

**Universidad de Matanzas**  
**Sede “Camilo Cienfuegos”**  
**Facultad de Ciencias Empresariales**  
**Departamento de Ingeniería Industrial**



**Trabajo de Diploma**  
**Tesis en opción al título de Ingeniería Industrial**

**Título:** “Instrumento para la autoevaluación frente a la Acreditación Hospitalaria.”

**Autora:** Heidy García Arafet

**Tutoras:** Ing. Cinthya López Álvarez

Dr.C. Arialys Hernández Nariño

**Matanzas, 2019**

# *Pensamiento*

*“¿En qué se puede mejorar indefinidamente, ilimitadamente?*

*En la Calidad de los Servicios Médicos.”*

*Fidel Castro Ruz*

*23 de Marzo de 1979*



*Declaración de autoridad*

*Heidy García Arafet*

## ***Declaración de Autoridad***

*Yo, Heidy García Arafet, declaro ser la única autora de esta Tesis en opción al título de Ingeniera Industrial y autorizo a la Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos" a disponer de su uso cuando estime conveniente.*

*Para que así conste firmo la presente a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2019.*

\_\_\_\_\_

*Firma del Autor*

\_\_\_\_\_

*Firma del Tutor*



## **Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

-----  
*Firma del presidente del tribunal*

-----  
*Miembro del tribunal*

-----  
*Miembro del tribunal*

**Dado en Matanzas, el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2019**

## *Dedicatoria*

*A mi abuela que siempre soñó este momento tanto como yo, por su gran ayuda, por estar siempre ahí cuando la necesite y por su inmenso amor*

*A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto universitario brindándome su apoyo.*

*A mi hermano que todavía le queda un largo camino por recorrer, para que le sirva de ejemplo en su vida y sea una guía e impulso para llegar al final.*

*A mis Tíos, a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo.*

*A mi abuelo, que desde el cielo ha estado cuidándome y guiándome.*

*A todos los que como yo están felices en este momento y que de alguna otra forma contribuyeron para que estos años que pasé en la universidad se convirtieran en los mejores de mi existencia.*

*"Una casa se construye con troncos, piedras, losas, pilares y entrepaños; un hogar se construye con actos de amor que siempre perduran, a pesar de los años"*

*Anónimo*

## *Agradecimientos*

*La vida está llena de obstáculos y sacrificios, que no pudiera enfrentar sin el apoyo de personas especiales que me acompañan en el transcurso de esta, por ello quiero agradecerle:*

*A mi mamá, por la confianza y el apoyo brindado que sin duda alguna en el trayecto de la vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.*

*A mi abuela, por todo su esmero y esfuerzo en todos estos años de estudio, por ser lo más grande en mi vida, por indicarme siempre que es lo mejor y un ejemplo para mí. Por enseñarme desde pequeña a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.*

*A mi hermanito Osvaldo, por ser todo para mí.*

*A mi Tía Yamila, Tío Héctor y mi primo Mario, por brindarme su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera y durante toda mi vida, aunque estén lejos los llevo siempre en mi corazón y en mi mente.*

*A mi papá, que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.*

*A mi Tía Lourdes y mis primos, por apoyarme durante este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.*

*A mis compañeros por estos cinco años inolvidables, especialmente a Marian por ser mi confidente y estar presentes en los momentos importantes de mi vida.*

*A Gabriel, por estar a mi lado en todo momento, a pesar de los tiempos difíciles siempre logra hacerme sonreír y aliviar mis preocupaciones.*

*A mis profesores y especialmente mi tutora Cinthya por haber formado parte de este sueño y exigirme el máximo mío, por ser guía, maestro y amigo a la vez.*

*Pero muy especialmente a mi abuelo que ya no está conmigo, pero sé que nunca me ha abandonado, me ha guiado en los momentos más difíciles y ha sido mi ángel de la guarda. Por darme todo y ser tan incondicional.*

*A todos GRACIAS porque sin ellos no estuviera a punto de graduarme y ver el resultado de todos estos años de estudios.*

*MUCHAS GRACIAS*

## Resumen

La acreditación de centros y servicios sanitarios es, sin duda, el método de garantía de calidad más aceptado. El sistema de acreditación cubano abarca varios subsistemas de atención y dentro de ellos propone iniciar su implantación por los hospitales, además, dentro de sus propósitos plantea impulsar procesos de autoevaluación y evaluación externa. A pesar de la importancia de este tema, los instrumentos que existen no ofrecen una guía coherente que facilite el proceso de acreditación hospitalaria, homogenice la comprensión de los estándares y se adapte a las características de las organizaciones de salud del territorio, lo que constituye el problema científico de esta investigación. De manera que, el objetivo es proponer un Instrumento para la autoevaluación frente a la Acreditación Hospitalaria. Para dar cumplimiento a este objetivo se utilizaron un conjunto de técnicas y herramientas que sirven de soporte a la investigación, entre las que se encuentran: la entrevista, observación directa, revisión de documentos, análisis de afinidad, método Delphi, método Saaty de Análisis Jerárquico, Método de Expertos y Triángulo de Füller. También se utilizaron diversos softwares entre los que se encuentran: el software libre AHP Analytic Hierarchy Process, Visio, Excel, y EndNote. Entre los principales resultados alcanzados están: el diagnóstico del proceso de acreditación hospitalaria en la provincia, se lograron definir los criterios generales y subcriterios a evaluar, la relación entre ellos y se establecieron los pesos de los mismos.

## **Summary**

Accreditation of health centers and services is undoubtedly the most accepted method of quality assurance. In this sense, the accreditation models constitute a valuable self-assessment approach that allows us to know the degree of progress in their direction towards hospital accreditation. Despite the importance of this topic, the previous instruments of self-evaluation do not present a coherent guide that facilitates this process, homogenizes the understanding of the standards and adapts to all organizations, which constitutes the scientific problem of this investigation. Therefore, the objective is to propose a preliminary Instrument for self-evaluation against Hospital Accreditation. To fulfill this objective, a set of techniques and tools were used to support research, including: interview, direct observation, document review, affinity analysis, Delphi method, Saaty method of hierarchical analysis, expert method and Füller's Triangle. Various software tools were also used, among which are the free software AHP Analytic Hierarchy Process (Excel Template with Multiple Inputs), Visio, Excel, and EndNote. Among the main results achieved are: the diagnosis of the hospital accreditation process in the province, it was possible to define the general criteria and subcriteria to be evaluated, the relationship between them and their weights established.

Índice	
Introducción .....	1
Capítulo I: Marco teórico referencial .....	8
1.1 Conceptualización de la Calidad .....	9
1.2 Gestión de la Calidad .....	10
1.3 Gestión de la calidad en salud .....	12
1.4 Acreditación. Antecedentes históricos y definición .....	14
1.5 Modelos de acreditación .....	17
1.6 Evaluación de la calidad.....	22
1.7 Cuba en la Acreditación de Instituciones de salud .....	24
Capítulo II: Diseño metodológico de la investigación.....	28
2.1 Procedimiento para elaborar un Instrumento para la autoevaluación frente a la Acreditación Hospitalaria.....	28
2.2 Herramientas utilizadas en la investigación .....	35
Capítulo III: Aplicación del procedimiento para la creación del Instrumento para la autoevaluación frente a la Acreditación Hospitalaria. ....	47
3.1 Caracterización y diagnóstico de la situación actual del proceso de autoevaluación para la acreditación en la organización hospitalaria objeto de estudio.....	47
3.2 Definición de los aspectos a medir que conforman el instrumento de autoevaluación .....	56
3.3 Obtención de coeficientes de prioridades (pesos) por métodos multicriterios .....	60
3.4 Creación de la clave para evaluar cada uno de los aspectos ponderados. ....	64
Conclusiones .....	66
Recomendaciones.....	67
Bibliografía.....	68
Anexos.....	72

## Introducción

La realidad convulsa y cambiante del mundo organizacional de hoy ha obligado a las organizaciones laborales a modificar su estilo de pensamiento en el desarrollo de sus actividades, para poder adaptarse a las nuevas demandas y afrontar nuevos retos que aseguren su supervivencia. En las actuales condiciones, la calidad se ha convertido en una necesidad insoslayable para alcanzar una ventaja competitiva, no basta con una adecuada gestión financiera, debe equilibrarse con otras variables importantes y no tangibles de la empresa, para ello es crucial la actuación competente y motivada del personal, acorde con una cultura de calidad y bajo un proceso de dirección acertado.(Acosta Quintana, 2011)

La empresa de servicios constituye una entidad en constante cambio, ya sea por fenómenos de perfeccionamiento o involución. La práctica diaria ha demostrado que es imposible mantener una política adecuada de dirección si no se cuentan con los mecanismos, herramientas y recursos (financieros, materiales y humanos) que puedan garantizar el éxito de la gestión de cualquiera de los procesos que intervienen en ella. (Rubiera García, 2008)

Según Ruíz (2001) la calidad del servicio, es hoy un requisito imprescindible para competir en el ámbito empresarial mundial, por las implicaciones que tiene en los resultados, tanto en el corto como en el largo plazo,son muy positivas. De esta forma, la calidad del servicio se convierte en un elemento estratégico que confiere una ventaja diferenciadora y perdurable en el tiempo para aquellas empresas que tratan de alcanzarla.

La empresa contemporánea no solo busca la eficiencia de sus procesos, sino la eficacia de su gestión. Uno de los modelos de gestión ampliamente difundidos en la actualidad son los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC), ellos inducen a las organizaciones a analizar los requisitos del cliente, definir y mantener bajo control los procesos que contribuyen al cumplimiento de los mismos.(González & Rodríguez, 2008)

La gestión de la calidad ha sido reconocida como un paradigma de la administración para mejorar el funcionamiento y competitividad organizacional. El rol como soporte fundamental de la calidad entra en juego al crear un impacto directo en cada aspecto de la estrategia administrativa.

Cualquier organización que pretenda brindar un servicio con credibilidad, eficiencia, confiabilidad, rigor científico y seguridad deberá desarrollar e implementar un sistema de gestión de la calidad (SGC), desde esta perspectiva, su implementación en el sistema de salud se presenta como una alternativa válida e imprescindible, que aumentará la expectativa del éxito, aparejado a los adelantos científico-técnicos.(Betancourt, 2015)

El mundo actual exige que las organizaciones tengan la capacidad de dar evidencias objetivas de calidad y en este momento el tema es fundamental para responder a los principales objetivos señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que plantea la necesidad de conseguir una elevada satisfacción, excelencia profesional, ser eficientes en el uso de recursos, ofrecer una atención con un riesgo mínimo para los pacientes y medir el impacto final de las acciones en términos de ganancia de salud para los ciudadanos. (Mejías Sánchez et al., 2013)

La calidad en la prestación de los servicios de salud es un tema de gran importancia y a su vez de difícil manejo dentro del contexto actual. La situación de salud se encuentra en una transición caracterizada por el mejoramiento progresivo, desigual e inequitativo y la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, la cual afecta con mayor severidad a la población más pobre, con diferencias evidentes de género. En el cual el mayor enfoque está dirigido hacia los aspectos administrativos, financieros, económicos, recursos humanos y servicios al cliente, dejando en segundo plano lo que se constituye en la obligatoriedad de los estados de garantizar el servicio de salud en términos de calidad.(Ortega Alarcón, Hernández Palma, Mariano, & Herrera Flórez, 2015)

El sistema social cubano, en cambio, constituye un ejemplo al lograr el acceso pleno a los servicios de salud de todo el pueblo y tiene el reto actual de continuar desarrollándose. Resulta imprescindible la ejecución de acciones encaminadas a fomentar la calidad de los servicios en las instituciones hospitalarias, con los objetivos de alcanzar la Excelencia para dar cumplimiento a la Política planteada por la Dirección del País e instrumentar las Proyecciones de la Salud Pública Cubana hasta el 2015.

En Cuba, la calidad en salud constituye una prioridad política y estatal, que se fundamenta en un conjunto de principios organizativos que están respaldados legalmente. La estrategia nacional de gestión de la calidad en el sector sanitario define la política de calidad del Ministerio de Salud a partir de:

- la accesibilidad a los servicios de salud para toda la población cubana, sobre una base universal, gratuita, regionalizada e integral, a través de su red de instituciones, que permite incrementar, tanto de forma individual como colectiva, los índices de mejoría de la calidad de vida y la satisfacción del paciente, sus familiares, la comunidad y los trabajadores de la salud que brindan dichos servicios.
- la búsqueda de la excelencia de los servicios de salud, basados en el cumplimiento de los requisitos para alcanzar la condición de Colectivo Moral de la Salud, de los estándares internacionalmente aceptados y la mejora continua en todos los procesos de organización, dirección y formación de sus recursos humanos.
- la aplicación de los avances de la ciencia y la técnica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y la promoción de hábitos saludables entre la población. (Betancourt, 2015)

Aparejado a ella la Estrategia nacional de gestión de la calidad en el sector salud tiene como objetivo general impulsar la mejora homogénea y sostenible de la calidad del servicio sanitario cubano en busca de la excelencia, situando la calidad entre los objetivos prioritarios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Para ellos están trazados un grupo de objetivos estratégicos dentro de los que destacan:

- Perfeccionar continuamente la calidad de los servicios de salud, teniendo en cuenta el desarrollo y cumplimiento de las legislaciones, normas, guías de práctica clínica y protocolos de actuación.
- Implementar el Sistema Integral de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, como herramienta de trabajo para la mejora continua de los procesos que se realizan en los servicios de salud. En este objetivo se destaca la necesidad de diseñar este sistema integral como herramienta metodológica para la implementación de un sistema de gestión en las instituciones del SNS.
- Lograr paulatinamente la acreditación y certificación de las instalaciones y servicios, la certificación interna, a través de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en las unidades del sector.

En los Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución se refleja la marcada intención de hacer cumplir este programa, esto se menciona explícitamente en el lineamiento 126 donde se plantea elevar la calidad del servicio que se brinda, el cumplimiento de la ética médica, 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. También en el 129 se expresa la necesidad de dar continuidad al proceso de reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud, con la calidad necesaria, incluyendo la atención de urgencias y el transporte sanitario, a partir de las preocupaciones de cada provincia y municipio, garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente.(PCC, 2017)

Es un objetivo imperioso para el país acelerar el proceso de implementación de sistemas de gestión de la calidad que avalen y soporten los servicios de salud, aportándole credibilidad, eficiencia, confiabilidad, rigor científico y seguridad, para garantizar un aumento sostenido y ascendente de la satisfacción de los principales usuarios: los pacientes.(Betancourt, 2015)

El Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria plantea que es un imperativo disponer de un diseño metodológico que incluya líneas de trabajo para elevar la calidad de la atención médica en los hospitales, con un sistema evaluativo capaz de detectar las alteraciones que puedan aparecer. Esto requiere a su vez un programa que permita alcanzar dichas expectativas.

En la actualidad, las actividades encaminadas a garantizar y mejorar la calidad en el sector de la salud se llevan a cabo en dos direcciones estrechamente relacionadas: la evaluación externa y la gestión interna de la calidad de las instituciones de salud, estas tendencias se han desarrollado siguiendo los cambios que han ocurrido en la administración de los servicios de salud bajo la influencia del entorno socioeconómico. (Belzunegui, Busca, López-Andújar, & Tejedor, 2010)

Forrellat Barrios (2014) plantea que los esfuerzos deben orientarse a como se hacen las cosas, estandarizar procesos, acreditar servicios, estas herramientas permitirán mejorar el trato y disminuir los errores clínicos y administrativos, lo cual posibilitará tener un mejor manejo, que sin duda será reconocido por la población.

El sector de salud es un campo proclive al desarrollo de investigaciones, pues existe una necesidad en la práctica, así lo evidencia la política del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica de Salud que apunta hacia la importancia de realizar más investigaciones de todo corte, incluyendo gerenciales, de acreditación y certificación de servicios de salud.

En la bibliografía revisada en el ámbito nacional se perciben varias investigaciones relacionadas con la calidad en salud, entre las que destacan, Carnota Lauzán (2011) quien contribuyó al mejoramiento de los procesos asistenciales y aportó iniciativas para la mejora del trabajo a escala de individuos; por otro lado Castell-Florit Serrate (2013) contribuye al logro de resultados positivos en la conducción de la compleja red de sistemas y servicios de salud y demuestra la necesidad de integralidad que deben tener todos los niveles de atención; Ramírez Betancourt et al. (2014) se enfoca en los programas de mejora y en el estudio de los costos de calidad, con el objetivo de optimizar el aprovechamiento de los recursos y Carnota Lauzán (2016) aborda los principales elementos a tener en cuenta para la gestión adecuada de los servicios de salud pública, incluyendo el Cuadro de Mando Integral y el uso de las TICs.

La provincia de Matanzas no está ajena a esta situación y en los últimos años se han logrado investigaciones en este sector, analizando elementos fundamentales de la gestión de la calidad en los servicios y el control de gestión como la implementación de indicadores, entre ellas destacan Hernández Junco (2009), Hernández Nariño (2010), Escoriza Martínez (2010) y Marqués León (2013).

Es tarea permanente del Sistema Nacional de Salud continuar con programas de acreditación y perfeccionamiento hospitalario, realizar estudios prospectivos, diseñar nuevos manuales de organización y procedimiento, actualizar las políticas existentes con respecto al ingreso, consulta externa, urgencias y diagnósticos alcanzados; todo lo cual está estrechamente alineado con las prioridades de investigación del MINSAP y la mejora de la gestión hospitalaria.

En este contexto son cada vez más crecientes las publicaciones al respecto de la calidad en salud, vinculadas muy estrechamente con la acreditación y certificación de estos servicios (Cuba Venereo et al., 2011; Da Motta Duarte & Silvino, 2012; Martins Sobrinho, Couto Ribeiro, Alves, Figueiredo Manzo, & Viana Nunes, 2015) y esta a su vez con la búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua de los procesos (Rodríguez, 2013) y el desarrollo científico- técnico (Hernández Betancourt, 2015; Vargas González, Valecillos, & Hernández, 2013), Apaúd (Hernández Nariño et al., 2017)

Es importante señalar que en la provincia no han florecido investigaciones encaminadas específicamente, a la acreditación y certificación de los servicios, aunque de una forma u otra los estudios realizados puedan tener alguna incidencia en ello.

La acreditación de centros y servicios sanitarios es, sin duda, el método de garantía de calidad más aceptado y una herramienta de gestión de procesos. Se puede definir como el proceso de evaluación externa al que se somete una organización sanitaria, basado en la revisión de unos criterios o estándares consensuados, cuyo cumplimiento manifiesta que ese centro desarrolla su función con parámetros de calidad, al menos, cercanos a la excelencia. (Belzunegui et al., 2010)

Actualmente el proceso de transformaciones en el SNS hace imprescindible la implementación del Sistema de Acreditación de las Instituciones de Salud, que responde a la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud 2016-2020.

El sistema de acreditación cubano abarca varios subsistemas de atención: hospitalario, atención ambulatoria, laboratorios de análisis clínicos, organización del transporte sanitario, programas específicos de atención (Ej. cáncer, enfermedades cerebro vasculares, cardiovasculares, etc.) y propone iniciar su implantación por los hospitales, además, hay que resaltar que dentro de sus propósitos plantea impulsar procesos de autoevaluación y evaluación externa con la participación de todos los trabajadores. ("Manual de Acreditación de Cuba," 2016)

La revisión documental y la entrevista realizada al metodólogo que atiende la estrategia provincial de gestión de la calidad, demostraron que solamente dos instituciones hospitalarias han culminado el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria: el Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Faustino Pérez, de Matanzas y el Hospital Dr. Mario Muñoz de Colón, como consecuencia de que los instrumentos anteriores de autoevaluación presentan determinada estructura, pero en la práctica según los expertos no todas las instituciones pueden hacer un uso adecuado de este y el mismo es susceptible de perfeccionamiento en la configuración de sus indicadores, en la estructura, en el modelo a seguir, en la escala y en la forma de evaluación.

A partir de lo planteado anteriormente, se define como **problema científico** que el instrumento que existe no ofrece una guía coherente que facilite el proceso de acreditación

hospitalaria, homogenice la comprensión de los estándares y se adapte a las características de las organizaciones de salud del territorio.

En correspondencia con lo anterior se define como **objetivo general** de esta investigación: Proponer un instrumento para la autoevaluación frente a la Acreditación hospitalaria.

Este objetivo general fue desglosado en los objetivos específicos siguientes:

1. Realizar una revisión bibliográfica de la literatura especializada sobre aspectos relacionados con la gestión de la calidad, modelos para la gestión de la calidad y acreditación hospitalaria.
2. Desplegar la secuencia de etapas y herramientas necesarias para llegar a un instrumento de autoevaluación.
3. Aplicar la secuencia de etapas en un componente seleccionado del Manual de Acreditación Hospitalaria vigente en el SNS.

Dentro de las principales herramientas y técnicas empleadas para la realización del trabajo se encuentran la entrevista, la observación directa, la revisión de documentos, el método Delphi, el método AHP, método de expertos, afinidad, Triángulo de Füller y el uso de software y paquetes informáticos como son: AHP Analytic Hierarchy Process (Excel Template with Multiple Inputs), Visio, Excel, y EndNote.

