Hidroterapia. {

-Tina miembro superior. -Tina miembro inferior.
--

- Maso terapia.
- Quimiosología.
- Mecanoterapia con equipo.
- Atención temprana. (con retardo del desarrollo).
- Terapia grupal. (Se atienden grupos con enfermedades crónicas no trasmisibles).

Riesgos: Riesgos biológicos que se presentan a través de la exposición a equipos de alta frecuencia que dañan a la salud.

9-Higiene: En este departamento se trabaja también 8 horas, constituido por un equipo de trabajo de 7 médicos epidemiólogos y técnicos de la misma especialidad.

Se ocupa este departamento de la vigilancia epidemiológica.

Controla todas las enfermedades crónicas trasmisibles y no trasmisibles.

- Epidemia.
- Promoción de salud.
- Consejería.
- Control sanitario internacional.
- Enfermedades transmitidas por vectores a las personas.

Riesgos: Alto Riesgo biológico por estar expuesto a contraer enfermedades trasmisibles como: tuberculosis, catarro, lepra, etc.

De los servicios descritos es necesario seleccionar aquellos principales para realizar el AMFE. Para ello se aplica el Coeficiente de Concordancia de Kendall planteado en el capítulo anterior. Se les pidió a los expertos que evaluaran la importancia que le confieren a cada una de los expertos mediante una calificación entre 1 y 9 (menor a mayor importancia) sin repetir ninguno de los números (tabla # 19).

Expertos Servicios	1	2	3	4	5	6	7	8	ΣA_{ij}	T	Δ	Δ^2	Orden de prioridad
rayos x y ultrasonido	4	2	1	2	3	1	2	2	17	40	-23	529	No principal
oftalmología	2	4	3	4	4	3	3	3	26	40	-14	196	No principal
laboratorio	7	6	7	8	6	7	7	7	55	40	15	225	Principal

clínico														
estomatología	5	3	4	5	2	4	4	4	31	40	-9	81	No principal	
esterilización	7	8	5	6	7	6	6	5	50	40	10	100	Principal	
Higiene	3	5	6	3	5	5	5	6	38	40	-2	4	No principal	
ginecología	1	1	2	1	1	2	1	1	10	40	-30	900	No principal	
fisioterapia	8	7	9	7	9	8	8	9	65	40	25	625	Principal	
cuerpo de guardia	9	9	8	9	8	9	9	8	69	40	29	841	Principal	
total												3501		

(Tabla # 19).Matriz de rango

Fuente: elaboración propia

Luego se determinó la concordancia entre los expertos (Coeficiente de Concordancia de Kendall).

H0: No es consistente el juicio de los expertos.

H1: Es consistente el juicio de los expertos.

Fijándose como nivel de confianza 99% ($\alpha=0.01$).

Se determina el Coeficiente de Kendall

$$W = \frac{12 \sum \Delta^2}{M^2(K^3 - K)} = \frac{12 \times (3501)}{8^2 \times (9^3 - 9)} = 0,9 \quad \therefore W > 0,5 \text{ por lo que es consistente}$$

Como $K \geq 7$ se calcula el estadígrafo X^2

$$X^2 = M(K - 1) \times W = 8(9 - 1) \times 0,9 = 57,6$$

$$X^2 > X^2_{\alpha, K-1}$$

$$X^2 > X^2_{0,01,8}$$

$$57,6 > 20,09$$

Se cumple la Región crítica, por lo que no existen evidencias estadísticas suficientes que indiquen la falta de concordancia en el juicio de los expertos. Por tanto se rechaza H0 y se acepta el criterio de los expertos. La categoría que más importancia se le confiere dentro de los servicios toma el mayor valor de $\sum A_{ij}$ y así sucesivamente.

Los servicios seleccionados como principales son: el servicio de Laboratorio Clínico, Esterilización, Fisioterapia y Cuerpo de Guardia que por sus características son los cuatro servicios que mayor índice tienen en cuestión de riesgos.