El Trabajo de Diploma se estructuró de la siguiente forma:

La Introducción donde se referencia a la situación problemática, definiéndose el problema científico a resolver, el objetivo general y los específicos, entre otros aspectos.

Capítulo I. Marco teórico referencial donde se exponen una serie de conceptos y definiciones.

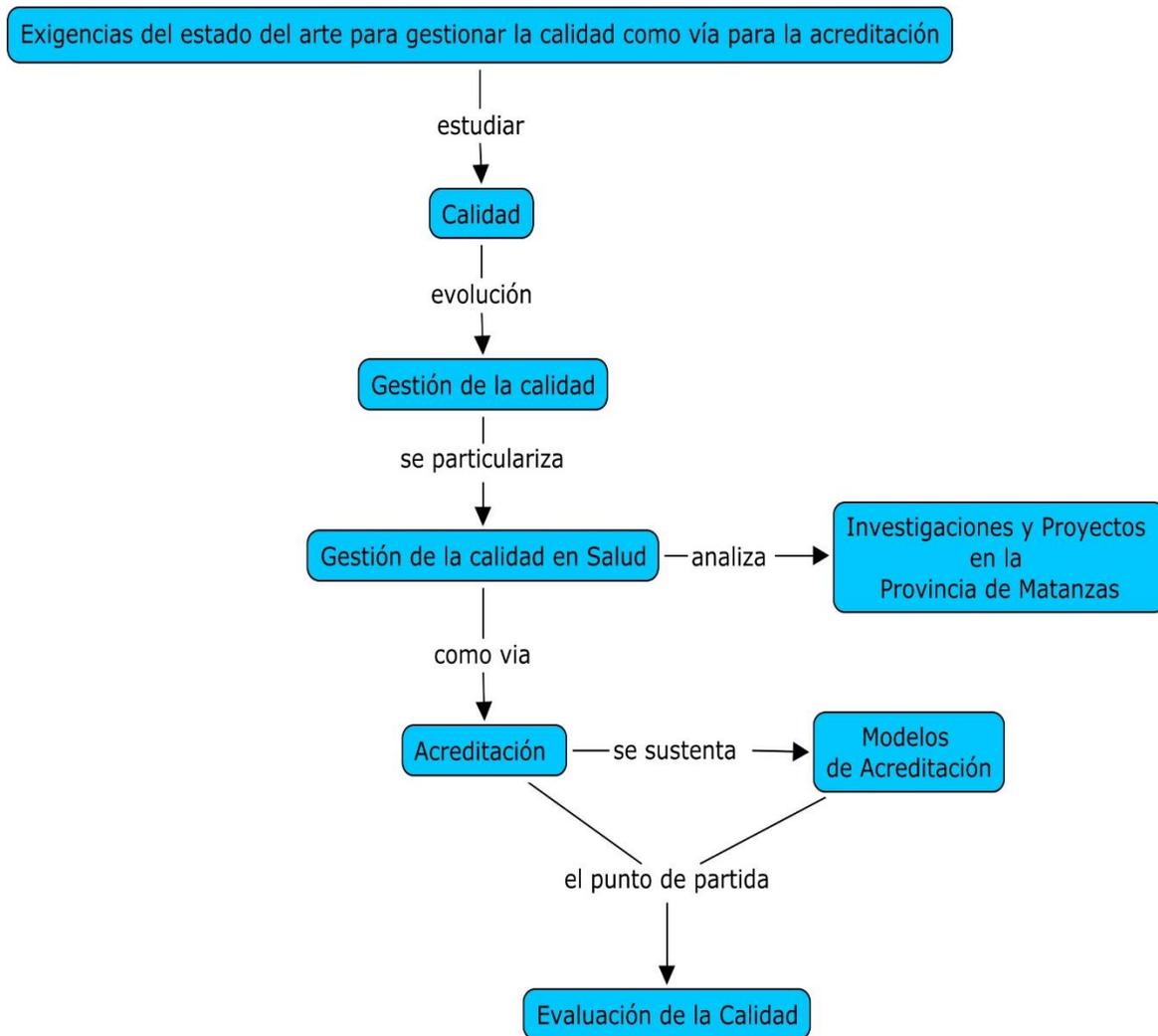
Capítulo II. Diseño del procedimiento para la elaboración de un Instrumento de autoevaluación para la acreditación hospitalaria.

Capítulo III. Aplicación del procedimiento para la elaboración preliminar del instrumento de autoevaluación para la acreditación hospitalaria.

Un cuerpo de conclusiones y recomendaciones, bibliografía y finalmente una serie de anexos como apoyo a distintos aspectos tratados a lo largo de la investigación.

## Capítulo I: Marco teórico referencial

Este capítulo tiene como objetivo definir las bases conceptuales fundamentales sobre las cuales se sustenta la investigación realizada. Se efectuó una amplia búsqueda bibliográfica, para analizar los criterios de diferentes autores sobre las temáticas abordadas. En la **figura 1.1** se muestra el hilo conductor para la elaboración del marco teórico referencial el cual se realizó con el uso del programa CmapTools<sup>1</sup>.



**Figura 1.1** Hilo conductor del marco teórico referencial

**Fuente:** Elaboración Propia

<sup>1</sup> Es un programa de ordenador, multiplataforma, que facilita la creación y gestión de mapas de conceptos. Permite que los usuarios creen fácilmente los nodos gráficos que representan conceptos, conectar estos nodos usando líneas, y enlazar palabras para formar una red de proposiciones interrelacionadas.

## 1.1 Conceptualización de la Calidad

Para entender el significado de calidad es necesario analizar diferentes definiciones de este término que se han presentado a través de los años. A continuación, en la **tabla 1.1** se relacionan algunos de ellos.

**Tabla 1.1** Definiciones sobre calidad

Autor	Definición
<b>Feigenbaum (1971)</b>	Calidad es el resultante total de las características de un producto y servicios de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través de las cuales el producto en uso satisface las expectativas de los clientes a un costo que les represente valor.
<b>Deming (1982)</b>	Grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo, adecuado a las necesidades del mercado. La calidad no es otra cosa más que una serie de cuestionamiento hacia una mejora continua.
<b>Ishikawa (1988)</b>	<p>La calidad es todo lo que alguien hace a lo largo de un proceso para garantizar que un cliente, fuera o dentro de la organización obtenga exactamente aquello que desea en términos de características intrínsecas, costos y atención que arrojará indefectiblemente satisfacción para el consumidor.</p> <p>Es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, útil y satisfactorio para el consumidor.</p>
<b>Schroeder (1992)</b>	Conjunto de características de una entidad, actividad, proceso y organización o cualquier combinación de ellos que le confiere aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas de acuerdo con su uso o aplicación prevista.
<b>Juran (1993)</b>	La calidad es aptitud o adecuación al uso, lo cual implica todas aquellas características de un producto que el usuario reconoce

	que benefician y siempre serán determinadas por el cliente, y no por el productor, vendedor o persona que repara el producto.
<b>OMT (1998)</b>	Resultado de un proceso que implica la satisfacción de todas las necesidades, exigencias y expectativas legítimas de los consumidores respecto a los productos y servicios, a un precio aceptable, y de conformidad con los factores subyacentes que determinan la calidad tales como la seguridad, la higiene, la accesibilidad, la transparencia, la autenticidad y la armonía de una actividad turística preocupada por su entorno humano y natural.
<b>Cantú Delgado (2001)</b>	Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto o un servicio para ser de utilidad a quien se sirve de él. Un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades de sus usuarios.
<b>Segura Domínguez (2006)</b>	Los requisitos básicos que presenta un producto durante la transacción, que hacen que el cliente repita y recomiende el mismo, a sus similares. Si estos requisitos superan las expectativas del cliente la frecuencia de uso o consumo aumenta en el tiempo, logrando así clientes fieles y satisfechos.
<b>NC:ISO/9000-2015</b>	<p>La calidad de los productos y servicios de una organización está determinada por la capacidad para satisfacer a los clientes, y por el impacto previsto y el no previsto sobre las partes interesadas pertinentes.</p> <p>La calidad de los productos y servicios incluye no sólo su función y desempeño previstos, sino también su valor percibido y el beneficio para el cliente.</p>

Fuente. Elaboración propia

Se debe mencionar que la NC:ISO/9000-2015 plantea que una organización orientada a la calidad proporciona una cultura que resalta el comportamiento, las actitudes, las actividades y los procesos, para entregar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertinentes.

Después del análisis de diversos autores, en la definición de calidad desde diferentes puntos de vista, según fueron variando las necesidades y las características de las personas y organizaciones a lo largo de la historia; partiendo de esto, se puede ver que su significado está relacionado con el grado de perfección de un producto o servicio que satisface las necesidades de los clientes y supera sus expectativas, para llevar a cabo acciones dentro de la entidad que logre sorprender al cliente para fidelizarlo con el producto ofertado.

Se puede concluir, que el concepto de calidad se ha transformado continuamente, lo cual le ha permitido mejorar y perfeccionar su función en cada período histórico y la satisfacción de los clientes cada vez más exigentes, por lo que conviene reflejar su evolución.

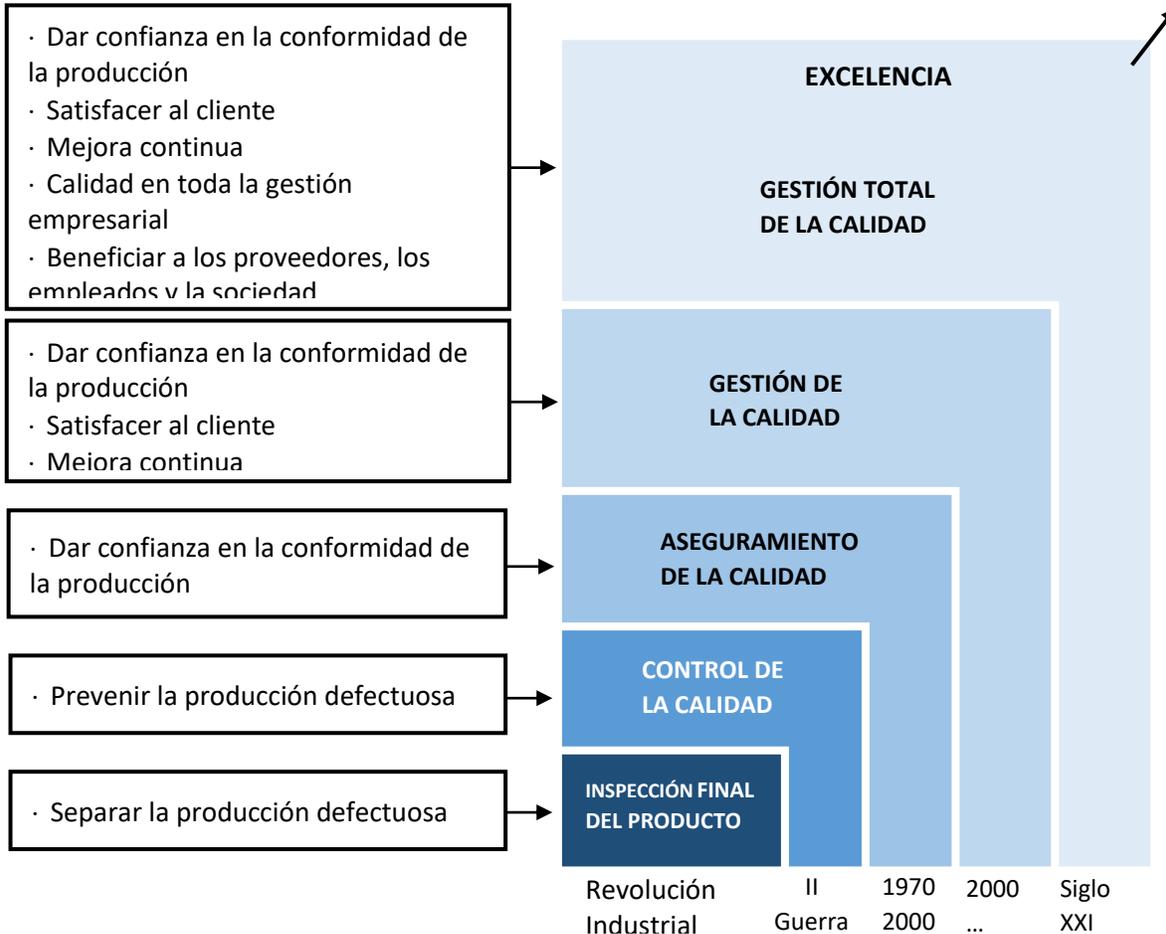
### 1.1.1 Evolución de la calidad

La calidad, como característica, peculiar o singular de los productos, no es algo nuevo en la larga historia de la humanidad. La batalla por asegurar que los resultados del trabajo humano respondan a las exigencias o expectativas de quien van a consumirlos, parece haber empezado desde muy temprano. Muchos autores han realizado estudios encaminados a la periodización en la evolución del concepto de calidad en las distintas etapas históricas, lo cual se encuentra intrínsecamente relacionados con las formas de organización de la producción y con las técnicas de administración. En la **figura 1.2** se describe su desarrollo histórico y los objetivos perseguidos en cada una de las etapas evolutivas transitadas.

Esta evolución ayuda a comprender de dónde proviene la necesidad de ofrecer una mayor calidad del producto o servicio que se proporciona al cliente y en definitiva, a la sociedad y cómo poco a poco se ha ido involucrando toda la organización en la consecución de este fin (Guerra Bretaña & Meizoso Valdes, 2012).

Así pues, hablar de calidad implica el conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el cual comparar la realidad y conseguir, mediante esta realidad, la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente. Un elemento más

que se debe añadir es que la calidad de un producto o de un servicio puede ser gestionada (Guix Oliver, 2015), por la relevancia del término se analiza en el siguiente epígrafe.



**Figura 1.2** Etapas evolutivas del desarrollo de la calidad

**Fuente.** Guerra Bretaña & Meizoso Valdes (2012)

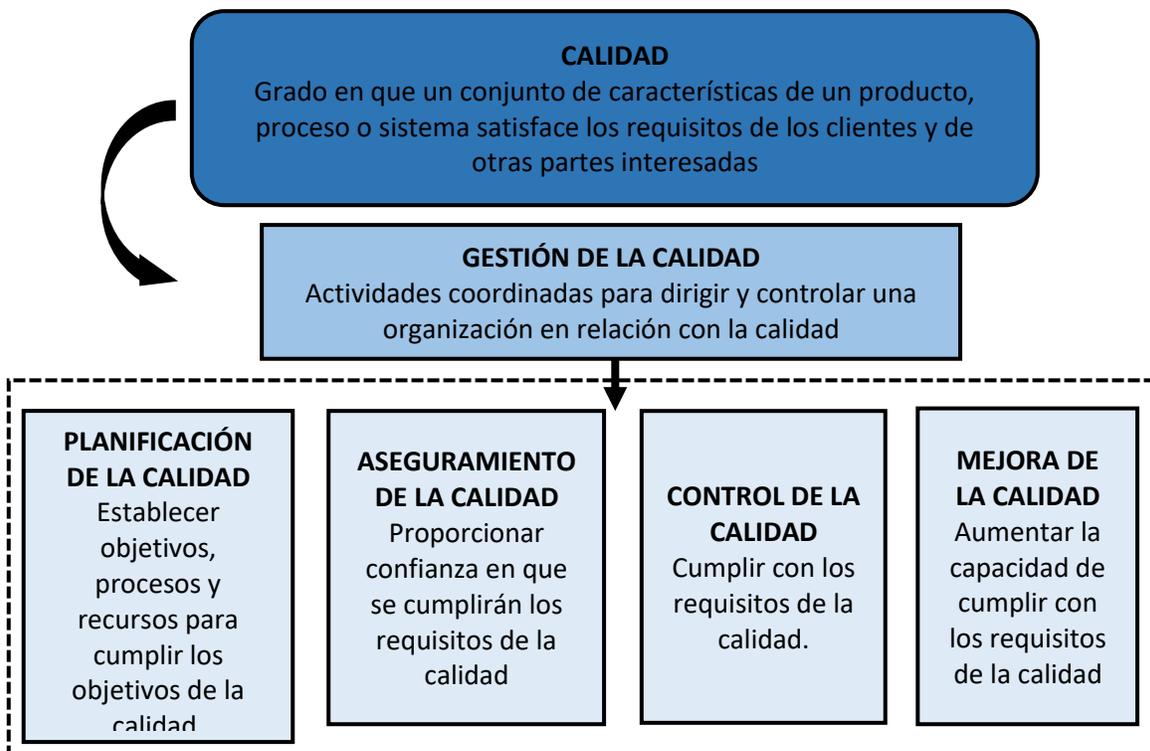
### 1.2 Gestión de la Calidad

De acuerdo a la definición que la *British Quality Foundation* (B.Q.F.) aportó, con respecto a las técnicas comprendidas en el paradigma de Gestión de la Calidad Total, es una filosofía de gestión empresarial que considera inseparables las necesidades del cliente y las metas de la empresa, asegura eficacia máxima dentro de la empresa y afianza el liderazgo comercial mediante la puesta en funcionamiento de procesos y de sistemas que favorecen la excelencia, al tiempo que impiden los errores y aseguran que todas las metas de la firma se logren sin despilfarrar esfuerzos (Gómez Paz, 2010).

La Gestión de la Calidad es el aspecto de la función general de una empresa que define y aplica políticas de calidad. La obtención de la calidad deseada requiere de la participación y compromiso de todos los miembros de la organización y la responsabilidad por la Gestión de la Calidad pertenece a la dirección superior. Por otro lado, incluye la planificación estratégica, organización de recursos y otras actividades sistemáticas, tales como los planes de calidad, las operaciones, y las evaluaciones (Carrasco Fernández, 2013).

Según Juran y Gryna (1988) es una responsabilidad de la alta dirección a la cual le corresponde emprender todos los programas de control de la calidad. Gestionar en función del beneficio y la producción no es suficiente, es necesario crear un ámbito para la gestión de la calidad en la empresa.

Para alcanzar dichos objetivos se deben integrar cuatro procesos: planificación, aseguramiento, control y mejora de la calidad, según la norma ISO 9000 2015, mientras que Juran en su trilogía plantea que son tres: planeación, control y mejora. Esto no significa que uno de los dos criterios sea erróneo pues, Juran incluye el aseguramiento dentro de la planeación. La **figura 1.3** muestra la relación de la Gestión de la Calidad y sus procesos.



**Figura 1.3** Procesos de la Gestión de la Calidad

**Fuente.** Guerra Bretaña & Meizoso Valdes (2012)

En consecuencia, cualquier organización que pretenda brindar un servicio con credibilidad, eficiencia, confiabilidad, rigor científico y seguridad deberá desarrollar e implementar un sistema de gestión de la calidad (SGC). Desde esta perspectiva, su implementación en el sistema de salud se presenta como una alternativa válida e imprescindible, que abra la expectativa del éxito, aparejado a los adelantos científico-técnicos (Betancourt, 2015).

### 1.3 Gestión de la calidad en salud

La asunción del concepto de calidad global supone un reto importante en cualquier contexto, ya sea empresarial, industrial o de otra índole; y en el caso de la prestación de un servicio sanitario en el ámbito de la salud, se puede equiparar a la capacidad del mismo para satisfacer las expectativas y necesidades de sus clientes/usuarios, tanto desde el punto de vista de su percepción como en cuanto a resultados considerados positivos desde un punto de vista más objetivo, incluyendo el coste.

La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado en el de cursar de los años. Lee y Jones (1933), en un documento ya clásico, definieron el concepto de “buena atención” como “la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o período determinado”, agregando que la calidad significa conformidad con normas y que dichas normas no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra.

Ese mismo año, dichos especialistas dan a conocer sus “Ocho artículos de fe”, donde fijan los que consideran son los principios de la buena atención médica. Más de 75 años después, no hay nada que objetar a tales principios (Piedad Roldán et al., 2001).

Sin embargo, la definición considerada clásica, es la de Avedis Donabedian, experto en este campo, quien la definió como una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en dónde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes (Donabedian, 1986).

Donabedian (1985) enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como su análisis mediante tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades.

Otros enfoques, aún más recientes, asocian la calidad con la efectividad y la eficiencia, lo que permite colocar la calidad en salud, no como un generador de altos costos, sino como una inversión segura. (Gérvas, Ortún, Palomo, & Ripoll, 2017)

Hay otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Autores como Nutting y Vouri, han dedicado años al estudio de la calidad en los servicios sanitarios y coinciden que para su mejor comprensión, ésta debe dividirse en componentes o dimensiones, entre las que se describen las siguientes: efectividad, eficiencia, adecuación, accesibilidad, continuidad, calidad científico- técnica y satisfacción (Hirschhorn et al., 2018).

La Organización Mundial de la Salud en su constitución afirma que "toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de la atención como un objetivo del macroproyecto de salud para todos". Este organismo considera cinco elementos fundamentales de la calidad: el alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población. (Alvarez & García, 2014)

Para el Institute de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, "la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud que se corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales." Esta definición resulta muy completa al considerar tanto individuos como poblaciones y al vincular la calidad con el desarrollo científico técnico y su dominio por parte de los prestadores (Piedad Roldán et al., 2001).

De este modo, ninguna definición por si sola podrá dar respuesta al amplio espectro de calidad, solo un análisis detenido de los componentes de la atención sanitaria desde el nivel de macro gestión hasta la micro gestión podría hacer llegar a una visión esclarecedora del concepto de calidad en salud. (Morim de Sa Moreira, 2012)

Actualmente la calidad en salud enfrenta nuevos retos ya que, a partir de determinados logros en los resultados clínicos, éstos no pueden mejorarse sólo con un incremento de las denominadas «competencias clínicas» tradicionales. Todo esto no es suficiente para alcanzar unos resultados clínicos óptimos, sino que deben articularse medidas e instrumentos para que aquellas competencias clínicas se apliquen sistemática y

adecuadamente en la práctica y estas herramientas necesarias están relacionadas con mejoras de la planificación, organización y gestión de los procesos clínicos. Esta búsqueda de más y mejores métodos, ha derivado en la implementación de sistemas de acreditación de servicios.

#### **1.4 Acreditación. Antecedentes históricos y definición**

Desde un enfoque general o «macro» son claves los sistemas de acreditación de servicios ya que constituyen una herramienta útil para alcanzar una cierta homogeneidad en las estructuras, recursos disponibles, la planificación, la organización y gestión de los procesos asistenciales, es sin duda, el método de garantía de calidad más aceptado y constituye hoy en día una firme recomendación por parte de la administración sanitaria (Belzunegui et al., 2010).

##### **1.4.1 Antecedentes de la acreditación en salud**

A principios del siglo XX, Ernest A. Codman publicaba su Teoría de Resultados Finales, la cual consistía en hallar posibles errores y sus causas, para evitar la repetición de eventos similares en un futuro (Otero, 2013).

En 1913, Codman fundó junto a otros colegas, el Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) bajo el lema “alentar a quienes están haciéndolo mejor y estimular la mejora de quienes aún no alcanzan esos niveles” (Otero, 2013). Con él avanzaron en el Programa de Estandarización Hospitalaria, un conjunto de estándares mínimos con el que se buscaba que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Este programa es el origen del actual sistema de acreditación que se conoce.

En 1951, este Colegio decidió crear una comisión independiente para la acreditación: esta institución es la que se conoce como *Joint Commission for Accreditation of Hospitals* (JCAHO), la cual también fue patrocinada por el Colegio Americano de Clínicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica Canadiense; esta última creó su propio Consejo Canadiense para la Acreditación de Hospitales en 1959 (Henaó Herrera, 2013).

Como una división de JCAHO se estableció en 1994 la *Joint Commission International* (JCI) con la meta de facilitar los servicios de acreditamiento mundial en más de 90 países. La JCI es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro ha acreditado

a miles de organizaciones prestadoras de servicios de salud a nivel global como hospitales, instituciones prestadoras de servicio (IPS) ambulatorias o a domicilio, asilos, laboratorios, entre otros. Su misión consiste en mejorar de manera continua, la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional brindando servicios de asesoría y educación, además de acreditación y certificación a nivel internacional (Roberts, Coale, & Redman, 1987).

Para finales del siglo XX, el proceso de acreditación se torna en un movimiento global liderado por la Sociedad Internacional para la Calidad en Salud (ISQua, por sus siglas en inglés). Este proceso denominado "Programa Internacional de Acreditación" se realiza a través de un set de estándares para evaluar al ente acreditador denominado estándares internacionales de acreditación y unos principios generales con los cuales se pueden estandarizar los estándares de acreditación denominados Principios Internacionales para Estándares de Atención en Salud (Henaó Herrera, 2013).

La *Joint Commission International* y ISQua trabajan en conjunto; pues la ISQua es la única institución que acredita a los acreditadores a través de su programa internacional de acreditación y le da reconocimiento a nivel mundial a las organizaciones acreditadas que alcanzan los estándares internacionales aprobados. La *Joint Commission International* completó en 2011 un proceso de reevaluación con el cual obtuvieron la reacreditación de la ISQua por otros 4 años. (Joint Commission International )

En América Latina desde 1990, Pan American Health Organization (PAHO), junto con la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), ha estado trabajando en definir el Manual de Acreditación del Hospital para América Latina y el Caribe, manteniendo las pautas para el desarrollo de la calidad en los servicios.(Guerra Bretaña & Marín Álvarez, 2017)

#### **1.4.2 Concepto de Acreditación**

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad (Ortega Alarcón et al., 2015).

Según la Academia Española (1956) se puede definir la acreditación como un proceso de evaluación externa al que se somete una organización sanitaria, basado en la revisión de

unos criterios o estándares consensuados cuyo cumplimiento manifiesta que ese centro desarrolla sus funciones con parámetros de calidad, al menos, cercanos a la excelencia.

El Manual de acreditación de México la define como un proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC). Dicho proceso se aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo niveles de atención o servicios de alta especialidad. (Juan López, Durán Fontes, & Santos Preciado, 2017)

La acreditación de los centros sanitarios es un proceso por el cual un hospital garantiza un nivel de competencias de la organización y le sitúa con relación a un conjunto de estándares previamente establecidos, consensuados y adaptados a cada territorio, es una forma de incentivar a los centros sanitarios hacia una mejora de la calidad asistencial y a la vez evaluar si una organización es competente para el trabajo que realiza. Pueden solicitar acreditarse todos los centros de atención sanitaria, públicos y privados (Martí, Llasat, Martí, Gallego, & Nolla, 2008).

Para entender mejor el concepto, se debe hacer unas aclaraciones, al menos de aquellos conceptos que causan mayor confusión. No se puede confundir acreditación con:

- Autorización: acto y documento por el cual se permite la realización de una actividad. Ésta emana de un poder que ejerce el gobierno y, por tanto, se hace obligatoria y previa al inicio del ejercicio correspondiente.
- Inspección: significa realizar un examen o reconocimiento con una finalidad fiscalizadora, para comprobar el cumplimiento de una normativa que se exige para desarrollo de una actividad. También es obligatoria.
- Certificación: certificar es hacer constar por escrito una realidad de hecho por quien tenga fe pública o atribución para ello. Es por ello por lo que la mayoría de las organizaciones acreditadoras extienden como colofón del proceso un documento certificando que se ha superado la evaluación llevada a cabo. En ocasiones se utiliza indistintamente acreditación o certificación (Belzunegui et al., 2010).

Existen dos premisas aceptadas universalmente respecto a la acreditación:

1. Que sea voluntaria, lo que la distingue de la autorización y homologación.
2. Que sea llevada a cabo por una entidad ajena a la propia institución.

De la segunda premisa se derivan las exigencias que debe tener la entidad acreditadora: capacidad generadora de consenso y aceptación respecto a los criterios de calidad que se evalúan, prestigio suficiente para transmitir una distinción y suficiente independencia de modo que no tenga ningún tipo de interés cruzado con la entidad a acreditar (Belzunegui et al., 2010).

Así pues, el fundamento de todos los sistemas de acreditación consiste en someter a la organización que quiere ser acreditada a unas normas establecidas por una organización independiente. En los últimos años, las organizaciones sanitarias han ido adoptando diversos modelos de acreditación que, si bien tienen un origen, unos objetivos y unos reconocimientos diferentes, todos están enfocados a la mejora de la calidad.

### 1.5 Modelos de acreditación

Los modelos de acreditación emergen como resultantes de los principales factores de éxito en las organizaciones, por tanto, son dinámicos, por lo que sus diferentes versiones en las diferentes regiones y países han ido evolucionando. Al mismo tiempo que establecen objetivos, fundamentos, conceptos, principios y criterios de la excelencia que se traducen en los aspectos encontrados en la práctica organizacional de elevado desempeño (P. F. T. García, Pino, Meza, De León, & Peña, 2011).

Las organizaciones del cuidado de la salud y particularmente los hospitales como un sector importante dentro del sistema de salud en cualquier país deben emplear métodos de dirección modernos y técnicas (Mesgari, Kamali Miab, & Sadeghi, 2017).

Los modelos actuales de gestión de la calidad que se aplican en las organizaciones sanitarias están influenciados por el desarrollo, durante la segunda mitad del siglo XX, del Total Quality Management (TQM) o gestión de la calidad total, en la industria japonesa y americana (Deming, 1982).

Sobre la base de un Modelo de Gestión de Calidad Total o de Excelencia se identifican y reconocen aquellas organizaciones líderes por el éxito alcanzado en la gestión global y de la calidad, en un franco camino hacia la excelencia. En la **Tabla 1.2** se muestra los principales sistemas de acreditación de la calidad.

**Tabla 1.2:** Sistemas de acreditación de la calidad

Globales para todos los sectores económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ISO (1947)</li> <li>– EFQM (1989)</li> <li>– Premios Malcolm Baldrige (EE. UU 1988)</li> <li>– Premios Deming (Japón 1951)</li> </ul>
Generales para Servicios Sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1951</li> <li>– Canadian Commission on Hospital Accreditation</li> <li>– King’s Found (Inglaterra. Auditoría desde 1980)</li> <li>– Australian Council on Healthcare Standards</li> <li>– Agencia Calidad Sanitaria Andalucía (ACSA 2002)</li> <li>– INACEPS (Comunidad Valenciana 2002)</li> <li>– Otros</li> </ul>
Específicos de Sociedades Científicas e Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>– JACIE. Joint Accreditation Committee ISCT &amp; EBMT. 1998 Trasplante células madre hematopoyéticas.</li> <li>– ONT. Sistema de Acreditación de. Organización nacional de Trasplantes dirigido a centros con unidades con capacidad de realización extracción y trasplantes de órganos y tejidos. 2000.</li> <li>– SEMES. Sistema de Acreditación para Servicios de Urgencias, Emergencias y urgencias en Atención primaria. 2004.</li> <li>– SEN. Sistema de Acreditación de la Sociedad Española de Neurología. 2006.</li> <li>– AEEH. Sistema de Acreditación de la Asociación Española de las Enfermedades hepáticas. 2009.</li> </ul>

**Fuente:** Belzunegui et al. (2010)

Los modelos de acreditación tienen en común algunos aspectos: han sido creados para la mejora de los resultados de las organizaciones, impulsan la mejora continuada a través de la aplicación del ciclo PDCA (planificar, hacer, verificar, actuar), están relacionados con la calidad (a distintos niveles, con distintos significados en el concepto), requieren el compromiso de la dirección, están orientados al cliente y pueden ser utilizados por las organizaciones como herramientas con un doble propósito: para que realicen una autoevaluación (análisis que permite conocer su situación de partida y establecer planes de

mejora) o para que se sometán a evaluaciones externas (acceder a premios y reconocimientos) (Morim de Sa Moreira, 2012).

En 1989, aparece la primera adaptación en atención sanitaria de un modelo de TQM, bajo el nombre de Continuous Quality Improvement de Berwick, que permitió teorizar un nuevo enfoque, orientado a satisfacer las necesidades de clientes y profesionales que contempla una forma de gestión que implica un cambio en toda la organización para conseguir el nivel más alto de calidad, la excelencia (Berwick, Godfrey, & Roessner, 1991).

De esta forma, primero en EE. UU. y Canadá, posteriormente en Australia y mucho después en Europa, nacieron diferentes programas de acreditación de centros sanitarios impulsados por organizaciones profesionales y científicas, que a lo largo de las últimas décadas han llevado a cabo actuaciones tanto en hospitales como en centros ambulatorios y psiquiátricos (Shaw, 2010).

Los modelos de referencia son, los modelos de excelencia, como el Premio a la Calidad Malcolm Baldrige de los Estados Unidos y otros premios, como el modelo europeo EFQM (European Foundation for Quality Management); el de la JCI o certificaciones utilizando la norma ISO 9001 de la Organización Internacional de Normalización (ISO) y sus adaptaciones al sector de la salud (Guerra Bretaña & Marín Álvarez, 2017).

### **1.5.1 Origen y estructura de los modelos de referencia**

#### **Premio a la Calidad Malcolm Baldrige**

Este modelo se crea en Estados Unidos en 1987, con un doble objetivo: sensibilizar al país y a las industrias, promocionando la utilización de la gestión de calidad total como un método competitivo de gestión empresarial y disponer de un medio para conocer los méritos de aquellas firmas que los hubieran implantado (J. García, Gargallo, & Pastor, 2015).

Malcolm Baldrige fue nombrado secretario de comercio por el presidente Ronald Reagan el 22 de enero de 1981 donde jugó un papel importante en el desarrollo de implementación de políticas de comercio y, además, tomó la iniciativa para resolver las dificultades en la transferencia de tecnología con China y la India.

Este programa de calidad nacional en Estados Unidos ha contribuido a mejorar la calidad y la productividad de las siguientes formas:

- Estimula a las compañías a mejorar su calidad y productividad por el orgullo de ser reconocidos, y a su vez obtenido grandes mejorías en los rendimientos.
- Reconoce los logros de aquellas compañías que han mejorado su calidad y que han prestado mejor su servicio; de esta forma dan un ejemplo para los otros.
- Establecen guías y criterios que pueden ser usados en negocios, industrias gubernamentales, y otro tipo de organizaciones evaluando su propia calidad y esfuerzo.
- Proveen una guía específica para otras entidades americanas que anhelan aprender a manejar una alta calidad por medio de tener información detallada en como las organizaciones líderes fueron capaces de cambiar su cultura y lograr ser eminencias (Oyarce & Jorge, 2013).

#### Joint Commission International

La Joint Commission International (JCI) es uno de los programas de acreditación más ampliamente reconocidos por el mundo, es la internacionalización de la Comisión de la Junta en la Acreditación de Hospitales (JCAHO) fundada en EE. UU. en 1951. La JCI se estableció en 1994 con la meta de facilitar los servicios de acreditación mundial en más de 90 países (Guerra Bretaña & Marín Álvarez, 2017).

El modelo JCI está basado en un proceso de evaluación externa independiente e imparcial, con estándares profesionales internacionales (16 países han colaborado en su aprobación) específicos del sistema sanitario, basada en el juicio entre pares, y que requiere una evaluación continuada y una puesta al día regular, a partir de introducir temas innovadores (Morim de Sa Moreira, 2012).

Su esquema inicial y filosofía general fueron semejantes a la ISO: determinación de estándares de origen profesionales para la autorregulación voluntaria. Solo que en vez de ser en el ámbito industrial fue en el ámbito específicamente hospitalario. En 2013, la JCI publicó la 5 edición de sus estándares de acreditación internacionales para hospitales que incluyen una sección para los centros médicos académicos (Guerra Bretaña & Marín Álvarez, 2017).

#### International Organization for Standardization (ISO)

La ISO es un organismo internacional de normalización, creado en 1947 y agrupa hoy más de 130 países con el objetivo de facilitar la coordinación y unificación internacional de las

normas, favoreciendo así el intercambio comercial. Es una federación no gubernamental cuya misión es promover el desarrollo de la estandarización en gran variedad de campos y actividades, facilitando el intercambio de conocimientos y la cooperación internacional. Está organizada en grupos de trabajo sobre diferentes campos de actividades y hace que puedan ser consensuadas las normas y estándares para cada uno de ellos. Estos acuerdos internacionales, realizados por expertos, se publican como Estándares Internacionales (Morim de Sa Moreira, 2012).

Las normas a que hace referencia el llamado modelo ISO para la gestión de la calidad son las ISO 9000, con estas las empresas certificadas pueden demostrar que trabajan conforme a procedimientos escritos y documentados, conocidos por toda la organización y sometidos a un seguimiento periódico y continuo. En el caso de la gestión de la calidad, la norma aplicable para la certificación es la ISO 9001:2015, que se refiere a los aspectos formales y documentales del sistema (Saturno, 2015).

#### El European Foundation for Quality Management (EFQM)

LA EFQM fue creada en 1988 por 14 grandes empresas europeas, con el apoyo de la UE e inspirada en los modelos de los premios Deming (Japón) y Malcom Baldrige (Estados Unidos), para elevar su calidad.

El modelo se basa en que la satisfacción de clientes y empleados y el impacto en la sociedad se consigue mediante un liderazgo que impulse la política y la estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos hacia la consecución de la excelencia en los resultados de la organización. Es un marco de trabajo no prescriptivo basado en 9 criterios (**Anexo 1**), que a su vez se divide en criterios menores, que pueden utilizarse para evaluar el progreso de una organización hacia la excelencia, ya que permite comparar la realidad de la organización con una situación teóricamente excelente. De esta comparación surgen puntos fuertes y áreas de mejoras (Morim de Sa Moreira, 2012).

Los principios de excelencia en los que se basa el modelo son: orientación a resultados, orientación al cliente, liderazgo y coherencia, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora, desarrollo de alianzas, responsabilidad social (Salud, 2014).

El modelo es al mismo tiempo un instrumento de autoevaluación y de gestión. Sirve tanto para conocer en qué posición se encuentra una organización, como para orientar su gestión de acuerdo con los principios de la gestión de calidad.

El modelo, que reconoce que la excelencia en todo lo referente a resultados y rendimiento de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques, se fundamenta en que los resultados excelentes con respecto al rendimiento general de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad en la que actúa, se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, que se hará realidad a través de las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos (Llopis Serrano, 2014).

Por consiguiente, la aplicación de los modelos de acreditación preparará los requisitos para el desarrollo de cooperación, aprendizaje y punto de referencia en el sector del cuidado de la salud, además constituyen un valioso enfoque de autoevaluación que permite saber en cada una de las organizaciones el grado de avance en su rumbo hacia la calidad total (Mesgari et al., 2017).

### **1.6 Evaluación de la calidad**

Según Juran y Gryna (1993) cuando exista algún problema, el punto de partida siempre es el mismo, el síntoma, la evidencia de que algo anda mal. Lo que la organización quiere es el remedio, una solución que permita solventar el fallo evidenciado por el síntoma. Sin embargo, normalmente no se puede conseguir el remedio hasta que primero no se descubra la causa y a este camino se le llama recorrido de evaluación.

La evaluación de la calidad es un proceso que consta de dos actividades fundamentales: medición y comparación; ésta ha evolucionado en el tiempo, diferenciándose por dos períodos, muy bien definidos, en función de las relaciones de mercado y el papel del cliente.

Una primera etapa que comprende los años anteriores a la década de los cincuenta, caracterizada por métodos desarrollados en la producción y basados en criterios internos y propios de la empresa, sin tomar en consideración el criterio del cliente. Esta etapa se desarrolló bajo una relación demanda – oferta, favorable a la demanda ( $D > O$ ), determinando la falta de importancia del criterio del cliente.

La segunda etapa comienza en la década de los 60 y se mantiene vigente en la actualidad. Esta se caracteriza por una relación demanda - oferta muy favorable a la oferta, donde el

cliente juega un papel decisivo y el enfoque externo de la gestión de la calidad es significativo. Coincidentemente, en este período las empresas de servicio toman auge y muchos de los modelos utilizados para la evaluación de la calidad hacen referencia directa a estas empresas (Cobas López, 2014).

La evaluación de la calidad es considerada como un proceso general, que se describe como la diferencia de expectativas y percepciones a través y en cada momento de verdad que compone el ciclo de servicio. Mediante la aplicación de este se puede realizar un diagnóstico del proceso de servicio, pero también facilita determinar las causas fundamentales que provocan los problemas encontrados y provee a la institución de servicio de algunas estrategias que contribuyen a la eliminación de estos problemas.

El diagnóstico para Crosby (1996) es el punto de partida de la mejora de calidad, si no se lleva a cabo, no se pueden determinar las enfermedades de la organización y, por consiguiente, éstas no se solucionarán, se perderían clientes puesto que los productos o servicios que se ofertan no cumplirán con las necesidades y especificaciones de los mismos. Este autor plantea, además, que el diagnóstico y la planificación estratégica están muy ligados, el diagnóstico constituye el primer paso de la planificación estratégica. Sería absurdo el planteamiento de objetivos y metas sin que la organización haya determinado cuáles son sus problemas y las causas de estos. Esto es una cuestión importante, sin diagnóstico no se puede determinar objetivos, ni establecer directrices de trabajo, y no se obtendrían los resultados esperados.

La evaluación y el diagnóstico son procesos mediante los que una organización puede determinar sus puntos fuertes y débiles para después tomar las medidas de mejora que estime más oportunas según el tipo de empresa, estrategia de calidad y desarrollo que ella siga.

La evaluación cuantifica el estado actual de la organización con respecto a estándares preestablecidos que debería manejar la empresa. Es una herramienta sencilla para conocer la situación actual de una organización y los problemas que impiden su crecimiento, sobrevivencia o desarrollo. Para que una organización pueda implantar sistemas que permitan elevar y coordinar la competitividad de la empresa, los directivos deben conocer las condiciones y recursos con que cuentan para trazar planes y estrategias. Por esta razón, resulta de gran importancia llevar a cabo en la entidad una autoevaluación que permita

conocer el estado en que se encuentra, así como las medidas a tomar para un mejor funcionamiento de la organización (Castro Hernández, 2016).

### **1.7 Cuba en la Acreditación de Instituciones de salud**

El perfeccionamiento continuo del SNS es expresión de la voluntad política del Estado cubano. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP), en su condición de organismo rector ha instrumentado, en diferentes períodos, múltiples documentos normativos y metodológicos encaminados a ese fin.