A continuación se muestran los diagramas de flujo correspondientes para cada uno de estos servicios hospitalarios en la entidad objeto de estudio. En la figura # 2 se muestra el primero de estos servicios:

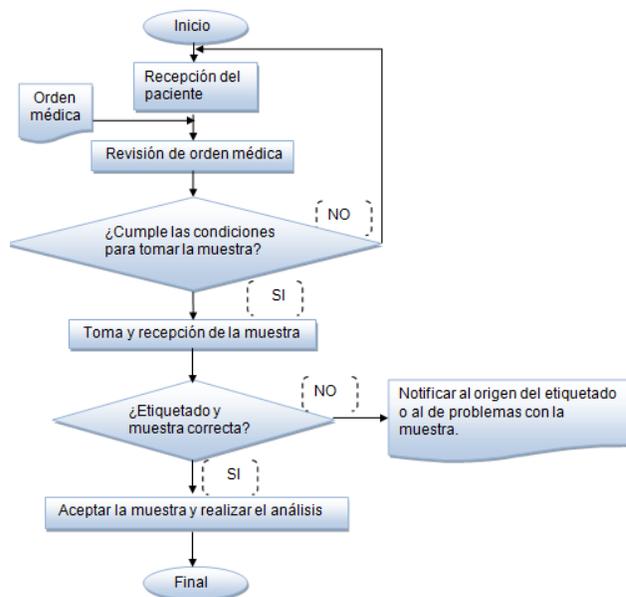


Figura # 2: Diagrama de flujo del servicio de Laboratorio Clínico. (Fuente: elaboración propia.)

Este proceso se realiza cada jornada en la institución en estudio, comenzando con la adquisición de los materiales necesarios los cuales necesita el técnico para realizar el trabajo, ya fuese de extracción, etiquetado, recepción o análisis de las muestras. Estos están siempre disponibles ya que el jefe de Laboratorio es el encargado de suministrarlos cada día. Ejemplo de ellos tenemos las jeringas, los tubos de ensayo, pipetas, lápices de color, alcohol, algodón, reactivos y también los frascos ya esterilizados por los departamentos correspondientes para tomar las muestras de orina y heces fecales.

En el caso de la esterilización podemos decir que es uno de los departamentos más importantes y arriesgados dentro de los servicios hospitalarios. En él recae un gran peso, al ser este el que se encarga de toda la limpieza, fregado, descontaminación,

esterilización general de los instrumentos de trabajo para así poder llevar a cabo un servicio de excelencia con una confiabilidad total.

A pesar de que sus trabajadores están constantemente en riesgo de contraer cualquier enfermedad por estar expuestos a este instrumental contaminado de sustancias tóxicas, virus y disímiles infecciones, el servicio se presta de una forma íntegra y segura tomando a cada momento las medidas correspondientes.

Durante el proceso de esterilización también podemos encontrar una etapa llamada desinfección la cual es fundamental. Esta cuenta de 3 niveles como son: nivel alto, nivel intermedio y nivel bajo. El nivel alto es donde se elimina todos los virus, hongos, formas vegetativas y bacterianas. El intermedio es el encargado de destruir e inhibir bacterias tuberculosas en condiciones muy controladas, este elimina en su mayoría a las bacterias tuberculosas, hongos y virus pero no necesariamente a las esporas bacterianas.

El nivel bajo puede destruir o inhibir a las bacterias en estado vegetativo, algunos hongos y virus pero no es un procedimiento confiable como los anteriores. Existen 3 agentes esterilizantes, el físico donde está el autoclave de vapor, el horno con ventilador y el filtro de membranas. Otro es el químico gaseoso que tiene como ejemplo la cámara de óxido de etileno y la cámara o autoclave de formaldehído.

Por último está el agente líquido constituido por algunas composiciones como Adaspor composición química A: Ácido Paracetico-0.180gr. B: Azadone (-5,7-).Difenil-1,3. Diazoadamantan-6-one) 0,010gr. Spororexin Plus (solución concentrada). Puristeril.

Agentes antisépticos en la esterilización:

- Hibitane Alcohólico 0,5%.
- Alcohol Iodado 0,5 %.
- Etanol (Alcohol 7,6 %).
- Desinfección Aire:
- Propilenglicol.
- Ácido Láctico.
- Gases de formaldehído.

En la figura # 3 se pone a disposición el diagrama de flujo de sus servicios.