En Cuba, después de un entrenamiento de dos profesionales en Argentina, en 1991 se inició la implementación de un Manual de Acreditación Nacional de Hospitales (1993), tomando como base la experiencia de Argentina, el Manual de Acreditación de la OPS y otros manuales establecidos en Norteamérica, Europa y Asia. Fue creada la Comisión de Acreditación Hospitalaria, quien se responsabilizó con el establecimiento de estándares adaptados a las condiciones de esa etapa.

Fue confeccionado un Manual, se crearon Comisiones Provinciales de Acreditación y se capacitaron profesionales vinculados con esta actividad en el país. En noviembre de 1995 se comenzaron las evaluaciones de los hospitales que se prolongaron hasta el año 2000.

En el 2007 se implementó el Programa de Perfeccionamiento Continuo de los Servicios Hospitalarios, mediante Resolución 45/2007 que estableció la organización y funcionamiento de la Unidad Organizativa de Calidad y los Comités Hospitalarios.

El proceso demostró que la acreditación es uno de los instrumentos para mejorar la calidad en la atención médica, logra incentivar a los trabajadores para brindar un mejor servicio, ofrece mejoría en el nivel de organización de la unidad, actualiza normas y reglamentos y propicia una distribución más razonable de los recursos.

En la actualidad, los Lineamientos de la Política Económica y Social del Estado y el proceso de transformaciones necesarias en SNS hacen necesario la implementación del Sistema de Acreditación de las Instituciones de Salud, que responde a la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud 2016-2020.

El sistema de acreditación comprende varios subsistemas de atención: Hospitalario, Atención Ambulatoria, Laboratorios de Análisis Clínicos, Organización del Transporte

Sanitario, Programas específicos de atención (Ej. cáncer, enfermedades cerebro vasculares, cardiovasculares, etc.) y propone iniciar el proceso por los hospitales.

### Manual de Acreditación Hospitalaria

Como parte del Sistema de Acreditación de Instituciones de Salud se ha elaborado el Manual de Acreditación Hospitalaria, concebido para todos los hospitales, independientemente de su complejidad y categorización, los cuales previamente deben tener la evidencia documental de habilitación y la certificación de la contabilidad.

El Manual que se propone cuenta con 40 estándares, organizados en tres grupos **Anexo 2:**

**GRUPO N°1:** Estándares centrados en la Atención y Seguridad del Paciente.

**GRUPO N°2:** Estándares de Gestión y Seguridad hospitalaria.

**GRUPO N°3:** Estándares de Docencia e Investigación.

El grupo de Estándares centrados en la Atención y Seguridad del Paciente cuenta con 27 indicadores, el de Gestión y Seguridad Hospitalaria diez y el de Docencia e Investigación tres, los cuales contienen una breve descripción, así como propósitos, elementos a evaluar y documentos a verificar.

#### **1.7.1 Investigaciones y Proyectos en la Provincia de Matanzas**

En la bibliografía revisada en el contexto nacional se perciben varias investigaciones relacionadas con la calidad en salud, entre las que destacan, (Carnota Lauzán, 2011) quien contribuyó al mejoramiento de los procesos asistenciales y aportó iniciativas para la mejora del trabajo a escala de individuos; por otro lado (Castell-Florit Serrate, 2013) contribuye al logro de resultados positivos en la conducción de la compleja red de sistemas y servicios de salud y demuestra la necesidad de integralidad e integración que deben tener todos los niveles de atención; (Ramírez Betancourt et al., 2014) se enfoca en los programas de mejora y en el estudio de los costos de calidad, con el objetivo de optimizar el aprovechamiento de los recursos y (Carnota Lauzán, 2016) aborda los principales elementos a tener en cuenta para la Gestión adecuada de los servicios de salud pública, incluyendo el Cuadro de Mando Integral y el uso de las TICs.

La provincia de Matanzas no está ajena a esta situación y en los últimos años han florecido investigaciones en el campo de la calidad y la gestión por procesos en este sector,

analizando elementos fundamentales del control de gestión como la implementación de indicadores, entre ellas destacan Hernández Junco (2009) que determina la dinámica del comportamiento de las variables socio-psicológicas y la calidad del servicio asistencial, así como las relaciones e influencias entre ellas y Hernández Nariño (2010), quien contribuyó al desarrollo de un procedimiento general y sus procedimientos específicos; integración y adaptación de herramientas de gestión y creación de un Índice Integral para evaluar el desempeño de los procesos.

También, se debe mencionar la investigación realizada por Escoriza Martínez (2010) que contribuye a la creación de un modelo conceptual y procedimientos de elementos de calidad, seguridad y medio ambiente, a partir de un enfoque preventivo y en procesos que considera a la cadena transfusional como una cadena de suministros y por último, Marqués León (2013) que entre sus principales contribuciones estuvo los fundamentos teóricos metodológicos para la planificación de medicamentos y materiales de uso médico. Desarrollo de un modelo, de seis procedimientos específicos: Diagnóstico del Sistema de Planificación de medicamentos y materiales de uso médico, determinación de los GRD, conformación del plan de demanda, elaboración del listado de recursos, stock de Seguridad, diseño de un sistema de MRP II.

Aparejado a estas investigaciones, en la provincia se está llevando a cabo un proyecto "Perfeccionamiento de la gestión de la ciencia y la innovación tecnológica como contribución a la mejora de la calidad en el sector de la salud en Matanzas" dirigido por la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas con la colaboración de la Universidad de Matanzas el cual tiene como objetivo: perfeccionar el sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica y su contribución a la gestión y mejora de la calidad de los servicios de salud.

Este proyecto es de vital importancia para lograr el perfeccionamiento de la gestión en salud, debido a que no se ha logrado sistematizar ni divulgar para su generalización en el sistema de salud de la provincia, que entre sus prioridades desde hace muchos años intenta implementar una estrategia nacionalmente ideada para "Impulsar la mejora homogénea y sostenible de la calidad del servicio sanitario cubano en busca de la excelencia".

Esta estrategia está insertada en el sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en salud, que tiene el compromiso social de garantizar la producción y adquisición de conocimientos y tecnologías en bien de la calidad de la formación de recursos humanos y de la atención

de salud a la población, como un proceso de perfeccionamiento continuo a través de la Investigación-Desarrollo-Innovación (I+D+i).

Coherente con estas premisas, la Gestión de la Ciencia y la Innovación en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, precisa de formas superiores de desarrollo, para así contribuir con mayor eficacia y eficiencia a la calidad de los servicios de salud. Bajo este supuesto al caracterizar el desempeño del sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en el período 2013-2016 se identifican señales que confirman la existencia de posibilidades de mejoramiento desde una perspectiva gerencial.

## Capítulo II: Diseño metodológico de la investigación

El presente capítulo tiene como objetivo la exposición del procedimiento a seguir en la investigación, para elaborar un Instrumento de autoevaluación como vía inicial para abordar el proceso de acreditación hospitalaria.

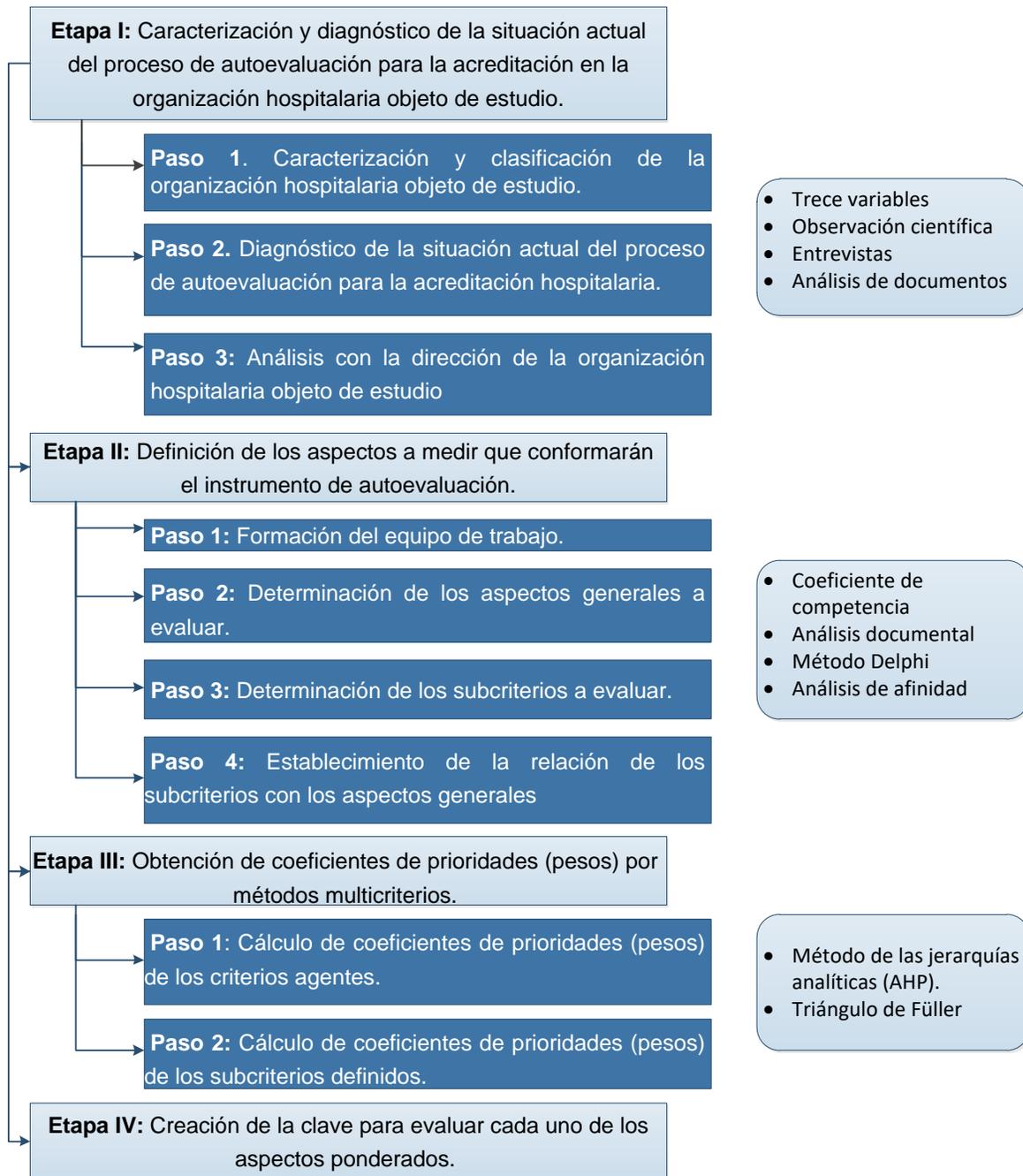
### 2.1 Procedimiento para elaborar un Instrumento para la autoevaluación frente a la Acreditación Hospitalaria.

Después de resolver los aspectos relacionados con las decisiones organizacionales a través de las cuales se adecuan para alcanzar los propósitos de la acreditación, se inicia el proceso de autoevaluación. Es en este punto donde los equipos examinan qué tan efectivamente se está realizando el trabajo, se compara el quehacer diario contra los estándares. Es importante que la organización tenga claro que el mejoramiento durante la acreditación es uno solo, pero que para efectos operacionales existen dos momentos durante los cuales se realiza autoevaluación:

- Durante el desarrollo del ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador, en el cual la autoevaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, donde se establece un diagnóstico y se inicia un proceso de análisis y mejoramiento. Este momento también se conoce como evaluación interna. En esta fase la duración de este ciclo de autoevaluación y mejoramiento no necesariamente tiene un período límite de finalización diferente a las metas que se fije la organización a sí misma.
- Durante la aplicación ante el ente acreditador en el ciclo de ruta crítica, en el cual la autoevaluación, además de lo anterior, tiene el propósito de documentar el estado de cumplimiento del estándar y evidenciar suficientemente ante este su cumplimiento, en esta fase, este ciclo de autoevaluación, documentación y mejoramiento tiene un tiempo límite, dependiente de los períodos establecidos por la entidad acreditadora.

Para la elaboración del siguiente procedimiento se toman como referente las propuestas de Medina León et al. (2011) y Fernández Arenas (2009).

A continuación, se describe el procedimiento propuesto y las herramientas a utilizar para la aplicación de este. Consta de 4 etapas, 9 pasos y las herramientas a utilizar. Para una mejor comprensión se presenta el procedimiento en forma de Diagrama de Bloque en la **figura 2.1**.



**Figura 2.1.** Procedimiento general para la elaboración de un Instrumento para la autoevaluación frente a la Acreditación Hospitalaria.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Medina León et al. (2011) y Fernández Arenas (2009).

### 2.1.1 Etapas detalladas del procedimiento

**Etapa I:** Caracterización y diagnóstico de la situación actual del proceso de autoevaluación para la acreditación en la organización hospitalaria objeto de estudio.

**Paso 1.** Caracterización y clasificación de la organización hospitalaria objeto de estudio.

En virtud de identificar las principales variables y atributos que pudieran generar análisis, ajustes y selección de determinadas herramientas y métodos propios de la investigación se hace necesario la caracterización de la organización hospitalaria objeto de estudio.

Existen diferentes herramientas para la caracterización de los sistemas. La propuesta de Fernández Sánchez (1993) constituye una de las más abarcadoras y aplicables, ya que permite el análisis interno y externo de la organización y parte del hecho de que los sistemas productivos son abiertos, por tanto están en constante interacción con el entorno. Este análisis lo hace a partir del despliegue de trece variables que responden a exigencias actuales de la gestión de organizaciones (Hernández Nariño, Medina León, Nogueira Rivera, Negrín Sosa, & Marqués León, 2014).

Por otro lado, las instituciones hospitalarias tienen sus diferencias y particularidades que las distinguen del resto. Es por ello que se debe tener en cuenta además su clasificación: el perfil del hospital (general, clínico-quirúrgico, materno-infantil, gineco-obstétrico y especial); la localización territorial (hospitales rurales, locales, municipales, provinciales o nacionales); necesidad de cuidados médicos del paciente (ambulatoria, urgente, hospitalaria) y el número de camas (de cero a 300 camas, de 300 a 600 camas y más de 600 camas) (Hernández Nariño et al., 2014). Esta información es relevante, pues la complejidad del hospital influye de manera significativa en el proceso de autoevaluación.

**Paso 2.** Diagnóstico de la situación actual del proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria.

El objetivo de esta actividad es tener un conocimiento más adecuado del proceso de autoevaluación como vía para la acreditación hospitalaria, para poder caracterizar su funcionamiento actual y valorar posibles mejoras y/o el rediseño de este.

Este análisis se basa esencialmente en la observación científica, entrevistas y análisis de documentos.

Se procede a la recogida y organización de los datos necesarios con la combinación de las tres técnicas anteriormente mencionadas. Para esta actividad se podrá apoyar en las siguientes fuentes de información:

Análisis documental de:

- Auditorías médicas
- Resultado de las evaluaciones anteriores
- Actas de reuniones de análisis de programas, consejos de dirección, comités científicos, visitas ministeriales, etc.
- Resultados de inspecciones realizadas a la institución servicio o programa.
- Registro de planteamientos de la población.

Entrevistas a:

- Personal relacionado con la conducción de la institución, servicio o programa.
- Usuarios del servicio o sus representantes.

**Paso 3:** Análisis con la dirección de la organización hospitalaria objeto de estudio.

El objetivo de esta actividad es la explicación del trabajo a realizar, para lograr la comprensión y apoyo de la Dirección en cuanto al desarrollo de la investigación. Con este propósito se le comunica a esta instancia la realización de un estudio del proceso de autoevaluación como vía para la acreditación hospitalaria, donde se expone el impacto y necesidad de esta además de que es un momento clave para establecer alianzas y determinar prioridades en la investigación. Se especifican los pasos que deben darse y la información necesaria para la realización del trabajo.

**Etapa II:** Definición de los aspectos a medir que conformarán el instrumento de autoevaluación.

**Paso 1:** Formación del equipo de trabajo.

El propósito de este paso es integrar un grupo de trabajo, que puedan brindar información útil y confiable para la investigación. Para ello se valoraron los criterios de Nogueira Rivera (2002) y Negrin Sosa (2003), los cuales coinciden en que este, debe integrarse entre siete y 15 personas, en su mayoría miembros del Consejo de Dirección y de las diferentes áreas de resultado clave. Este paso incluye una serie de acciones de capacitación relacionadas con los temas de gestión de la calidad, modelos para la gestión de la calidad, acreditación hospitalaria, así como los principales elementos médicos relacionados con la investigación, de forma tal

que se logre una buena comunicación a partir de la homogenización del lenguaje entre los integrantes del equipo.

El equipo de trabajo va a estar conformado por un grupo de expertos que deben ser seleccionados cuidadosamente para garantizar juicios precisos y acertados en función de la problemática tratada.

Para la selección de los integrantes del equipo de trabajo se sugiere la utilización del llamado coeficiente de competencia que se determina mediante la expresión consultada en Frías Jiménez y Cuétara Sánchez (2008):

Donde:

$$K = \frac{K_c + K_a}{2}$$

K<sub>c</sub>: es el coeficiente de conocimiento o información que tiene el experto acerca del problema, calculado sobre la valoración del propio experto.

K<sub>a</sub>: es el coeficiente de argumentación o fundamentación de los criterios del experto.

Para la recopilación de información con la cual se determina el coeficiente de competencia del experto se emplea el cuestionario de competencia de experto que se muestra en el **Anexo 3**, instrumento sumamente útil, particularmente cuando se requiere recopilar información sobre la experiencia y conocimiento de un grupo de personas relacionadas con el objeto de la investigación.

**Paso 2:** Determinación de los aspectos generales a evaluar.

Para definir estos aspectos, es necesario tener en cuenta que, en la actualidad, no hay modelo de gestión de calidad único de aplicación en el sector sanitario. Los modelos de referencia son, los modelos de excelencia, como el Premio a la Calidad Malcolm Baldrige de los Estados Unidos y el modelo europeo EFQM (*European Foundation for Quality Management*); además el de la JCI o certificaciones donde se utiliza la norma ISO 9001 de la Organización Internacional de Normalización (ISO) y sus adaptaciones al sector de la salud (Guerra Bretaña & Marín Álvarez, 2017).

Por lo que es preciso analizar la composición de cada uno de los modelos en virtud de identificar las principales variables que estos proponen para luego en conjunto con el equipo

de expertos definir las dimensiones a medir que más se ajusten para el proceso de autoevaluación en las entidades hospitalarias cubanas.

**Paso 3:** Determinación de los subcriterios a evaluar.

Después de definidos los criterios generales es necesario establecer los subcriterios para lo cual se debe partir de un análisis a fondo de la composición del Manual de Acreditación Hospitalaria, de los estándares que este propone y sus elementos a evaluar.

Para ello se propone la aplicación del Método Delphi a dos vueltas al equipo de trabajo donde:

1. En la primera vuelta (Ver **Anexo 4**), los expertos deciden si o no, sobre cada uno de los elementos a evaluar establecidos en el Manual de Acreditación, además podrán realizar propuestas nuevas, que consideren, que faltan en la propuesta inicial, así como sugerencias de combinación, modificación, etc. El resultado se analiza y todos los ítems, con menos de un 60% de aceptación, son descartados.
2. En la segunda vuelta, se pone a consideración del Panel de Expertos, los ítems que corresponden a nuevas propuestas realizadas por estos en la primera vuelta. El resultado se analiza y todos los ítems, con menos de un 60% de aceptación, nuevamente, son descartados.

Se conforma la propuesta definitiva detallada, lo que implica que, se tienen definidos los aspectos y los subaspectos o indicadores que estos contemplan.

**Paso 4:** Establecimiento de la relación de los subcriterios con los aspectos generales.

En esta etapa se definen los subcriterios asociados a cada aspecto general determinados en el Paso 2. Se propone la realización de otra sesión del grupo de trabajo donde mediante tormenta de ideas y análisis de afinidad se establezcan las relaciones. Los razonamientos para la clasificación y/o agrupación de estos dependerá de la correspondencia, la similitud y la relación directa que tengan.

**Etapa III:** Obtención de coeficientes de prioridades (pesos) por métodos multicriterios.

Cuéstara Sánchez (2009) recomienda diferentes métodos factibles de ser aplicados a la situación que se estudia, algunos de ellos se muestran en la **tabla 2.1**.

**Tabla 2.1:** Métodos para determinar coeficientes de prioridades.

Métodos	Explicación
<b>Método Kendall</b>	Se aplica cuando se requiere determinar el grado de asociación entre K conjunto de rangos. Consiste en solicitar a cada experto el ordenamiento por importancia de cada característica analizada para medir con qué grado de acuerdo (que puede variar entre cero y uno) se establece la jerarquía entre tres o más variables (Jácome Villacres, 2015).
<b>Triángulo de Fuller</b>	Es un método de comparación de criterios por parejas, que permite asignar la importancia o ponderación de los diferentes componentes e indicadores del índice integral, mediante un vector de importancia o peso de los atributos que caracterizan a la dimensión. Esta técnica facilita el proceso de decisión del experto y el procedimiento estadístico de los resultados (Jácome Villacres, 2015).
<b>Método de las jerarquías analíticas (AHP)</b>	Este método está diseñado para resolver problemas complejos de criterios múltiples. El proceso requiere que quien toma las decisiones proporcione evaluaciones subjetivas respecto a la importancia relativa de cada uno de los criterios y que, después, especifique su preferencia con respecto a cada una de las alternativas de decisión y para cada criterio. El resultado del AHP es una jerarquización con prioridades que muestra la preferencia global para cada una de las alternativas de decisión (Toskano Hurtado, 2015).
<b>Programación multiobjetivo</b>	La Programación Multiobjetivo puede definirse como una parte de la Investigación Operativa que trata de proporcionar métodos útiles para la toma de decisiones sobre problemas que incluyen diversidad de objetivos, a veces contradictorios, que son evaluados de acuerdo con múltiples criterios y donde no es evidente la mejor u óptima alternativa (Medina León et al., 2011).