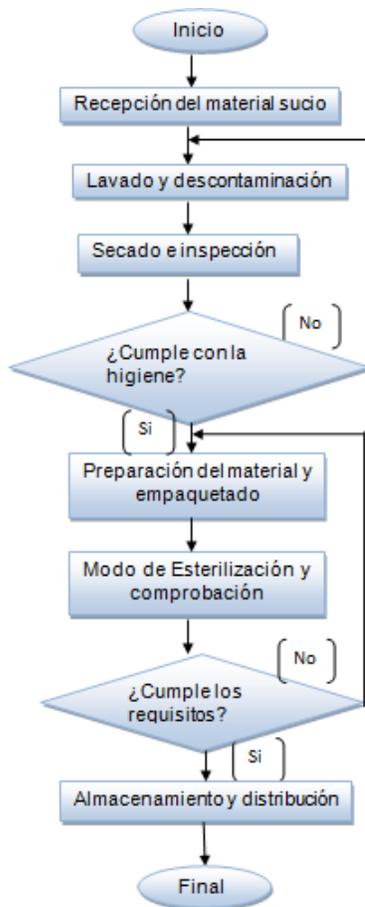


Figura # 3: Diagrama de flujo del servicio de Esterilización. (Fuente: elaboración propia.)

La fisioterapia y rehabilitación fue aprobada en 1969 y centra su atención en el diagnóstico, evaluación prevención y tratamiento de la discapacidad o dependencia, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, todo ello coordinando un equipo multi/ interdisciplinario conformado por diferentes profesionales.

La organización mundial de la salud (OMS) define rehabilitación como “el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles”.

La medicina física es el medio, que otorga al profesional médico especializado la capacidad de concretar en su ámbito de actuación un diagnóstico preciso de la enfermedad y discapacidad física, y permite la prescripción de un tratamiento integral con recomendaciones, medicación precisa diversa técnicas tales como fisioterapia,

electroterapia, cinesiterapia, hidroterapia, terapia ocupacional, logopedia, o la indicación de ortesis, prótesis, y dispositivos y ayuda técnica, entre otros.

En nuestra investigación se puso de manifiesto la diversidad de este servicio en la actualidad, muestra de ello lo podemos apreciar ya que este departamento en el policlínico objeto de estudio está constituido por varias consultas.

Estas consultas están integradas por el jefe integral de rehabilitación al cual se subordinan los demás técnicos y médicos que representan las consultas de fisiatría, MNT, defectología, logopedia, nutrición, podología las cuales pertenecen al primer nivel de subordinación.

En el segundo nivel tenemos a la secretaria, técnico de enfermería MNT, terapia ocupacional y licenciado de cultura física.

En la figura # 4 se brinda de forma general la información necesaria para conocer la evaluación de un paciente que visita el servicio de fisioterapia en nuestra institución objeto de estudio, la cual claramente sirve de guía para transitar por el proceso desde que el paciente acude a la instalación hasta que sale diagnosticado y complacido con su tratamiento.

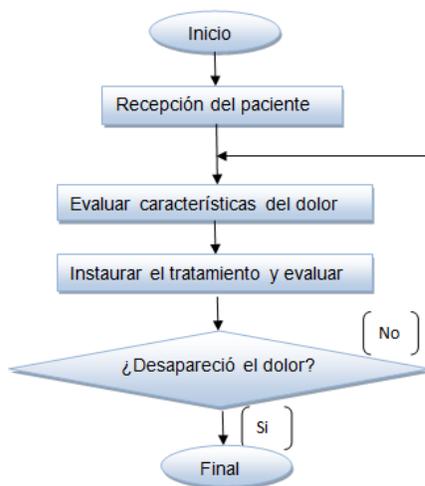


Figura # 4: Diagrama de flujo del servicio de Fisioterapia. (Fuente: elaboración propia.)

En los servicios del Cuerpo de Guardia se prestan disimiles servicios los cuales están dirigidos al mejoramiento íntegro de los pacientes que a él acuden. Entre ellos se destacan el servicio de urgencia el cual funciona para dar respuesta inmediata a los pacientes que requieran este servicio como son los casos de accidentes, personas infartadas y otros padecimientos con peligro para la vida.

También están las consultas médicas, sala de observación, electrocardiograma, área de aerosol, curaciones, inyecciones, estomatología de urgencia, medios diagnósticos y laboratorio clínico de 24 horas, todos estos servicios en función de mantener una mejor calidad de vida en los ciudadanos que visitan la institución en estudio.

Existen en el cuerpo de guardia del policlínico distintos niveles de prioridad para la atención médica, estos se desglosan en tres, como se muestra a continuación:

Rojo (Prioridad 1). Existe riesgo para la vida.

Amarillo (Prioridad 2). El riesgo es menor.

Verde (Prioridad 3). No existe riesgo.