**Fuente:** Elaboración propia

**Paso 1:** Cálculo de coeficientes de prioridades (pesos) de los criterios agentes.

La determinación del peso y jerarquía de cada criterio general se realiza mediante el empleo del equipo de trabajo, antes citado, y la aplicación del método AHP (*Analytic Hierarchy Process*) o Proceso Analítico Jerárquico de Thomas Saaty, a partir de comparaciones de criterios tomados por parejas por cada uno de los expertos.

Se confeccionan los cuestionarios, que aparecen en el **Anexo 5**, para ser llenados por los expertos.

Para el procesamiento de la información se utiliza el software libre AHP Analytic Hierarchy Process (Excel Template with Multiple Inputs)<sup>2</sup>.

Antes de concluir este análisis, se debe calcular la razón de consistencia, la cual valida que los juicios no tengan errores entre ellos, es decir, que no se haya producido contradicciones en los mismos. Un valor de este coeficiente inferior a 0.10 es considerado aceptable. Para aquellos casos en que sea mayor, las opiniones y los juicios deben ser reevaluados.

**Paso 2:** Cálculo de coeficientes de prioridades (pesos) de los subcriterios definidos.

Para estimar los pesos de los subcriterios definidos se aplica el método de comparación por pares Triángulo de Füller con la opinión de un experto<sup>3</sup>. El Triángulo de Füller es un método de comparación de criterios por parejas, que permite asignar la importancia o ponderación de los diferentes componentes, mediante un vector de importancia o peso de los atributos que caracterizan a la dimensión.

Para ellos se confecciona el cuestionario que aparece en el **Anexo 6** donde cada subcriterio se codifica con un número natural y se forma un triángulo que sirve de base a la comparación para el experto quien debe seleccionar en cada par, la característica más importante.

**Etapa IV:** Creación de la clave para evaluar cada uno de los aspectos ponderados.

Una escala es un instrumento de medición basado en un conjunto de ítems o frases, sistemáticas, fiables y válidas para medir la presencia, intensidad y sentido de una actitud.

Las escalas de valoración consisten en una serie de categorías ante cada una de las cuales el observador debe emitir un juicio, indicando el grado en el cual se haya presente una

---

<sup>2</sup> Es un software libre que proporciona una herramienta completa para investigaciones donde se documentan los cálculos y algoritmos.

<sup>3</sup> El experto que presentó la puntuación más alta en el proceso de selección de expertos.

característica en la actuación o la frecuencia con que ocurre determinada conducta (Martín Arribas, 2014).

La escala exige una evaluación cualitativa de determinados aspectos de una actividad o producto, vistos en forma parcial o en conjunto.

La valoración puede ser:

1. Numérica (por ejemplo, de 1 a 5)
2. Estimativa (mucho, poco, nada; siempre - normalmente - a veces – nunca; etc)
3. Descriptiva (se hace una descripción de la característica poseída o se selecciona aquella descripción que mejor refleja la situación).

Después de definida la escala a utilizar y de conformado el instrumento se debe verificar el grado de fiabilidad y validez del constructo resultante.

Fiabilidad: Se dice que una medida es fiable cuando está libre de error aleatorio. También se dice que es fiable cuando al ser aplicada sobre la misma característica en distintos momentos es capaz de obtener la misma medida. La fiabilidad es una característica necesaria pero no suficiente para que una medida sea válida, es decir una medida puede ser fiable pero válida.

Validez: un instrumento de medida se dice válido cuando mide lo que debe medir. La validez está relacionada con el error sistemático en el sentido de que a menor error sistemático más válida es la medida, no obstante, hay otras definiciones y consideraciones en cuanto a la validez, por ejemplo:

- Validez de contenido: se refiere a si la medida recoge todos los aspectos de la característica.
- Validez de constructo: se trata de saber si los ítems diseñados representan bien al fenómeno en estudio.
- Validez de criterio: se trata de determinar si la escala es capaz de reflejar las relaciones entre las medidas de una variable y otras anticipadas por la teoría (Martín Arribas, 2014).

## 2.2 Herramientas utilizadas en la investigación

### Observación científica

La observación científica según Fiallo Rodríguez (2004) se realiza en el marco de una investigación y requiere de una metodología y requisitos para su ejecución, así como un

personal especialmente preparado para llevarse a cabo. Es una percepción directa, atenta, racional, planificada, de los fenómenos relacionados con los objetivos de la investigación, en sus condiciones naturales y habituales con vistas a encontrar una explicación.

Según los diferentes niveles de observación que se dan entre quien observa y quien es observado, y entre éstos con los medios y los instrumentos, existen numerosas clasificaciones y tipos de observación. A continuación, se evidencia el aporte que al respecto hace Alfredo Díaz Hurbe; según como se le quiera utilizar, la observación adopta las siguientes modalidades:

a) De acuerdo con el papel que desempeña el observador:

Observación participante. Se da cuando la persona que la realiza entra en contacto directo con la realidad que se estudia, integrándose al grupo sujeto a investigación.

Observación no participante: Se lleva a cabo fuera del grupo y bajo las condiciones que se den previamente por los observados, es decir, respetando las pautas de comportamiento de sus miembros.

b) Según los medios utilizados puede ser:

Estructurada o sistemática: Cuando el observador estructura un guión que le permite establecer de antemano los aspectos que desea observar, sistematizando los detalles más significativos para la investigación.

No estructurada, simple o libre: Cuando el observador solo desea guiarse por líneas muy generales en la observación, para de ahí desprender con libertad los aspectos específicos que se quieran estudiar con mayor detenimiento. Aunque aquí el observador no se vale de instrumentos para su trabajo, sí lleva consigo, por lo menos, una guía general y simple que le permita conocer como punto de partida, las generalidades del caso que se va a investigar.

c) Según el lugar donde se realiza, puede ser:

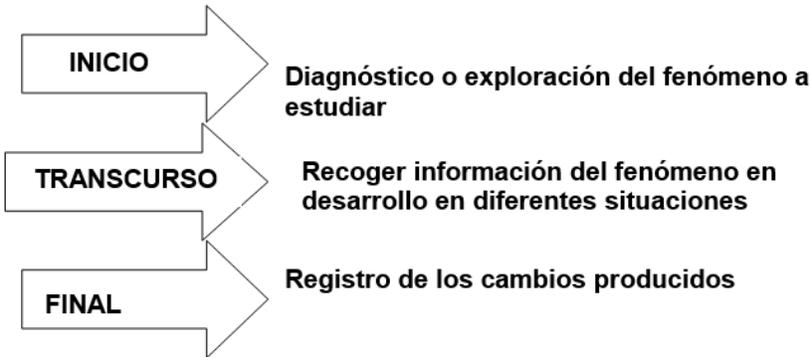
Real y oportuna: Cuando los hechos se observan allí donde suceden y en el momento preciso en que se dan.

De laboratorio: Aquí la observación se provoca y el observador debe estar preparado para controlarla a través del laboratorio.

d) Según el número de observadores que intervienen, puede ser:

Individual: Presenta como limitación el hecho de que únicamente se obtiene información de un solo lado.

En grupo: En este caso, son más de dos ojos los que observan, con la consiguiente riqueza en la información, lo que permite obtener varios puntos de vista que se hacen concordar con todo el fenómeno observado.

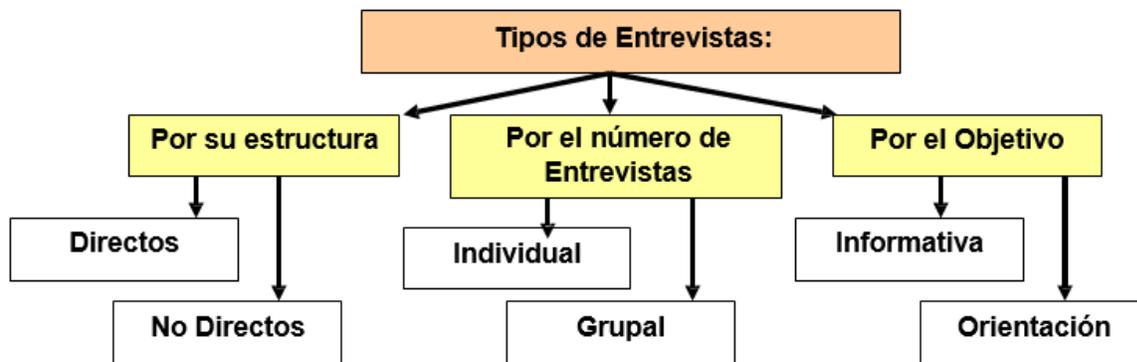


**Figura 2.2:** Momento de realización de la observación

**Fuente:** Salmerón Reyes and Pérez Medina (2010)

La entrevista

La entrevista es un método complementario del nivel empírico que consiste en una convención profesoral de carácter planificado entre el entrevistador y el o los entrevistados. Tiene como objetivos obtener información sobre hechos y opiniones, así como enriquecer, completar o constatar la información obtenida por el empleo de otros métodos de investigación.



**Figura 2.3** Tipos de entrevistas

**Fuente:** Salmerón Reyes and Pérez Medina (2010)

Aspectos para tener en cuenta para la realización de la Entrevista:

1. Garantizar un ambiente agradable y tranquilo.

2. El tratamiento que se le debe dar a la persona que se entrevista depende de si es una persona conocida o no, el grado de confianza que se le puede alcanzar en el momento inicial de la entrevista. Todo lo cual define que se adopte un trato de usted o de tú
3. Adoptar una actitud de sinceridad, confianza y cooperación.
4. Desarrollar la Entrevista del modo más natural posible, estimulando a los entrevistados a colaborar.
5. Mantener buen humor, una dirección clara y precisa.
6. No tratar de predominar o imponerse.
7. Evaluar los hechos objetivamente, sin prejuicios.
8. Adoptar una actitud justa y serena.
9. No interrumpir al entrevistado

### Análisis de documentos

El análisis de documentos tiene como objetivo obtener información sobre el objeto y campo de acción de la investigación a través de los diferentes documentos. Es fundamental en el proceso de determinación de necesidades de la investigación.

Permite:

1. Analizar y valorar diferentes documentos que son necesarios para conocer a través de estos cómo es abordado, atendido, normado el objeto de la investigación que se lleva a efecto.
2. Es fundamental en el proceso de determinación de necesidades no solo para obtener más elementos sobre el objeto investigado, sino que tributará a una mayor concreción y objetividad en el proceso de determinación de necesidades.
3. Brinda elementos que permiten fundamentar el porqué de la novedad y/o necesidad del trabajo de la investigación.

### Método Delphi

El método Delphi pretende extraer y maximizar las ventajas que presentan los métodos, basados en grupos de expertos y minimizar sus inconvenientes. Para ello se aprovecha la sinergia del debate en el grupo y se eliminan las interacciones sociales indeseables que existen dentro de todo grupo. De esta forma se espera obtener un consenso lo más fiable posible del grupo de expertos.

Habitualmente se clasifica al método Delphi dentro de los métodos cualitativos o subjetivos (Astigarrapa, 2006).

Aunque, la formulación teórica del método Delphi propiamente dicho, comprende varias etapas sucesivas de envíos de cuestionarios, de vaciado y de explotación, en buena parte de los casos puede limitarse a dos etapas, lo que sin embargo no afecta la calidad de los resultados tal y como lo demuestra la experiencia acumulada en estudios similares.

El objetivo de los cuestionarios sucesivos es disminuir el espacio intercuartil, esto es cuanto se desvía la opinión del experto de la opinión del conjunto, precisando la mediana, de las respuestas obtenidas. El objetivo del primer cuestionario es calcular el espacio intercuartil. El segundo suministra a cada experto las opiniones de sus colegas, y abre un debate transdisciplinario, para obtener un consenso en los resultados y una generación de conocimiento sobre el tema. Cada experto argumentará los pros y los contras de las opiniones de los demás y de la suya propios. Con la tercera consulta, si fuere necesaria, se espera un todavía mayor acercamiento a un consenso (Astigarrapa, 2006).

La calidad de los resultados depende, sobre todo, del cuidado que se ponga en la elaboración del cuestionario y en la elección de los expertos consultados.

Este método, presenta tres características fundamentales:

1. Anonimato: Durante un Delphi, ningún experto conoce la identidad de los otros que componen el grupo de debate. Esto tiene una serie de aspectos positivos, como son:
  - Cada miembro del grupo da su opinión sin ser influenciado por la reputación de otro miembro del grupo o por la opinión de la mayoría.
  - Permite que un miembro pueda cambiar sus opiniones sin que eso lo desacredite.
  - El experto puede defender sus argumentos con la tranquilidad que da saber que en caso de que sean erróneos, su equivocación no va a ser conocida por los otros expertos.
2. Iteración y realimentación controlada: La iteración se consigue al presentar varias veces el mismo cuestionario, lo que permite disminuir el espacio intercuartil, ya que se consigue que los expertos vayan conociendo los diferentes puntos de vistas y puedan ir modificando su opinión.

3. Respuesta del grupo en forma estadística: La información que se presenta a los expertos no es sólo el punto de vista de la mayoría, sino que se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido.

Número óptimo de expertos: Aunque no hay forma de determinar el número óptimo de expertos para participar en una encuesta Delphi, la "Norma Cubana del "Método de Expertos"" (1986) plantea que el número de expertos se debe encontrar en el rango de 7 a 14.

El método consta de cuatro fases:

1. Definición de objetivos: En esta primera fase se plantea la formulación del problema y un objetivo general que estaría compuesto por el objetivo del estudio, el marco espacial de referencia y el horizonte temporal para el estudio.
2. Selección de expertos: Esta fase presenta dos dimensiones:
  - Dimensión cualitativa: Se selecciona en función del objetivo prefijado y atendiendo a criterios de experiencia, posición, responsabilidad, acceso a la información y disponibilidad.
  - Dimensión cuantitativa: elección del tamaño de la muestra en función de los recursos, medios y tiempos disponibles.
- ☒ Formulación del panel: se inicia la fase de captación que conducirá a la configuración de un panel estable. En el contacto con los expertos conviene informarles de:
  - Objetivos del estudio
  - Criterios de selección
  - Calendario y tiempo máximo de duración
  - Resultados esperados y usos potenciales
  - Recompensa prevista (monetaria, informe final, otros)
3. Elaboración y lanzamiento de los cuestionarios: Los cuestionarios se elaboran de manera que faciliten la respuesta por parte de los encuestados. Las respuestas habrán de ser cuantificadas y ponderadas.
4. Explotación de resultados: El objetivo de los cuestionarios sucesivos es disminuir la dispersión y precisar la opinión media consensuada. En el segundo envío del cuestionario, los expertos son informados de los resultados de la primera consulta, debiendo dar una nueva respuesta. Se extraen las razones de las diferencias y se realiza una evaluación de ellas. Si fuera necesario se realizaría una tercera oleada.

El método ofrece varias ventajas como son: la obtención de información de puntos de vista sobre temas muy amplios o muy específicos, el horizonte de análisis puede ser variado, permite la participación de un gran número de personas, sin que se forme caos eliminando los efectos negativos de las reuniones cara-cara y ayuda a explorar de forma sistemática y objetiva problemas que requieren la concurrencia y opinión cualificada; pero también presenta inconvenientes como son: el cuestionario es vital para el éxito en la aplicación del método (mal cuestionario, malas conclusiones), su elevado costo, su tiempo de ejecución, sesgos en la elección correcta de los participantes y requiere una masiva participación para que los resultados tengan significación estadística, no obstante, el grupo debe tener un alto grado de correspondencia con los temas a ser tratados en el ejercicio. (Suarez-Bustamante, 2012)

### Análisis de afinidad

El análisis de afinidad, una herramienta desarrollada por Jiro Kawakita, es una forma de organizar la información reunida en sesiones de lluvias de ideas. Ayuda a agrupar a aquellos elementos que están relacionados de forma natural, es un proceso creativo que produce consenso por medio de la clasificación que hace el equipo en vez de una discusión.

Se debe cuando el problema es complejo y difícil de entender y requiere de la participación de todo el equipo o grupo y cuando se quiere determinar los temas claves de un gran número de ideas y problemas. El análisis de afinidad deja que las ideas determinen las categorías o los grupos, en vez de que grupos preestablecidos determinen o limiten la generación de ideas.

Esta aplicación se indica especialmente cuando:

- Se necesita organizar un grupo de datos de mayor magnitud.
- Para abordar de forma directa un determinado problema.
- Trabajar un tema que sea complejo.
- Buscar el consenso de grupo al ejecutar un tema específico.

### Proceso Analítico Jerárquico de Thomas Saaty

El Proceso de Análisis Jerárquico (PAJ) o Analytic Hierarchy Process por sus siglas en inglés (AHP), fue desarrollado por el matemático Thomas L. Saaty (Thomas L. Saaty, 1995) este ofrece ciertas ventajas respecto a otros procedimientos, como son: su simplicidad y claridad, el AHP es una sencilla, lógica y estructurada metodología de trabajo, basada en la

descomposición del problema en una estructura jerárquica; el hecho de que este procedimiento permita adicionalmente realizar el análisis de sensibilidad, para observar y estudiar otras posibles soluciones al hacer cambios en la importancia de los elementos que definen el problema de decisión; y la existencia de distintos software de apoyo para su aplicación (Martínez Rodríguez, 2007).

El AHP consiste en formalizar la comprensión intuitiva de un problema multicriterio complejo, mediante la construcción de un modelo jerárquico, que le permite al agente decisor estructurar el problema en forma visual. El modelo jerárquico básicamente contiene tres niveles: metas u objetivos, criterios y alternativas.

El PAJ requiere que el tomador de decisiones provea juicios de importancia relativa de cada criterio para después especificar una preferencia relativa de cada alternativa de decisión usando cada criterio. El resultado de AHP es una clasificación ordenada de prioridades de las alternativas de decisión, basadas en las preferencias globales expresadas por el tomador de decisiones.

El AHP, mediante la construcción de un modelo jerárquico, permite de una manera eficiente y gráfica organizar la información respecto de un problema de decisión, descomponerla y analizarla por partes, visualizar los efectos de cambios en los niveles y sintetizar. En palabras de su propio autor: "Trata de desmenuzar un problema y luego unir todas las soluciones de los subproblemas en una conclusión" (T. L. Saaty, Rogers, & Pell, 1988).

Este proceso se fundamenta en varias etapas según Martínez Rodríguez (2007):

1. La formulación del problema de decisión en una estructura jerárquica.

En esta etapa es en la que el decisor involucrado debe lograr desglosar el problema en sus componentes relevantes. La jerarquía básica está conformada por: meta u objetivo general, criterios y alternativas. La jerarquía se construye de modo que los elementos de un mismo nivel sean del mismo orden de magnitud y puedan relacionarse con algunos o todos los elementos del siguiente nivel.

En una jerarquía típica el nivel más alto localiza el problema de decisión (objetivo). Los elementos que afectan a la decisión son representados en los inmediatos niveles, de forma que los criterios ocupan los niveles intermedios, y el nivel más bajo comprende a las opciones de decisión o alternativas. Este tipo de jerarquía ilustra de un modo claro y simple todos los factores afectados por la decisión y sus relaciones.

La jerarquía resultante debe ser completa, no redundante y mínima (no debe incluir aspectos no relevantes). Su construcción es la parte más creativa del proceso y requiere de un consenso entre todas las partes implicadas en el proceso de decisión.

Normalmente se requiere invertir varias horas para identificar el problema real y principal, lo cual puede darse después de una serie de discusiones en las que se han listado muchos problemas, y es necesario priorizarlos y decidir cuál se seleccionará para su análisis.

## 2. La valoración de los elementos.

El decisor debe emitir sus juicios de valor o preferencias en cada uno de los niveles jerárquicos establecidos. Esta tarea consiste en una comparación de valores subjetivos «por parejas» (comparaciones binarias); es decir, el decisor tiene que emitir juicios de valor sobre la importancia relativa de los criterios y de las alternativas, de forma que quede reflejado la dominación relativa, en términos de importancia, preferencia o probabilidad, de un elemento frente a otro, respecto de un atributo, o bien, si estamos en el último nivel de la jerarquía, de una propiedad o cualidad común.

El AHP permite realizar las comparaciones binarias basándose tanto en factores cuantitativos (aspectos tangibles) como en cualitativos (aspectos no tangibles), ya que presenta su propia escala de medida. (La escala del 1-9 propuesta por Saaty está recogida en la **tabla 2.2**).

**Tabla 2.2 Escala de medidas de Saaty**

Escala numérica	Escala verbal	Explicación
1	Igual importancia.	Los dos elementos contribuyen igualmente a la prioridad o criterio.
3	Moderadamente más importante un elemento que el otro.	El juicio y la experiencia previa favorecen a un elemento frente al otro.
5	Fuertemente más importante un elemento que el otro.	El juicio y la experiencia previa favorecen fuertemente a un elemento frente al otro.
7	Mucho más fuerte la importancia de un elemento que el otro.	Un elemento domina fuertemente. Su dominación esta probada en práctica.
9	Importancia extrema de un elemento frente al otro.	Un elemento domina al otro con el mayor orden de magnitud posible.

**Fuente:** Martínez Rodríguez (2007).

De esta forma cuando dos elementos sean igualmente preferidos o importantes el decisor asignará al par de elementos un «1»; moderadamente preferido se representa por «3»,

fuertemente preferido por «5» y extremadamente preferido por «9». Los números pares se utilizan para expresar situaciones intermedias.

La escala verbal utilizada en el AHP permite al decisor incorporar subjetividad, experiencia y conocimiento en un camino intuitivo y natural. Esta escala está justificada teóricamente y su efectividad ha sido validada empíricamente aplicándola a diferentes situaciones reales con aspectos tangibles para los que se ha comportado adecuadamente.

El resultado de estas comparaciones es una matriz cuadrada, recíproca y positiva, denominada "Matriz de Comparaciones Pareadas", de forma que cada uno de sus componentes refleje la intensidad de preferencia de un elemento frente a otro respecto del atributo considerado.

Es interesante observar que para aplicar el método AHP no hace falta información cuantitativa sobre los resultados que alcanza cada alternativa según cada uno de los criterios considerados, sino tan solo los juicios de valor del decisor.

### 3. La fase de priorización y síntesis.

El objetivo de esta etapa es calcular la prioridad de cada elemento, entendida esta prioridad tal y como la define Saaty: «Las prioridades son rangos numéricos medidos en una escala de razón. Una escala de razón es un conjunto de números positivos cuyas relaciones se mantienen igual si se multiplican todos los números por un número arbitrario positivo. El objeto de la evaluación es emitir juicios concernientes a la importancia relativa de los elementos de la jerarquía para crear escalas de prioridad de influencia». (T. L. Saaty, 1998)

En un problema jerarquizado como el que se presenta podemos definir distintos tipos de prioridades: locales, globales y totales. Las prioridades locales son las que cuelgan de un mismo nodo y se calculan directamente a partir de la información recogida en las matrices de comparación.

Existen distintos procedimientos matemáticos para calcular un vector de pesos relativos asociado a un nivel, vector que debe expresar la importancia relativa de los elementos considerados en ese nivel. El procedimiento propuesto por Saaty para su obtención es el método del autovector principal por la derecha. Las prioridades globales son las prioridades de cada nodo de la jerarquía respecto al nodo inicial (objetivo). El AHP las calcula utilizando el principio de composición jerárquica. Por último, la prioridad total de las alternativas comparadas se obtiene mediante la agregación de las prioridades globales (forma lineal

multiaditiva). La prioridad total nos permitirá realizar la síntesis del problema, esto es, ordenar el conjunto de alternativas consideradas y seleccionar las más indicadas para conseguir el objetivo propuesto.

Un aspecto que se debe cuidar es que el resultado debe ser consistente con las preferencias manifestadas por el decidor, ya que ésta es una cuestión que afecta directamente a la calidad de la decisión final. El AHP permite evaluar la consistencia del decidor a la hora de introducir los juicios de valor en la matriz de comparaciones pareadas, mediante el indicador Razón de Consistencia de Saaty.

#### 4. Análisis de sensibilidad.

Este análisis permite visualizar y analizar la sensibilidad del resultado (ordenación de las alternativas) respecto de posibles cambios en la importancia de los criterios(supuestos). El análisis de sensibilidad debe responder a la pregunta: ¿Qué pasa si ...?; facilitando el análisis en aquellos procesos de toma de decisión en los que se requiere volver a aplicar el AHP en un corto o mediano plazo porque son procesos dinámicos que requieren ser revisados y ajustados en el tiempo porque su entorno está en continuo cambio.

#### Triángulo de Füller

El método de comparación por parejas mediante el Triángulo de Füller, requiere sólo de la opinión de un decidor o experto.

El método aplica los siguientes pasos propuestos por Medina León et al. (2011):

1. Construcción del triángulo, donde los requisitos son codificados con números y las filas están formadas por arreglos de pares de números naturales.
2. Selección por parte del experto, del requisito más relevante por parejas.
3. Contabilización de la cantidad de criterios seleccionados como los más significativos.
4. Determinación de la calidad de comparaciones posibles, o total de comparaciones, mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$N = \frac{K(K - 1)}{2}$$

Donde:

N: Total de comparaciones realizadas por el experto

K: Número de características o variables.

5. Los pesos de los criterios se denotan  $V_{ij}$  se obtienen con la utilización de la expresión siguiente:

$$V_i = \frac{m_i}{N}$$

Donde:

$m_i$  = Cantidad de veces que se marca la característica  $i$ .

$i = 1, 2, \dots, K$

Las características o variables de mayor peso constituyen las de mayor importancia y el valor de cada una representa su peso relativo.

### **Capítulo III: Aplicación del procedimiento para la creación del Instrumento para la autoevaluación frente a la Acreditación Hospitalaria.**

En este capítulo se exponen los resultados de la aplicación del procedimiento propuesto en el capítulo anterior para la creación del Instrumento de autoevaluación para la Acreditación hospitalaria.

#### **3.1 Caracterización y diagnóstico de la situación actual del proceso de autoevaluación para la acreditación en la organización hospitalaria objeto de estudio.**

**Paso 1.** Caracterización y clasificación del hospital objeto de estudio.

El Hospital Clínico Quirúrgico Docente Comandante Faustino Pérez Hernández, se inauguró parcialmente el 15 de febrero de 1995, ocupando una extensión de 4 000 m<sup>2</sup>, en la carretera central km 101 al Noroeste de la ciudad de Matanzas. Es un hospital clínico quirúrgico docente, forma parte del Sistema de Salud Provincial de Matanzas. Integra junto a otros hospitales el nivel secundario de atención y constituye para algunas especialidades el hospital terminal de la provincia. La institución funciona actualmente con 501 camas de hospitalización y equipamiento de alta tecnología para brindar atención de nivel primario en su proyección comunitaria y atender a todos los municipios de la provincia.

#### **Misión**

“Brindar atención médica especializada de alta calidad y excelencia que logre satisfacer las necesidades siempre crecientes del paciente en su entorno bio-social, fomentando el uso del método clínico y la alta tecnología cuando sea necesaria, la investigación y preparación a todo el personal a los que implica y estimula en el logro de la eficiencia.”

#### **Visión**

“Somos un hospital clínico-quirúrgico docente que ha logrado convertirse en un hospital moderno, de Excelencia, acreditado, como un verdadero líder en el sistema provincial de salud, con participación comunitaria, brindando calidad total en los servicios, formando cuadros de alto nivel científico, ético y general, consiguiendo satisfacer plenamente a la población atendida.”

#### **Clientes, Proveedores y Servicios que brinda.**

Los principales clientes, los proveedores con los que el hospital mantiene contratos y los servicios que brindan se presentan a continuación, en la **tabla 3.1**

**Tabla 3.1:** Clientes, Proveedores y Servicios que brinda.

<b>Principales clientes</b>	Toda la población de Matanzas y extranjeros.
<b>Principales proveedores</b>	UBCP (mayorista de medicamentos Matanzas), Entume Provincial, Taller de electromedicina, Dirección Provincial de Salud, Sección (EMEC) Logística y Empresa Provincial de Acopio.
<b>Servicios que brinda</b>	Servicio de Urgencias Médicas, Cardiología, Donación y Extracción de Órganos, UCIM, Polivalente (Unidad de Cuidados Intermedios), UTI Polivalente (Unidad de Cuidados Intensivos), Neurología, Medicina Interna, Geriátrica, Psiquiatría, Hematología y Medicina Transfusional, Nefrología y Hemodiálisis, Neumología, Dermatología, Gastroenterología, Alergia, Reumatología, Endocrinología, Unidad Quirúrgica y Anestesia, Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología (ORL), Máxilo Facial, Oftalmología, Coloproctología, Atención al Extranjero, Angiología y Cirugía Vasculat, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Reconstructiva y Quemado, Oncología, Neurocirugía.

**Fuente:** Elaboración propia.

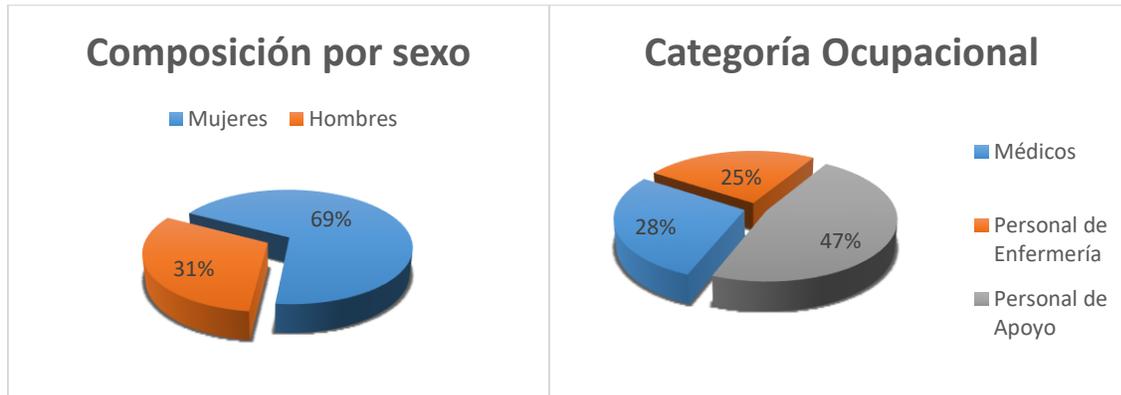
### **Procesos**

En este como en cualquier hospital se desarrollan un gran número de procesos, tanto de tipo administrativo como asistenciales (de diagnóstico y de terapéutica), en los cuales intervienen diversos cargos y perfiles. Muchos de estos procesos están sujetos a normas o secuencias de acciones recogidas en protocolos de acuerdo con las patologías más comunes que se atienden en el centro de acuerdo con la movilidad del territorio de atención.

En el hospital se han identificado los procesos necesarios para la prestación de sus servicios, clasificados en Estratégicos, Claves y de Apoyo. En el **Anexo 7** se muestra el Mapa de Procesos de la entidad.

### **Fuerza Laboral y Actividad Docente**

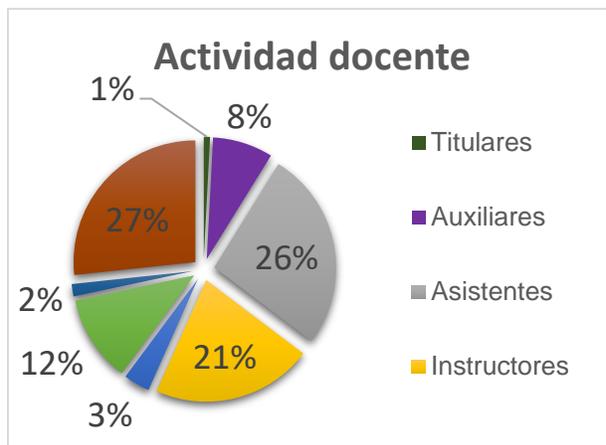
La entidad cuenta con un total de 1969 trabajadores. En la **figura 3.1** se muestra una caracterización de la fuerza laboral, destacándose que el 69% son mujeres y la categoría ocupacional que predomina es el personal de apoyo que representa el 47 % de los trabajadores.



**Figura 3.1:** Composición de la fuerza laboral

**Fuente:** Elaboración Propia

Con respecto a la actividad docente, el centro cuenta con 276 profesores y 772 estudiantes. En la **figura 3.2** se realiza una caracterización de la actividad docente, en el escenario principal para los procesos de Pre y Post grado, donde se puede apreciar que la categoría docente que más predomina son los Máster en Ciencias que representa un 27% del total y además se evidencia el bajo porcentaje de Doctores en Ciencia (2%) en la institución a pesar de ser la categoría más importante. Por otra parte, hay 426 estudiantes de Medicinas, 112 de Enfermería y 45 en Tecnología de la salud. Es importante destacar que el 25% de los estudiantes de medicina, son de otras nacionalidades de 53 países. En postgrado, hay 303 residentes en 33 especialidades, de ellos son 18 extranjeros con representatividad de 9 países financiados y autofinanciados y 16 del proyecto ELAM.



**Figura 3.2:** Composición de la Actividad docente

**Fuente:** Elaboración Propia

### Recursos del sistema

El hospital cuenta con equipamiento de alta tecnología:

- Radiografía y mamografía digital,
- TAC,
- RMN,
- Ultrasonografías,
- Ecocardiografía,
- realización de pruebas vestibulares,
- Electroencefalografía para estudios del sueño,
- Laboratorio para determinación de carga viral en pacientes VIH-SIDA,
- Determinación de hormonas, entre otras.

### **Informatización del hospital**

Cuenta con una gran cantidad de puntos de red (155), de ellos 31 libres para la conexión adicional y con 10 AP (wifi) que dan cobertura al hospital para la navegación y la visualización de los estudios digitales que se realiza en la institución.

Las aplicaciones que se desarrollan actualmente son: VERSAT, Imagenología ha adoptado la tecnología digital que incluye: TAC, RMN, Radiología, Mamografía, entre otros. Las imágenes digitales se visualizan en casi la totalidad del hospital con las AP que se encuentran distribuidos en el centro, el Galen Clínicas está en proceso de generalización pues el hospital carece de suficiente PC para todas las áreas susceptibles de uso. En el Programas de Cáncer se encuentra trabajando en la introducción y actualización de todos los datos, en el Sisalud.

### **Estructura Organizativa**

Está presente en el sistema con 3 niveles bien definidos e incluidos en el Reglamento Funcional del propio hospital: La Dirección, las Vicedirecciones y los Servicios y/o Departamentos que son quienes ejecutan el trabajo esencial de la institución. El organigrama se muestra en el **Anexo 8**.

Por otro lado, al tener en cuenta las particularidades de esta organización, se clasifica como clínico-quirúrgico docente, la localización territorial es a nivel provincial para pacientes con necesidades de cuidados médicos de forma ambulatoria, urgente y hospitalaria. En cuanto al número de camas: 501camas reales y 316 de dotación normal. Cuenta con un equipamiento de alta tecnología y su capital humano asciende a 1969 trabajadores, que

cubren la plantilla aprobada al 79.5 %. Finalmente dispone de 36 especialidades médicas de ellas 14 especialidades acreditadas como docentes.

**Paso 2.** Diagnóstico de la situación actual del proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria.

Uno de los ejes fundamentales de la estrategia nacional de gestión de la calidad es la implementación del sistema de acreditación en las instituciones de salud, la cual tiene entre sus propósitos impulsar los procesos de autoevaluación y potenciar el desarrollo del sector, así como su sostenibilidad. Además, esta estrategia se vincula con la prestación de servicios médicos que hace el país, convirtiéndose en una importante fuente de ingreso y, por lo tanto, para reafirmar la competencia que tienen los médicos cubanos se tiene que partir de la acreditación de las instituciones.

Con el objetivo de diagnosticar el proceso de acreditación hospitalaria en la provincia de Matanzas, se efectuaron revisiones documentales donde se analizaron los resultados de las visitas Ministeriales y las Auditorías Médicas realizadas entre los años 2018-2019. Además, se entrevistó a Guillermo Ramos Castro, Metodólogo de calidad, al Dr. Tomás Toledo Martínez, Especialista de U.O.C y a la Doctora Caridad Castañeda Gueimonde, Auditora Médica del Hospital Faustino Pérez.

A partir de lo mencionado anteriormente, se pudo concluir que la acreditación hospitalaria ha presentado varias dificultades como es la falta de personal en la conducción del proceso siendo este elemento de gran transcendencia debido a que para lograr acreditar cualquier institución de la salud es necesario que exista un personal capacitado y con los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta tarea.

Lamentablemente, en muchas instituciones hospitalarias y APS, no se encuentra definido un responsable y si está, no posee las habilidades necesarias para llevar a cabo la autoevaluación. Igualmente, es primordial destacar que los centros de salud no cuentan con un área de gestión de la calidad por lo que los trabajadores encargados de este proceso no lo realizan como parte de sus funciones sino como tareas asignadas.

Por otra parte, también existe la necesidad de auditores internos de calidad encargados de ir hacer evaluaciones para ver en qué condiciones se encuentra el hospital, y así trabajar en las deficiencias. Aparejado a estas cuestiones existe el inconveniente de trabajar el manual sin un procedimiento que le dé sentido y no deje margen a interpretaciones que atenten

contra su desarrollo y asimismo, no todas las instituciones pueden hacer un uso adecuado de los instrumentos de autoevaluación porque aunque presentan determinada estructura, los expertos consideran que no existe una guía coherente que facilite dicho proceso y homogenice la comprensión de los estándares y se adapte aún más a todas las organizaciones.

Al mismo tiempo, se identificaron no conformidades relacionadas con Infraestructura y con el factor humano, como son las deficiencias en el mobiliario clínico, carencias de camillas en el servicio de urgencias y en el hospital, el comité evaluador de la actividad quirúrgica no está constituido, por lo que no ha funcionado en el año, impidiendo realizar evaluaciones de las deficiencias existentes en la organización de la actividad quirúrgica, realización incompleta de historia clínicas, en registros médicos el libro de pacientes pendientes de tratamiento quirúrgico tiene problemas organizativos y metodológicos y anuncios e informes operatorios con escaques en blanco, les falta fecha de operación, no ponen los apellidos del médico y no clasifican las operaciones correctamente por el comité evaluador de la actividad quirúrgica.

Por los problemas antes expuestos, solamente 2 hospitales han podido culminar la autoevaluación, el Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Faustino Pérez, de Matanzas y Mario Muñoz, de Colón que ambos cuentan con una persona de experiencias que atiende la gestión de la calidad. De esta autoevaluación se lograron identificar los principales estándares del Manual de Acreditación que tienen problemas y requieren perfeccionamiento continuo.

En el caso del hospital Faustino Pérez, a partir de los resultados de la observación directa y de la revisión documental donde se analizaron las conclusiones de las autoevaluaciones anteriores, donde se obtuvo que de los estándares centrados en la atención y seguridad del paciente (ASP), del total de 27, tiene afectado 7 estándares que representa un 35%, los cuales son: ASP 11. Daño del paciente causado por caídas, ASP 14. Seguridad en los medicamentos de alto riesgo, de equipos y dispositivos médicos, ASP 15. Elaboración, dispensación y uso de medicamentos, ASP 17. Atención integral al paciente con dolor, ASP 20. Donación y trasplante de órganos y tejidos, ASP 24. Consentimiento informado y ASP 26. Prevención y control de úlceras por presión, que presentan algunos elementos que requieren perfeccionarse y/o consolidar su implementación y cumplimiento.

En el caso de los estándares de docencia e investigación, del total de 3, se cumplen en general, pero no todos los elementos requeridos por el estándar se cumplen totalmente, todavía requieren perfeccionamiento y consolidación.

Por otra parte, de los 10 estándares que conforman gestión y seguridad hospitalaria, se obtuvo que, se cumplen 5 con un buen nivel organizativo y los otros 5 requieren de perfeccionamiento y/o consolidación, evidenciándose que el 50% de los estándares a evaluar pertenecientes a este grupo no se cumplen. Estos últimos son: GH 02. Gestión de la calidad y seguridad del paciente. GH 03. Gestión de la seguridad y protección hospitalaria. GH 04. Gestión de capital humano. GH 07. Gestión de la información. GH 08. Historia clínica del paciente.

A partir de estos resultados se elaboró un Plan de Medidas en el 2017 el cual, se ha revisado y actualizado 4 veces hasta el 2019, implementándose en un grupo importante de servicios y Dptos. de apoyo.

Lamentablemente no todos cuentan con él y ha dependido de la motivación y reconocimiento de su importancia por los diferentes involucrados. Esto permite obtener una visión exacta y segura del nivel de cumplimiento y se sabe que hay un grupo de estándares muy comprometidos, la mayoría que involucran procesos que no se desarrollan bien y son de los de mayor importancia y a la vez los que revisten mayores complejidades para alcanzar altos niveles de cumplimiento.

En la última actualización del Plan de Medidas realizado en el 2019, se evidenció que todavía existen un grupo de estándares de vital importancia para el centro que presentan problemas. En la **tabla 3.2** se observan los estándares con sus principales problemas.

Como puede apreciarse en la actualidad, del Grupo No 1 presentan dificultades en el 33% de los estándares, del Grupo No 2 el 60% y del Grupo No 3 el 33% por lo que se puede determinar que aún el centro hospitalario presenta debilidades que superar y mecanismos que aplicar para mejorar el cumplimiento de determinados estándares que requieren definiciones generales que el organismo debe delimitar y precisar metodológicamente. Además, es evidente que deben continuar trabajando en lograr la motivación y la capacitación de los mandos y los trabajadores para hacer de la acreditación la herramienta que significa su esencia.