Son estos tres niveles de prioridad de riesgo por los cuales se rige nuestra institución para dar respuesta rápida a cada ciudadano que lo necesite según el caso en específico.

En la siguiente figura se muestra el diagrama de flujo del servicio del cuerpo de guardia del policlínico:

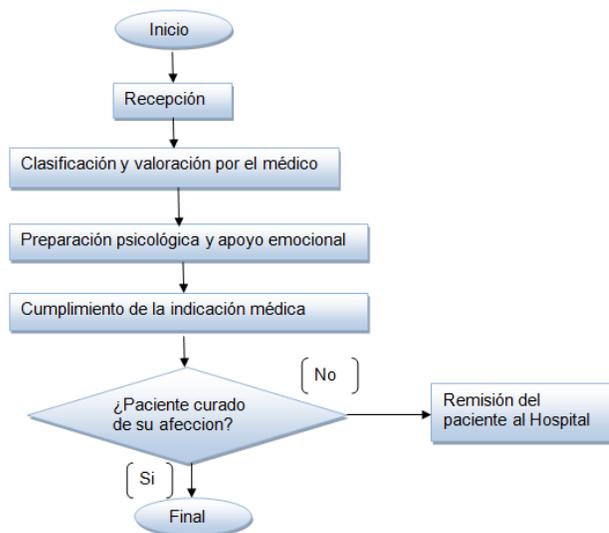


Figura # 5: Diagrama de flujo del servicio de Cuerpo de guardia. (Fuente: elaboración propia).

3.2.3 Paso 3: Identificación de los requisitos de funcionamiento

Posteriormente se identifican los requerimientos y las normas del funcionamiento de los servicios que se brindan en la entidad de estudio. El personal médico y paramédico se rige por el Consenso de Procederes Diagnósticos y Terapéuticos en sentido general del

Ministerio de Salud Pública, con aspectos organizativos y metodológicos en diferentes temas como normas para la práctica de todos los servicios médicos en los policlínicos.

El Policlínico es la institución principal del Sistema Nacional de Salud, encargada de fomentar, proteger y restablecer la salud de su población. Para ello brinda servicios de atención integral a la salud del individuo, la familia, grupos, comunidad, y al ambiente con enfoque biopsicosocial, donde se fusiona la docencia, la asistencia médica, la higiene, la epidemiología, la microbiología y la investigación, como elementos indisolubles de un mismo proceso.

El Policlínico tiene que cumplir los siguientes requisitos:

- a) Tener asignada un Área de Salud.
- b) Tener una estructura arquitectónica que permita la prestación de los servicios científico- técnico y organizativo, que posibiliten el desarrollo de las actividades de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, así como la formación y el perfeccionamiento técnico y profesional.
- c) Contar con servicios de 24 horas.

La finalidad del Policlínico es contribuir al mejoramiento continuo del estado de salud de la población. Para ello, integra las acciones de las instituciones de salud del área, independientemente del nivel de subordinación administrativo. Los cuadros, dirigentes, funcionarios, y trabajadores que desarrollan sus funciones en el Policlínico, así como los estudiantes que se forman en el mismo, tienen que cumplir y hacer cumplir la ética y la legalidad socialista y, a estos efectos, se rigen por las disposiciones dictadas por el Ministerio de Salud Pública, los Consejos de la Administración y otras instituciones del Estado y Gobierno, y las propias de la institución.

3.3 Etapa II: Análisis modal de fallos y efectos

Fecha: Mayo/2019

Actuar sobre NPR ≥ QUE: 25

Servicio de Laboratorio Clínico

Modo de Fallo	Efectos de Fallo	S	Causas de Fallo	O	Riesgo (S*O)	Controles Actuales	D	NP R
Mala recepción	Alto nivel de desinformación	2	Negligencia en el trabajo.	2	4(Bajo)	Se realiza el control	2	6

de los pacientes.	para el paciente y familiares.					mediante la verificación de los Registros.		
No utilización de medios de Protección.	Adquisición de enfermedades infecciosas de diferentes índoles con peligro para la vida.	5	Déficit de materiales y en ocasiones mal estado de los mismos.	3	15(Extremo)	A través de la supervisión por parte del jefe de laboratorio.	2	30
Proceso de fregado Inadecuado.	Se contaminan áreas limpias o estériles. Aumenta el riesgo biológico para el personal técnico y los pacientes al contraer infecciones. Aumentan las infecciones en el servicio (Seguridad y Medio Ambiente)	4	Fregaderos en mal estado, inexistencia de hisopos para fregar el material, la insuficiente suministración de cloro para desinfectar material Sucio.	4	16(Extremo).	Supervisión del trabajo de la empleada de limpieza y los técnicos en el turno de trabajo. Control del cumplimiento de las medidas de protección.	2	32
Ventilación deficiente en los locales de trabajo.	Posibilita el desarrollo de virus que se encuentren en el Ambiente, crea	2	Las condiciones de los equipos de climatización no son óptimas en ocasiones.	2	4(Bajo).	Mediante la observación directa y la supervisión del personal	1	4