Tabla 3.2: Estándares afectados

GRUPO N°1: Estándares centrados en la Atención y Seguridad del Paciente.	
<b>ASP -01. Identificación inequívoca del paciente.</b>	No se ha implementado la H.C. ambulatoria de los casos que reciben consulta externa con numero único.
<b>ASP- 03. Continuidad de la atención.</b>	Se evidencia dificultad en la atención y la entrega de casos médico a médico.
<b>ASP- 05. Prestación de la atención sanitaria.</b>	Persisten serias dificultades con la calidad de la historia clínica y hay evidencia de actuaciones fuera de PDT e inequidad en la atención vulnerando el derecho del paciente a recibir atención de calidad.
<b>ASP - 07. Cambios en el estado del paciente.</b>	Se escapan cambios en el estado del paciente que comprometen la calidad de la atención.
<b>ASP – 09. Cirugía y procedimientos invasivos seguros.</b>	Deficiente notificación y reporte de eventos adversos. Inconsistente aplicación del Consentimiento informado. Dificultades en el funcionamiento del Comité de Quirúrgico, los anuncios e informes operatorios no tiene la calidad necesaria.
<b>ASP -13. Atención quirúrgica.</b>	Debilidad en la calidad de la historia clínica y de los informes operatorios y de la información al paciente previo al evento.
<b>ASP - 14 – Seguridad de los medicamentos.</b>	Equipos y dispositivos médicos. Débil reporte de reacciones adversas.
<b>ASP - 16. Alimentación y apoyo nutricional.</b>	No se ha constituido el grupo de apoyo nutricional del hospital.
<b>ASP - 22. Laboratorios clínicos.</b>	Atrasos en los procesos de control e información sobre biopsias y bajo índice de necropsias, baja calidad de las solicitudes de investigaciones.
GRUPO N°2: Estándares de Gestión y Seguridad hospitalaria.	
<b>GH -02. Gestión de la calidad y seguridad del paciente.</b>	Débil trabajo de los círculos de calidad e inestabilidad en las reuniones de pacientes y acompañantes.

<b>GH – 03. Gestión de la seguridad y protección hospitalaria.</b>	Débil control de flujo hospitalario y de las acciones de control de medios y recursos.
<b>GH – 04. Gestión de capital humano.</b>	Débil aplicación del programa de acogida y de la selección del RRHH, problemas con la capacitación del personal no propio del sistema y con la disciplina laboral.
<b>GH - 07. Gestión de la información.</b>	No está confeccionado el sistema de flujo de la información interna, debilidad en el llenado de los certificados de defunción y otros registros oficiales.
<b>GH – 08. Historia clínica del paciente.</b>	Deficiente calidad del expediente clínico y de las indicaciones de investigaciones diagnósticas que influyen negativamente en la calidad y seguridad de los servicios asistenciales que se brindan.
<b>GH – 09. Higiene y epidemiología hospitalaria.</b>	Débil aplicación de las normas de bioseguridad y del registro de accidentes y enfermedades profesionales.
<b>GRUPO N°3: Estándares de Docencia e Investigación.</b>	
<b>DI-01. Desarrollo de los procesos formativos y de superación de técnicos y profesionales de la salud.</b>	Bajo número de doctores en ciencia.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión documental.

**Paso 3:** Análisis con la dirección de la organización hospitalaria objeto de estudio.

Para cumplimentar esta fase en un primer momento se le presentó a la dirección del hospital, el tema de investigación, así como las perspectivas e importancia de esta que no es más que la elaboración de un instrumento de autoevaluación como vía para la acreditación hospitalaria, recalándose el impacto y necesidad de este. Además, fue un momento clave para establecer alianzas y determinar prioridades en la investigación. Luego de la aprobación y autorización se procedió a tener un contacto con todos los implicados para explicar el objetivo y alcance del estudio.

### 3.2 Definición de los aspectos a medir que conforman el instrumento de autoevaluación

**Paso 1:** Formación del equipo de experto.

El equipo de trabajo fue conformado por 7 personas: 5 doctores que atienden el proceso de calidad en sus respectivas entidades y 2 ingenieros industriales asociados al sector de la salud con amplia experiencia en el tema de acreditación.

Para probar científicamente si los compañeros son en realidad expertos en el tema tratado se les aplicó la encuesta de experticidad, a partir de la cual se obtienen los elementos necesarios para calcular K, dicho cuestionario puede ser observado en el **Anexo 3**.

En la **tabla 3.3** se muestran los posibles expertos.

**Tabla 3.3:** Relación de los posibles miembros del grupo de expertos

No.	Cargo que Ocupa
1	Metodólogo de Calidad de la provincia
2	Directora de Ciencia e Innovación Tecnológica
3	Especialista de U.O.C
4	Especialista de Medicina Interna. Auditora Médica
5	Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas
6	Dra. encargada de calidad en el Hospital Materno
7	Asesor de calidad de la provincia de Matanzas

**Fuente:** Elaboración propia

Como respuesta del procesamiento de las encuestas se obtuvo los valores del coeficiente de conocimiento (Kc).

El **Anexo 9** refleja los resultados del coeficiente de conocimiento para los posibles expertos (Kc) y el **Anexo 10** evidencia los resultados del coeficiente de argumentación para los posibles expertos (Ka).

A continuación, en la **tabla 3.4** se expone el resumen de los resultados obtenidos, juntamente con los valores de K.

**Tabla 3.4:** Cálculo del coeficiente de competencia(K)

Cálculo de K				
No.	Exp.	Kc	Ka	$K=(Kc+Ka)/2$
1	$E_1$	0.896	0.86	0.878
2	$E_2$	0.887	0.98	0.934
3	$E_3$	0.827	0.94	0.884
4	$E_4$	0.866	0.9	0.883
5	$E_5$	0.833	0.96	0.897
6	$E_6$	0.9	0.94	0.92
7	$E_7$	0.887	0.94	0.914

**Fuente:** Elaboración propia

**Paso 2:** Determinación de los aspectos generales a evaluar.

Para darle respuesta a este paso, se analizaron y compararon los modelos de excelencia para así poder identificar las principales variables que estos proponen y seleccionar cuál es el que más se ajusta al proceso de autoevaluación en la entidad hospitalaria.

En esta actividad se tuvo en cuenta diferentes aspectos para la selección como fueron origen, estructura, alcance, reconocimientos e inconvenientes. A raíz de esto, se determinó que el modelo que más se ajusta y cumple con lo requerido para la investigación actual es el modelo EFQM, por ser el más completo, no prescriptivo, con un amplio enfoque hacia la satisfacción de todos los grupos de interés, específico y ético. Además, sirve para realizar un diagnóstico de la empresa donde se evalúen todos los procesos que intervienen en ella, permitiendo identificar los puntos débiles y fuertes de la organización, las áreas de mejora y medir el progreso en el tiempo por lo que es una herramienta excelente para la concreción de planes estratégicos, tanto a corto como a largo plazo.

Su aplicación en las organizaciones sanitarias no implica una ruptura con los modelos clásicos, centrados en la Medicina Basada en la Evidencia o en los planteamientos clásicos de Donabedian, sino, por el contrario, aporta una estrategia útil para estructurar y extender los conceptos y los métodos del control de calidad a toda la organización. Se podría decir

que el modelo recoge y refuerza los valores tradicionales y los orienta hacia el usuario, teniendo en cuenta tanto la organización como el entorno en que se desarrolla.

A partir de este resultado se determinó que los principales aspectos que se van a evaluar son los **criterios agentes** que tiene el modelo europeo, los cuales son:

Liderazgo, que establece que las organizaciones excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspirando confianza en todo momento. Son flexibles, permitiendo a la organización anticiparse y reaccionar de manera oportuna con el fin de asegurarse un éxito continuo.

Política y Estrategia, determina que las organizaciones excelentes implantan su Misión y Visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Personas, donde se plantea que las organizaciones excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos personales y los de la organización de manera beneficiosa para ambas partes. Desarrollan las capacidades de las personas y fomentan la equidad e igualdad. Se preocupan por las personas de la organización, potencian la comunicación interna, recompensan y dan reconocimiento a los esfuerzos para, de este modo, motivar a las personas, incrementar su compromiso con la organización y favorecer que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de esta.

Alianzas y Recursos, puntualiza que las organizaciones excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, proveedores y recursos internos, para apoyar sus políticas de apoyo y su estrategia, así como el eficaz funcionamiento de sus procesos. Se aseguran de gestionar eficazmente su impacto social y ambiental.

Procesos, que aclara que las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez mayor valor para sus clientes y otros grupos de interés.

**Paso 3:** Determinación de los subcriterios a evaluar.

Para definir los subcriterios se partió del análisis del Manual de Acreditación Hospitalaria, el cual está formado por 40 estándares organizados en tres grupos los cuales son: Grupo N°1: Estándares centrados en la Atención y Seguridad del Paciente el cual cuenta con 27 indicadores, Grupo N°2: Estándares de Gestión y Seguridad hospitalaria tiene 10

indicadores y Grupo N°3: Estándares de Docencia e Investigación tiene 3 indicadores. Estos a su vez contienen una breve descripción, así como propósitos, elementos a evaluar y documentos a verificar.

Como se puede apreciar, el Manual de Acreditación cuenta con 40 estándares, dentro de los cuales se incluyen 722 elementos a evaluar. Por esta razón, para el comienzo de la elaboración del Instrumento de autoevaluación para la acreditación hospitalaria se decide iniciar por el Grupo N°2: Estándares de Gestión y Seguridad Hospitalaria, ya que, a partir de los resultados del diagnóstico de la situación actual del proceso de autoevaluación realizado en la etapa anterior se pudo concluir que este grupo es el más afectado debido a que un 50% de los estándares requieren de perfeccionamiento y/o consolidación. A partir de este análisis se definió que los subcriterios a evaluar son los **elementos a evaluar** que ofrece el Manual de Acreditación para este grupo de estándares.

Después de haber definido en qué grupo de estándares se va a trabajar se aplicó el método Delphi a dos vueltas al equipo de expertos donde:

1. En la primera vuelta (Ver **Anexo 4**), los expertos deciden si o no, sobre cada uno de los estándares principales (10) y elementos a evaluar (177) propuestos por el Manual de Acreditación, además podrán realizar propuestas nuevas, que consideren, que faltan en la propuesta inicial, así como sugerencias de combinación, modificación, etc. El resultado se analiza (Ver **Anexo 11**) y todos los ítems, con menos de un 60% de aceptación, son descartados.
2. En la segunda vuelta, se pone a consideración del Panel de Expertos, los ítems que corresponden a nuevas propuestas, realizadas por estos en la primera vuelta. El resultado se analiza (Ver **Anexo 12**) y todos los ítems, con menos de un 60% de aceptación, nuevamente, son descartados.

Como resultado de la aplicación del método se obtuvo que: fueron eliminados 35 elementos a evaluar, se agregaron 16 que partieron de la fusión de varios de los aspectos eliminados y se propusieron cambios en la redacción a 4 de ellos con el objetivo que fueran mejor comprendidos por el personal que va a aplicar el instrumento, para una mejor comprensión en el **Anexo 13** se resumen estos cambios. La propuesta definitiva detallada, de los estándares y de los 168 elementos a evaluar, que se van a incluir en el instrumento de autoevaluación se presenta en el **Anexo 14**.

**Paso 4:** Establecimiento de la relación de los subcriterios con los aspectos generales.

Para dar respuesta a este paso se realizaron tormentas de ideas, análisis de afinidad y trabajo con el grupo de experto para definir que elemento a evaluar del Manual de Acreditación va a estar asociado a cada criterio agente del modelo EFQM quedando Liderazgo con 15 elementos a evaluar, Política y Estrategia con 23, en Personas con 27, Alianzas y Recursos con 64, Procesos con 18, como se aprecia en el instrumento que se adjunta.

En el caso de los criterios agentes Personas y Alianzas y Recursos como son los que más elementos a evaluar contiene los expertos consideraron agruparlos para una mejor comprensión y evaluación a la hora de aplicar el instrumento, quedando de la siguiente forma:

- Personas

Subcriterio 3a Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos (17)

Subcriterio 3b Desarrollo del conocimiento y de las capacidades (8)

Subcriterio 3c Comunicación (1)

Subcriterio 3d Reconocimiento (1)

- Alianzas y Recursos

Subcriterio 4a Gestión presupuestaria (4)

Subcriterio 4b Gestión de edificios, equipamiento y materiales (38)

Subcriterio 4c Gestión de las alianzas externas (2)

Subcriterio 4d Gestión de la información y del conocimiento (18)

Subcriterio 4e Gestión de la tecnología (3)

### **3.3 Obtención de coeficientes de prioridades (pesos) por métodos multicriterios**

**Paso 1:** Cálculo de coeficientes de prioridades (pesos) de los criterios agentes.

Para el cálculo de los coeficientes de los criterios agentes del modelo EFQM se emplea el software libre AHP Analytic Hierarchy Process (Excel Template with Multiple Inputs), para el que se utiliza una matriz para cada experto (Ver **Anexo 5**). Todos los resultados se muestran en el **Anexo 15**. A modo de ejemplo en la **Figura 3.3** se muestra cómo queda la valoración emitida por el experto 1, respecto a que criterios agentes influyen más en el proceso, en vista

a enfrentarse a la Acreditación, a partir de la comparación de uno con otro, al ser insertada en el software.

Participant 1		1	Abel	$\alpha$ : 0.1	CR: 8%
Name	Weight	Date	Consistency Ratio		
		Criteria		more important ?	Scale
i	j	A	B	A or B	(1-9)
1	2	Liderazgo	Política y Estrategia	A	5
1	3		Personas	A	7
1	4		Alianzas y Recursos	A	5
1	5		Procesos	A	1
1	6				
1	7				
1	8				
2	3	Política y Estrategia	Personas	A	4
2	4		Alianzas y Recursos	A	3
2	5		Procesos	B	5
2	6				
2	7				
2	8				
3	4	Personas	Alianzas y Recursos	A	4
3	5		Procesos	B	5
3	6				
3	7				
3	8				
4	5	Alianzas y Recursos	Procesos	B	5
4	6				

Figura 3.3: Valoración del Experto 1

Fuente: Elaboración propia a partir del Software AHP Excel

Antes de concluir este análisis, debe calcularse la razón de consistencia, el cual valida que los juicios no tengan errores entre ellos, es decir, que no se haya producido contradicciones en los mismos. Un valor de este coeficiente inferior a 0.10 es considerado aceptable. En la **tabla 3.5** se encuentran los valores de la razón de consistencia (CR, Consistency Ratio) para cada uno de los expertos, y como se puede observar, todos ellos son menores que 0.1 por lo tanto, se pueden utilizar los resultados dados por el método.

Tabla 3.5: Razón de Consistencia

Expertos	CR
$E_1$	0.08
$E_2$	0.08
$E_3$	0.09
$E_4$	0.08
$E_5$	0.09
$E_6$	0.1
$E_7$	0.1

Fuente: Elaboración propia

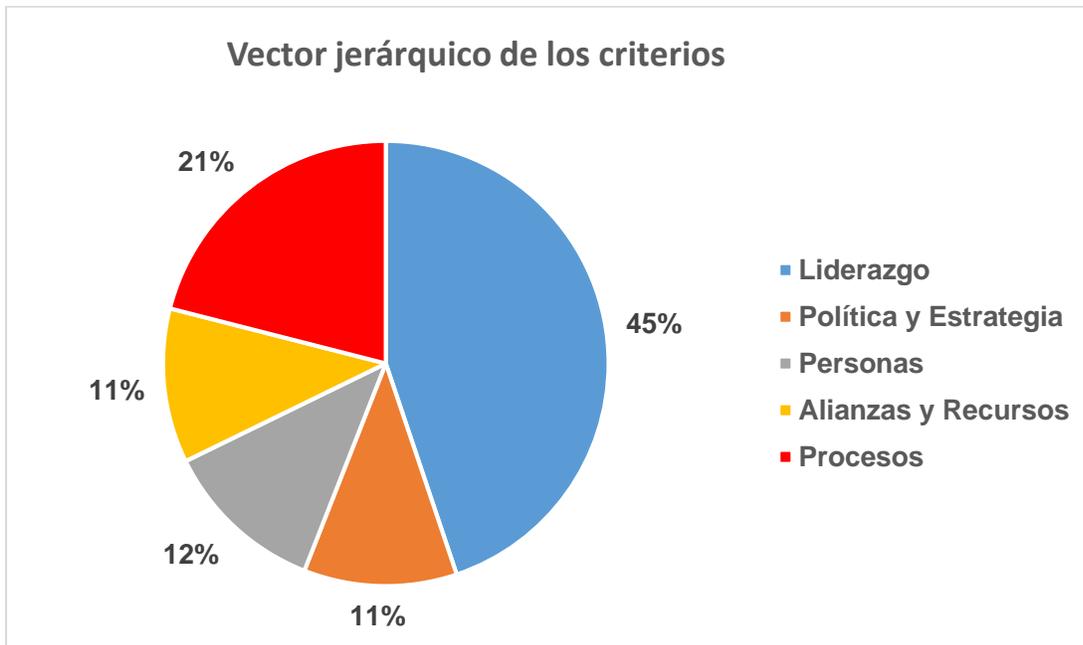
A continuación, se muestra en la **tabla 3.6** los resultados de los vectores jerárquicos para los criterios agentes y un porcentaje de preferencia para cada una de ellas.

**Tabla 3.6:** Vector de prioridad de las alternativas

Criterios	Vector Saaty	%
Liderazgo	0.448	44.8
Política y Estrategia	0.111	11.1
Personas	0.118	11.8
Alianzas y Recursos	0.112	11.2
Procesos	0.210	21.0
Total	1.000	100

**Fuente:** Elaboración propia

En la **figura 3.4** se muestra la relación del peso de los criterios agentes.



**Figura 3.4:** Vector jerárquico de los principales criterios.

**Fuente:** Elaboración propia.

**Paso 2:** Cálculo de coeficientes de prioridades (pesos) de los subcriterios definidos.

En este paso se procede a calcular los pesos de los subcriterios definidos anteriormente en aras de hacer más sencillo y comprensible el instrumento. Para ello se aplica el Triángulo de Füller, con la opinión de un experto (Ver **Anexo 6**).

Los resultados obtenidos de la aplicación del Triángulo de Füller se muestran en la **tabla 3.7**.

**Tabla 3.7:** Coeficientes de prioridades (pesos) de los subcriterios

No	Subcriterios	$m_i$	$V_i$
1	Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.	2	0.33
2	Desarrollo del conocimiento y de las capacidades.	2	0.33
3	Comunicación.	1	0.17
4	Reconocimiento.	1	0.17
	Total de comparaciones realizadas por el experto	6	1
<b>No</b>			
1	Gestión presupuestaria	3	0.3
2	Gestión de edificios, equipamiento y materiales	1	0.1
3	Gestión de las alianzas externas	3	0.3
4	Gestión de la información y del conocimiento	2	0.2
5	Gestión de la tecnología	1	0.1
	Total de comparaciones realizadas por el experto	10	1

**Fuente:** Elaboración propia

En la **tabla 3.8** y **tabla 3.9**, se puede apreciar de manera tabulada y resumida, como quedan los coeficientes de prioridades de los criterios agentes y subcriterios obtenidos con el uso del software libre AHP Analytic Hierarchy Process (Excel Template with Multiple Inputs) y el Triángulo de Füller.

**Tabla 3.8:** Coeficientes de prioridades (pesos) de los criterios agentes.

Resumen de los vectores jerárquicos	
Criterios agentes	Peso
Liderazgo	0.448
Política y Estrategia	0.111
Personas	0.118
Alianzas y Recursos	0.112
Procesos	0.210

**Fuente:** Elaboración Propia

**Tabla 3.9:** Coeficientes de prioridades (pesos) de los subcriterios

Primer nivel jerárquico		Segundo Nivel	
Criterio Agente	Peso	Subcriterio	peso
<b>Personas</b>	0.118	Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.	0.33
		Desarrollo del conocimiento y de las capacidades.	0.33
		Comunicación.	0.17
		Reconocimiento.	0.17
<b>Alianzas y Recursos</b>	0.112	Gestión presupuestaria	0.3
		Gestión de edificios, equipamiento y materiales	0.1
		Gestión de las alianzas externas	0.3
		Gestión de la información y del conocimiento	0.2
		Gestión de la tecnología	0.1

**Fuente:** Elaboración Propia.

### 3.4 Creación de la clave para evaluar cada uno de los aspectos ponderados.

Este paso es de suma importancia, por presentar implícita, la subjetividad del evaluador, por lo que las indicaciones deberán ser claras y precisas para disuadir toda posibilidad de ambigüedad o error.

En dependencia del aspecto principal a evaluar, se encuentran dos tipos de subaspectos, los cualitativos y los cuantitativos.

En caso de que sean indicadores cuantitativos, ¿cuáles son valores, considerados como óptimo?, y a partir de que valores se consideraría el subaspecto como inadmisibles o malos.

En el caso que los subaspectos sean cualitativos, de igual forma se procederá, definiendo que o cuáles son indispensables para alcanzar la evaluación óptima y a partir de qué criterio se tendría una evaluación deficiente.

Según lo antes dicho se toma como clave la escala recomendada por Falcón Alonso (2018) que es una modificación del procedimiento propuesto por Fernández Arenas (2009) que sería:

Para los aspectos cuantitativos:

- Óptimo (100%): 10
- Bueno (85% - menor de 100%): 8 - 9
- Deficiente (menos del 85%): 7

Para aspectos cualitativos:

- Óptimo: 10
- Bueno: 8 - 9
- Deficiente: 7

Cada tipo de evaluación (Óptimo, Bueno y Deficiente) posee un rango numérico que logra unificar todos los subaspectos con un valor de evaluación sin importar que este sea un aspecto cualitativo o cuantitativo. El responsable de elegir sobre un valor de los rangos es el evaluador, según su experiencia.