	situaciones de estrés y confusión tanto para el paciente como para los Trabajadores.				de mantenimiento.		
--	--	--	--	--	-------------------	--	--

Esterilización

Modo de Fallo	Efectos de Fallo	S	Causas de Fallo	O	Riesgo (S*O)	Controles Actuales	D	NP R
Inadecuada manipulación del material sucio.	Contaminación de áreas limpias, aumenta el riesgo biológico para los trabajadores, aumento de infecciones.	5	Incumplimiento de las reglas del policlínico, no utilizar las medidas de protección.	3	15(Extremo).	Supervisión y control por parte del jefe de departamento de esterilización, control del cumplimiento de las medidas de Protección.	2	30
Uso incorrecto de los equipos de esterilización.	El material puede estar mal esterilizado y traer consecuencias adversas a los pacientes como la adquisición de alguna enfermedad contagiosa, infección o virus.	3	Desconocimiento de la técnica en uso, procedimientos incorrectos, equipos en mal estado técnico,	2	6(Moderado).	Revisión y control por el personal de electro medicina, supervisión de los técnicos.	2	12

Fisioterapia

Modo de Fallo	Efectos de Fallo	S	Causas de Fallo	O	Riesgo (S*O)	Controles Actuales	D	NP R
Mala recepción del paciente	Confusión y desinformación para los pacientes y sus familiares	2	Incorrecto proceder en el trabajo	2	4(Bajo).	Control mediante la revisión de los registros.	2	6
Incorrecta manipulación de los equipos	Exposición a altas frecuencias perjudiciales para la salud y deficiente proceso de recuperación.	3	Equipos en mal estado, deficiencias técnicas.	2	6(Moderado).	Inspección y revisión del jefe de departamento, así como la inspección del departamento de electro medicina.	3	18
Deficiente limpieza de las tinas	Contagio de enfermedades en la piel, verrugas, hongos, herpes, etc.	4	Déficit de materiales para la limpieza, Incumplimiento de los requisitos de riesgo biológico, procedimientos deficientes, no utilización de medios de protección.	3	12(Alto).	Control y supervisión de la empleada de limpieza y los técnicos del departamento.	3	36

Cuerpo de guardia

Modo de Fallo	Efectos de Fallo	S	Causas de Fallo	O	Riesgo (S*O)	Controles Actuales	D	NP R
---------------	------------------	---	-----------------	---	--------------	--------------------	---	------

Lámparas en mal estado	La iluminación a la hora de atender al paciente es deficiente por lo que se ve afectado el servicio en general	2	Carencia de equipos necesarios	3	6(Moderado).	Control y revisión de la instalación por el administrador y jefe de mantenimiento.	2	12
No utilización de medios de protección	Al estar en contacto con la sangre, la piel de los pacientes, secreciones, etc. Pueden adquirirse enfermedades, virus, bacterias de distintos tipos.	4	En ocasiones no se cuenta con los medios necesarios como tapabocas, guantes, etc. Negligencia en los procedimientos.	3	12(Extremo).	Revisión por la jefa de enfermeras en turno.	1	12

(Tabla # 20). Análisis modal de fallos y efecto (AMFE). Fuente: Elaboración propia.

Después de realizar el análisis de los principales riesgos en el policlínico Rudesindo A García del Rijo se exponen en la Tabla # 21 los resultados de la evaluación de las prioridades para el establecimiento del control de los riesgos de los mayores e iguales que 25.

Tabla # 21: Resultado de la evaluación de las prioridades para el establecimiento del control en el policlínico objeto de estudio (Fuente: elaboración propia).

Modo de fallo	Servicio	S	NPR
No utilización de medios de Protección	Laboratorio Clínico	5	30
Proceso de fregado inadecuado	Laboratorio Clínico	--	32
Inadecuada manipulación del material sucio	Esterilización	5	30

Deficiente limpieza de las tinas	Fisioterapia	--	36
----------------------------------	--------------	----	----

3.4 Propuesta de medidas correctivas, preventivas y/o de mejora

Para dar solución al resultado del análisis de la evaluación se hace una propuesta de medidas correctivas, preventivas y/o de mejora para eliminar los riesgos o reducirlos a niveles aceptables.

Cumplir los protocolos establecidos en cuestión de protección, así como mantener una vigilancia estricta para el cumplimiento del mismo. Responsable: Jefe de Laboratorio.

Control del trabajo de las auxiliares de limpieza, realizar inspecciones para determinar el estado de los fregaderos y hacer reposiciones en caso de mal estado, prever el suministro de sustancias necesarias para el fregado. Responsable: Jefe de Laboratorio, Jefe de mantenimiento y jefe de limpieza.

Supervisión y control constante sobre el trabajo, vigilar por el cumplimiento de las normas sobre riesgo biológico. Responsable: Jefe de departamento de Esterilización.

Mantener un control sistemático sobre el trabajo de limpieza, velar porque se entregue estrictamente el material necesario para la limpieza de los equipos así como revisar y comprobar constantemente el estado de los mismos. Responsable: técnicos de fisioterapia en general y jefe de la sala.

3.5 Conclusiones parciales

Se diseñaron los diagramas de flujo de los principales servicios del policlínico, material e informativo, permitiendo caracterizar bien las actividades.

Como resultado en la etapa II se identificaron los modos de fallos, los efectos y causas del fallo, todo lo anterior permite calcular el nivel de riesgo en cada paso del proceso.

Se identificaron los modos de fallos más críticos como no utilización de medios de protección, proceso de fregado inadecuado, inadecuada manipulación del material sucio, deficiente limpieza de las tinas entre otros.

Se proponen mejoras definiéndose los responsables para cada modo de fallo.

CONCLUSIONES

La búsqueda bibliográfica realizada permitió conocer elementos importantes sobre las concepciones de la Gestión de Riesgos en instituciones de salud pública.

El procedimiento seleccionado permitió la gestión de los riesgos presentes en los servicios prestados del Policlínico docente Rudesindo A García Del Rijo de Sancti Spíritus.

El procedimiento aplicado permitió identificar once modos de fallos y establecer medidas de prevención en los servicios de Laboratorio Clínico, Esterilización, Fisioterapia y Cuerpo de Guardia brindados por el Policlínico.

RECOMENDACIONES

Aplicar el procedimiento para gestionar los riesgos en los restantes servicios que brinda el policlínico como son rayo x, ultrasonido, oftalmología, higiene, estomatología, ginecología, etc. Como también llevar este procedimiento de gestión a otros centros de salud del municipio de Sancti Spiritus.

BIBLIOGRAFÍA

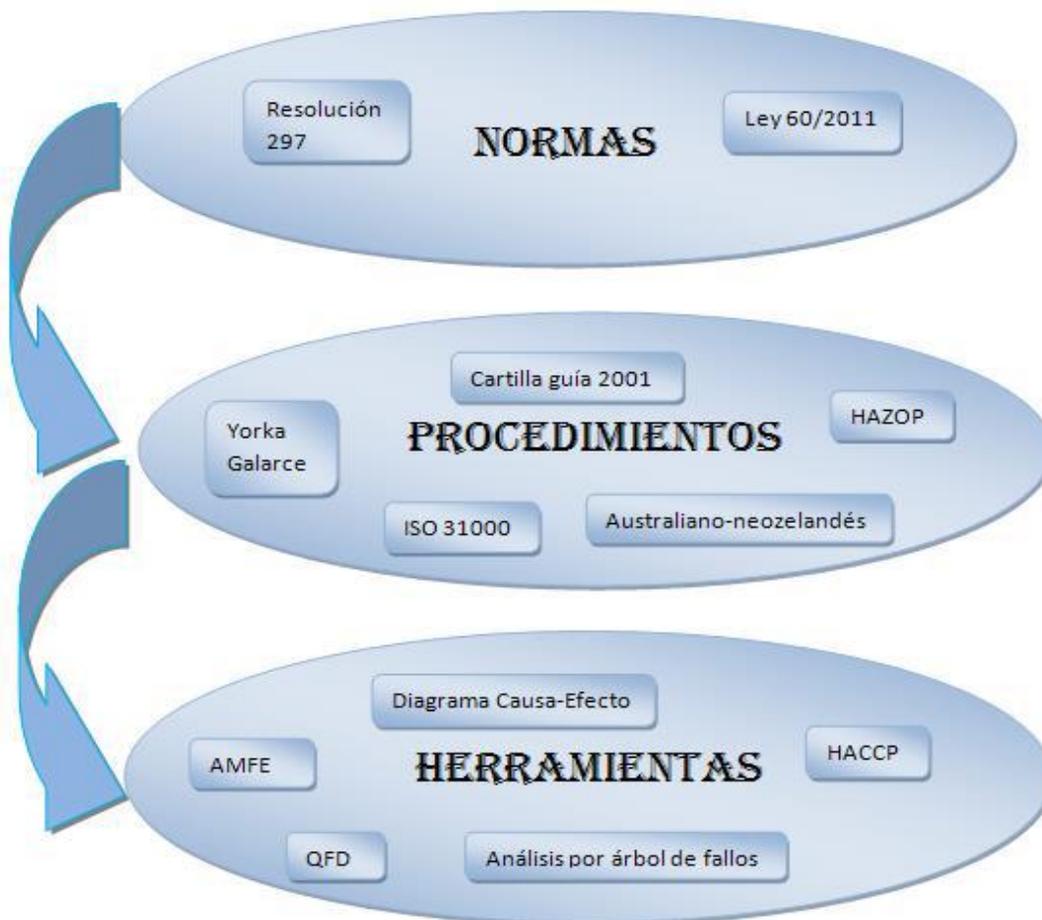
- 9001, I. (2015). Sistemas de gestión de la calidad Requisitos.
- 9004, I. (2009). Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora del desempeño.
- Aguirre, M. S. (2002). La Gestión de Calidad como factor clave de competitividad y fidelización de clientes en empresas de servicios.
- Caballano, A. J. L. (2009). Fundamentos y conceptos. Sistemas de la calidad.
- Canacintrasp. (2010). La eficacia y la eficiencia en una organización.
- Carnota, L. O. (2005). Garantía de calidad en salud. En: Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud.
- Constitución. (2019).
- Conway, W. F. (1988). The correct way of managing.
- Corella, J. (1996). La Gestión de servicios de salud.
- Crosby, P. B. (1989). *La calidad no cuesta: El arte de asegurar la calidad*. México: Editorial Continental.
- Cuatrecasas, L. (1999). Gestión integral de la calidad. Implantación, control y certificación.
- Cuatrecasas, L. (2000). *Gestión integral de la calidad. Implantación, control y certificación*. (Ediciones Interamericana ed.). Barcelona: España.
- Deming, W. E. (1989). *La salida de la crisis*. Madris: España.
- Espiñeira, & Sheldon. (2005). COSO y el Marco de Gestión Integral de Riesgos.
- Feigenbaum, A. V. (1994). *Control Total de la Calidad* (Edición Revolucionaria ed. Vol. (3ª ed.). La Habana: Cuba.
- Feigenbaum, A. V. (2001). *Control Total de la Calidad* (Edición Revolucionaria ed.). La Habana: Cuba.
- Fernández Clua, M. (2011). Calidad integral de los servicios.
- García, N. (2010). Libro Blanco sobre la Implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Instituciones de la Sanidad Pública Cubana y Boliviana.
- Gómez, J. (2012). Procedimiento para la gestión de los riesgos en los procesos claves del cardiocentro "Ernesto Guevara de la Serna.
- González, C. (2011). Planificación de la Calidad.

- Gonzalo, A. (2006). Gerencia de riesgo: Modelo de gerencia de riesgo basado en el estándar europeo.
- Hurtado de Mendoza Fernández, S. (2003) "Cómo seleccionar los expertos". Consultado en <http://www.monografía.com>. Marzo 2011
- Iñiguez, R. L. (2012). Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba.
- Ishikawa, K. (1988). *¿Qué es control total de la calidad?* LaHabana: Cuba.
- ISO 9000. (2005). Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.
- Jaramillo, J. (1998). Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. Introducción a la gestión de riesgos empresariales.
- Jimenez Panequel, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Juran, J. M. (1993). *Manual de Control de la Calidad*.
- Koprinarov, B. (2005). El riesgo empresarial y su gestión analítica. Lineamientos. (2011).
- Madrigal, J. B. (2004). Introducción a la gestión de riesgos empresariales.
- Moreno Ortega, M. (2010). La Gestión de la Calidad: un reto de las organizaciones.
- Pérez Campdesuñer, R. (2006). *Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Técnicas. Modelo y procedimiento para la gestión de la calidad del destino turístico holguinero*.
- Quincosa Díaz, Y. (2005). Metodología para Gestionar Riesgos empresariales. Una herramienta indispensable para la empresa moderna.
- Rodríguez, S. Y., de León, R. L., & Gómez, F. O. (2016). Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la Atención Primaria de Salud.
- Siegel, F. (1987). Diseño experimental no paramétrico. Mc Graw Hill.
- Soldano, A. (2008). Conceptos sobre Riesgo.
- Sorli, M., & Ruiz, J. (2004). . QFD Una herramienta para el futuro.
- Toro, L. F., Bareño, J., Guzmán, P. A., & Correa, J. C. (2012). Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud.
- Ulloa Gleason, F. A. (2003). La importancia de los sistemas de calidad en el sector de la salud.

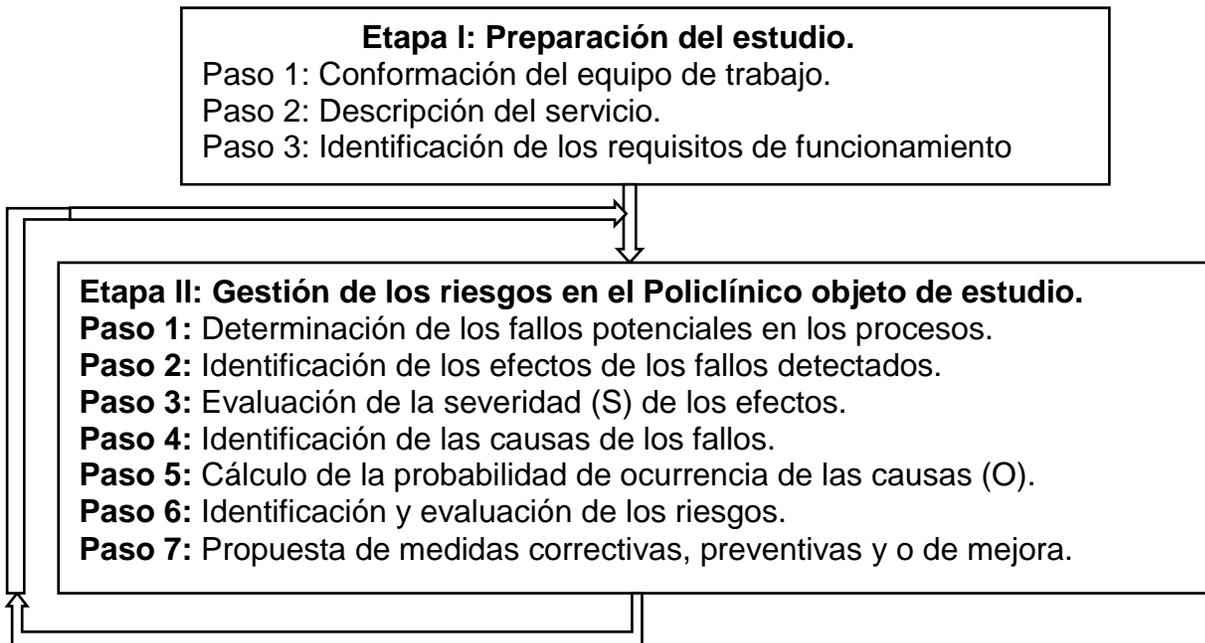
- Vera Rodríguez, G. (2012). *Diseño de un procedimiento para el análisis y evaluación de los riesgos en la sala cuidados perinatales. Hospital "Mariana Grajales"*.
- Williams, I. G. (2011). Calidad de los servicios de salud.
- Yamaguchi, K. (1989). El aseguramiento de la calidad en el Japón.
- Zambrano Rodríguez, H. (2007). Lineamientos para la gestión del riesgo en las instituciones de salud del distrito capital.

ANEXOS

Anexo 1. Relación entre las normas, procedimientos y herramientas utilizadas. Fuente: Elaboración propia.



Anexo # 2: Procedimiento para la gestión de los riesgos en el servicio prestado por el policlínico Rudesindo A García del Rijo de Sancti Spiritus. Fuente: (Vera, 2012)



Anexo # 3. Simbología del diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia.

Diagrama de flujo: Simbología