Hay que destacar, que es necesario medir la validez y la fiabilidad debido a que se debe probar que el instrumento mide lo que debe medir y si está libre de error aleatorio porque cuanto más fiable menor es el grado de error en las mediciones obtenidas.

## Conclusiones

Después de haberse realizado esta investigación, se pudo arribar a las conclusiones generales siguientes:

1. Una vez analizado el marco teórico referencial de la presente investigación se evidencia la importancia de la aplicación de modelos de acreditación que avalen y soporten los servicios de salud y permitan dar un enfoque de autoevaluación para conocer el grado de avance en su rumbo hacia la calidad total y lograr la acreditación hospitalaria.
2. El Instrumento de autoevaluación para el proceso de Acreditación hospitalaria facilita mediante un procedimiento coherente y flexible el proceso de autoevaluación, homogeniza la comprensión de los estándares y a la vez que considera las características particulares.
3. Los resultados del diagnóstico de la situación actual del proceso de autoevaluación derivaron en la selección del componente Grupo N°2: Estándares de Gestión y Seguridad hospitalaria, al ser el grupo más afectado debido a que un 60% de los estándares requieren de perfeccionamiento y/o consolidación.
4. El análisis del modelo EFQM y el Manual de Acreditación de Cuba propició la definición de los aspectos: Liderazgo, Política y Estrategia, Personas, Alianzas y Recursos y Procesos, ponderados según método AHP en 0.448, 0.111, 0.118, 0.112, 0.210 respectivamente y como subcriterios los 168 elementos a evaluar donde se concretó a través de análisis de afinidad la relación entre ellos; y a partir del método Triángulo de Füller, se valoraron los pesos para los subcriterios: Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos, Desarrollo del conocimiento y de las capacidades, Comunicación, Reconocimiento, Gestión presupuestaria, Gestión de edificios, equipamiento y materiales, Gestión de las alianzas externas, Gestión de la información y del conocimiento y Gestión de la tecnología.

### **Recomendaciones**

1. Aplicar el procedimiento en los componentes restantes para lograr la elaboración completa del instrumento para la autoevaluación frente a la acreditación hospitalaria.
2. Implementar la escala recomendada para probar su factibilidad en una aplicación preliminar tal que se diseñen ajustes a la herramienta según el contexto objeto de estudio.
3. A partir del instrumento elaborado diseñar un índice integral para identificar en qué estado se encuentra la institución hospitalaria para enfrentarse al proceso de acreditación.
4. Monitorear durante su generalización los criterios, con el fin de perfeccionar y adecuar a las particularidades de los hospitales, si fuera necesario.

**Bibliografía**

- Academia Española, R. (1956). *Diccionario de la lengua española/por La Real Academia Española*.
- Acosta Quintana, L. (2011). *Procedimiento para el análisis de la mejora de la calidad de la gestión del Sistema de Salud de Unión de Reyes*. (Título de Ingeniero Industrial Diploma), Universidad de Matanzas, Matanzas.
- Alvarez, H. R. P., & García, M. I. Á. (2014). Calidad en el mercado de la salud ¿realidad o utopía? *Horizonte Sanitario*, 11(1), 6-12.
- Astigarrapa, E. (2006). El Método Delphi., from [www.dephi.umc/ekonomica](http://www.dephi.umc/ekonomica)
- Belzunegui, T., Busca, P., López-Andújar, L., & Tejedor, M. (2010). Calidad y acreditación de los servicios de urgencias. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33.
- Berwick, D. M., Godfrey, B. A., & Roessner, J. (1991). Curing health care: new strategies for quality improvement. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 13(5), 65-66.
- Betancourt, J. H. (2015). Un acercamiento impostergable del sistema cubano de salud a la calidad. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*.
- Cantú Delgado, H. (2001). *Desarrollo de una cultura de calidad*. México: Editorial McGrawHill.
- Carrasco Fernández, S. (2013). *Procesos de gestión de la calidad en hotelería y turismo*. España: Editorial Ediciones Paraninfo S.A.
- Castro Hernández, A. (2016). *Diagnóstico de la calidad de la gestión en la Agencia de Viajes Cubatur, Sucursal Varadero*. (Tesis en opción al título de Ingeniero Industrial ), Universidad de Matanzas Sede "Camilo Cienfuegos", Matanzas, Cuba.
- Cobas López, J. (2014). *Evaluación de los principios de la gestión de la calidad en la empresa Comercializadora y Distribuidora de Medicamento ( EMCOMED ) de Matanzas*. (Trabajo de diploma en opción al título de Ingeniero Industril.), Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos".
- Crosby, P. B. (1996). *Hablemos de Calidad*. Mexico: Editorial Interamericana de México.
- Cuba, P. C. d. (2017). *Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021*.
- Cuétara Sánchez, L. (2009). Metodología cuantitativa y cualitativa para la evaluación sostenible de destinos y productos turísticos. *Revista Retos Turísticos*. .
- Deming, W. E. (1982). *Quality, productivity and competitive position*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Donabedian, A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care: 1964-1984. *Evaluation & the health professions*, 8(3), 243-265.
- Donabedian, A. (1986). Quality assurance in our health care system. *Quality assurance and utilization review*, 1(1), 6-12.
- . *Estrategia nacional de gestión de la calidad en el sector salud*. (2013). La Habana, Cuba: ECIMED.
- Falcón Alonso, N. (2018). *Aplicación del procedimiento de evaluación y control para gestión del mantenimiento en lavanderías industriales, mediante indicador general*. (Trabajo de Diploma), Universidad de Matanzas.
- Feigenbaum, A. V. (1971). *Control Total de la Calidad*. Edición: Revolucionaria.

- Fernández Arenas, E. (2009). *Procedimiento de Evaluación y Control para Gestión del Mantenimiento en Hoteles, mediante Indicador General*. (Tesis en opción al grado de Máster en Administración de Empresas), Universidad de Matanzas Camilo Cienfuegos.
- Fernández Sánchez, E. (1993). *Dirección de la producción I. Fundamentos Estratégicos*. . España: Editorial Civitas, S.A.
- Fiallo Rodríguez, J. (2004). *Cómo investigar en Pedagogía* La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Forrellat Barrios, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30, 179-183.
- Frías Jiménez, R. A., & Cuétara Sánchez, L. (2008). *Herramientas de apoyo a la solución de problemas no estructurados en empresas turísticas*: Editorial universitaria.
- García, J., Gargallo, A., & Pastor, G. (2015). *El modelo EFQM: una aplicación a la empresa Aragonesa*. Universidad de Zaragoza.
- García, P. F. T., Pino, M. R. M., Meza, M. C. O., De León, I. S., & Peña, Y. C. A. (2011). Los enfoques mundiales de la gestión de la calidad. Una mirada desde los modelos y premios de excelencia. *Ingeniare*(11), 99-113.
- Gérvas, J., Ortún, V., Palomo, L., & Ripoll, M. Á. (2017). Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población: *SciELO Public Health*.
- Gómez Paz, J. C. (2010). *"Calidad Total y Recursos Humanos: Un estudio sobre la gestión de la calidad total y los recursos humanos en la industria hotelera de la provincia de Salta"*. (Título de Master en Administración de Negocios Maestría), Universidad Católica De Salta. Retrieved from [http://www.eumed.net/libros-gratis/2012b/1200/gestion\\_de\\_calidad\\_y\\_evolucion.html](http://www.eumed.net/libros-gratis/2012b/1200/gestion_de_calidad_y_evolucion.html)
- González, A. G., & Rodríguez, R. A. G. (2008). Diseño de un sistema de gestión de la calidad con un enfoque de Ingeniería de la calidad. *Ingeniería Industrial*, 29(3), 1-6.
- Guerra Bretaña, R. M., & Marín Álvarez, Y. A. (2017). Accreditation and certification of hospital quality. Different or similar? . *Revista Ingeniería Biomédica*, Vol. 11(Nº. 21), págs. 35-41.
- Guerra Bretaña, R. M., & Meizoso Valdes, M. (2012). *Gestión de la calidad: Conceptos, modelos y herramientas*. La Habana: Editorial UH.
- Guix Oliver, J. (2015). Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 325-332. doi: <https://doi.org/10.1157/13078042>
- Henao Herrera, A. C. (2013). *Beneficios resultantes del proceso de acreditación de la calidad en Salud* (Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de la Salud), Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Hernández Nariño, Medina León, A., Nogueira Rivera, D., Negrín Sosa, E., & Marqués León, M. (2014). La caracterización y clasificación de sistemas, un paso necesario en la gestión y mejora de procesos, particularidades en organizaciones hospitalarias. *DYNA*.
- Hirschhorn, L. R., Ramaswamy, R., Devnani, M., Wandersman, A., Simpson, L. A., & Garcia-Elorrio, E. (2018). Research versus practice in quality improvement? Understanding how we can bridge the gap. *International journal for quality in health care*, 30(suppl\_1), 24-28. doi: 10.1093/intqhc/mzy018
- Ishikawa, K. (1988). *¿Qué es el control total de la calidad?* . Ciudad de La Habana, Cuba: Cuba. : Revolucionaria.

- Jácome Villacres, M. (2015). *Determinación del índice sintético para la evaluación de buenas prácticas de manufacturas en la asociación de productores lácteos de la mitad del mundo*. (Ingeniera Máster en Dirección de Operaciones y Seguridad Industrial), Universidad de las Américas.
- Joint Commission International (21 de enero del 2018). from <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/ISQua-Accredited/>
- Juan López, M., Durán Fontes, L. R., & Santos Preciado, J. I. (2017). Manual del sistema de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. In S. d. Salud (Ed.).
- Juran, J. M. (1993). *Manual de control de la calidad* (Cuarta Edición ed. Vol. Vol No 1): Editorial Mc GRAW Hill.
- Juran, J. M., & Gryna, F. M. (1988). *Quality Control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
- Juran, J. M., & Gryna, F. M. (1993). *Manual de Control de la Calidad* (Cuarta edición ed. Vol. Volumen II): Editorial Mc GrawHill.
- Lee, R. I., & Jones, L. W. (1933). *The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago: Committee on the Costs of Medical Care. University of Chicago Press.*
- Llopis Serrano, M. (2014). *Implantación y desarrollo del modelo EFQM en una clínica privada*. Universidad Politecnica de Valencia.
- Manual de Acreditación de Cuba (2016).
- Martí, I. M., Llasat, R. F., Martí, M. T. P., Gallego, J. M., & Nolla, S. A. (2008). Acreditación hospitalaria: cómo conseguirla (implicación del Servicio de Urología del HTVC). *Enfuro*(108), 14-16.
- Martín Arribas, M. C. (2014). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión, Vol No5*.
- Martínez Rodríguez, E. (2007). Aplicación del proceso jerárquico de análisis en la selección de la localización de una PYME. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*.
- Medina León, A., Piloto Fleitas, N., Nogueira Rivera, D., Hernández Nariño, A., Ricardo Alonso, A., & Viteri Moya, J. (2011). Estudio de la construcción de Índices Integrales para el apoyo al Control de Gestión Empresarial. *Enfoquete, Vol 2*.
- Mesgari, I., Kamali Miab, A., & Sadeghi, M. J. (2017). Causal structure of the EFQM excellence model among healthcare sector: A case study in Iran. *Total Quality Management & Business Excellence*, 28(5-6), 663-677.
- Morim de Sa Moreira, P. M. (2012). *Gestión de la Calidad, del conocimiento y de la Innovación en la Salud: Estrategias de Cooperación Ibericas*. (Doctoral), Universidad de Alicante.
- NC ISO/9000-2015: Sistema de Gestión de la calidad. Fundamentos y Vocabularios.
- Negrin Sosa, E. (2003). *El Mejoramiento de la Administración de Operaciones en Empresas de Servicios Hoteleros*. (Doctor en Ciencias.), Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos".
- Nogueira Rivera, D. (2002). «Modelo conceptual y herramientas de apoyo para potenciar el control de gestión en las empresas cubanas». ([Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Técnicas]), Matanzas, Universidad de Matanzas Ingeniería Industrial.
- Norma Cubana del "Método de Expertos" (1986).
- OMT. (1998). Guide for Local authorities on tourism sustainable development. [www.world-tourism.org](http://www.world-tourism.org)

- Ortega Alarcón, J., Hernández Palma, H., Mariano, H., & Herrera Flórez, A. (2015). *Calidad Estratégica en los Servicios de Salud* (C. U. Latinoamericana Ed.). Barranquilla.
- Otero, R. (2013). Instituto técnico para la acreditación de establecimientos de salud. <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/FlexnerCodman.pdf>.
- Oyarce, D., & Jorge, A. (2013). Excelencia empresarial y competitividad: ¿ una relación fructífera? *Panorama socioeconómico*, 31(46).
- Piedad Roldán, N., Clara Ruth Vargas, N., Clara Patricia Giraldo, F., Gloria Esperanza Valencia, T. R., Claudia Liliana García, F., & Luisa Matilde Salamanca, F. (2001). Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. *Colombia Medica*, 32.
- . *Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria*. (2006). La Habana, Cuba.
- Roberts, J. S., Coale, J. G., & Redman, R. R. (1987). A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *Jama*, 258(7), 936-940.
- Rubiera García, J. M. (2008). *Evaluación y análisis de la mejora del proceso Gestión de la Calidad*. Universidad de Matanzas "CAMILO CIENFUEGOS", Matanzas.
- Ruíz, C. (2001). Gestión de la calidad del servicio. Retrieved 20, 2019, from <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>
- Saaty, T. L. (1995). *Decision Making for Leaders: The Analytic Hierarchy Process for Decision*: RWS Publications.
- Saaty, T. L. (1998). *Método Analítico Jerárquico (AHP): Principios Básicos en Evaluación y Decisión Multicriterio. Reflexiones y Experiencias*.: Editorial Universidadde Santiago.
- Saaty, T. L., Rogers, P., & Pell, R. (1988). Portfolio selection through hierarchies. *Journal of Porfolio Management*.
- Salmerón Reyes, E., & Pérez Medina, M. (2010). *Manual Didáctico Complementario para la enseñanza-aprendizaje de la Metodología de la Investigación Educativa*: Editorial Educación Cubana.
- Salud, G. R. d. (2014). Guía de autoevaluación en atención primaria. *Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud.
- Saturno, P. (2015). Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria. Opina la Universidad. *Modelos de calidad asistencial en atención primaria*, 2.
- Schroeder, R. G. (1992). *Administración de operaciones. Toma de decisiones en la función de operaciones*. México D.F: McGraw-Hill.
- Segura Domínguez, A. (2006). *Metodología de diagnóstico y evaluación de la calidad para la implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad*. (Titulo de Master en Administrador de Empresas Grado), Universidad de Matanzas, Matanzas.
- Shaw, C. D. (2010). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International journal for quality in health care*, 12(3), 169-175. doi: 10.1093/intqhc/12.3.169
- Suarez-Bustamante, N. (2012). Qué es el método Delphi. . Retrieved 5-5-2019, from [www.eoi.es/blogs/nataliasuarez-bustamante/2012/02/11/%C2%BFque-es-el-metodo-delphi/](http://www.eoi.es/blogs/nataliasuarez-bustamante/2012/02/11/%C2%BFque-es-el-metodo-delphi/)
- Toskano Hurtado, B. (2015). *El Proceso de Análisis Jerárquico (AHP) como Herramienta para la Toma de Decisiones en la selección de Proveedores*.

Anexos

Anexo 1: Criterios generales del Modelo EFQM

ESTRUCTURA GENERAL: CRITERIOS DEL MODELO

Figura 1. Estructura del Modelo EFQM de Excelencia con el peso asignado a cada criterio para el cómputo de la puntuación total



Fuente: Modelo EFQM de excelencia.



Creatividad										
Profesionalidad										
Capacidad de Análisis										
Experiencia										
Intuición										
Nivel de actualización										
Espíritu de colectividad										

2 – Marque con una (X) cómo ha influido cada una de las fuentes en su conocimiento sobre el tema; de acuerdo con los niveles alto, medio, o bajo.

Fuentes	Grado de influencia de los criterios		
	Alto	Medio	Bajo
Estudios teóricos realizados			
Experiencia obtenida			
Conocimiento de trabajos en el país			
Consultas bibliográficas			
Cursos de actualización			

Fuente: Llorens Benítez, J. (2013).

**Anexo 4:** Estándares a evaluar en el proceso de autoevaluación frente a la acreditación hospitalaria.

Estimado profesional:

La Universidad de Matanzas en conjunto con la Universidad de Ciencias Médicas y en el marco del proyecto "Perfeccionamiento de la gestión de la ciencia y la innovación tecnológica como contribución a la mejora de la calidad en el sector de la salud en Matanzas", desarrolla un grupo de investigaciones relacionadas con el proceso de Autoevaluación como vía para la Acreditación Hospitalaria.

Usted ha sido seleccionado como **experto** para conocer su criterio sobre qué aspectos de los que se formulan a continuación, serían utilizados para evaluar el desempeño en las organizaciones hospitalarias como vía para la Acreditación.

El objetivo de esta encuesta es lograr un conjunto de criterios a utilizar en la guía de autoevaluación de las organizaciones sanitarias, que sea **consensuado** por los especialistas.

Como queda reflejado, dichos aspectos dependen a su vez de subaspectos o índices, que deberán tener en cuenta el grupo de trabajo designado a evaluar los mismos.

Se le solicita que exponga solamente si considera **(si)** o **(no)** que cada aspecto principal debe ser incluido para el logro de nuestro objetivo. También le solicitamos que sugiera cambios (agregar, suprimir, reformular) en los subaspectos o índices de dichos aspectos generales.

Con antelación le agradecemos su tiempo y dedicación en la ayuda de este trabajo.

Agradecidos sinceramente...

La autora.

Abril de 2019

## Estándares a evaluar en el proceso de Autoevaluación

## ESTANDARES DE GESTIÓN Y SEGURIDAD HOSPITALARIA.

GH-01: Gobierno hospitalario SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

## Elementos a evaluar

- a) El Reglamento funcional interno del hospital se corresponde con el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública vigente. **NO** \_\_\_\_
- b) La Estructura funcional del hospital se corresponde con lo aprobado por el Ministerio de Salud Pública para la categoría de la institución. **NO** \_\_\_\_
- c) El hospital dispone de la misión y la visión. **NO** \_\_\_\_
- d) Se cumple lo establecido en el Reglamento funcional del Consejo de Dirección. **NO** \_\_\_\_
- e) Se cumple el Plan anual de temas del Consejo de Dirección. **NO** \_\_\_\_
- f) Las actas del Consejo de Dirección y del Consejo Económico Administrativo, se adhieren a las orientaciones vigentes y se corresponden con el plan de temas aprobados. **NO** \_\_\_\_
- g) Se cumple el Plan anual de actividades principales de la institución.
- h) Se cumple el Plan anual de temas de la Comisión de Cuadros y se documenta. **NO** \_\_\_\_
- i) Se cumple el Plan de anual de temas del Consejo Científico y se documenta.
- j) Los Objetivos institucionales se corresponden con los Objetivos estratégicos ministeriales vigentes. **NO** \_\_\_\_
- k) Establecido y documentado el sistema de entregas de guardias matinal y vespertina. **NO** \_\_\_\_
- l) Funciona la política institucional de ingresos y de atención ambulatoria. **NO** \_\_\_\_
- m) Funciona el sistema de referencia y contrarreferencia en la institución. **NO** \_\_\_\_
- n) El Plan Director del hospital es pertinente. **NO** \_\_\_\_
- o) Se cumple la ejecución del Presupuesto Anual aprobado y las justificaciones valorativas son adecuadas. **NO** \_\_\_\_
- p) Los Comités de calidad funcionan de acuerdo con lo establecido. **NO** \_\_\_\_
- q) El hospital implementa la Estrategia de Gestión de la Calidad. **NO** \_\_\_\_
- r) Está actualizado y se cumple lo establecido para el Expediente de Acciones de Control. **NO** \_\_\_\_
- s) El Comité de Prevención y control funciona de acuerdo con lo establecido. **NO** \_\_\_\_
- t) El Plan de Prevención de Riesgos es pertinente. **NO** \_\_\_\_
- u) Poseen los departamentos y servicios los Manuales de Organización y Procedimientos, los protocolos de actuación y las guías de buenas prácticas. **NO** \_\_\_\_
- v) Se realizan acciones para la atención a colaboradores y se documenta. **NO** \_\_\_\_
- w) Funciona la Comisión de Ética Médica del hospital y se documenta. **NO** \_\_\_\_
- x) Está implementado el Sistema de Ciencia e innovación Tecnológica. **NO** \_\_\_\_
- y) Están definidas las relaciones contractuales de la institución. **NO** \_\_\_\_
- z) El hospital dispone de un plan para la defensa y situaciones excepcionales. **NO** \_\_\_\_
- z)aa) Comité de contratación, cobros y pagos y comisión de divisas. **NO** \_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

**GH-02: Gestión de la calidad y seguridad del paciente. SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_**

**Elementos a evaluar:**

- a) Existe un plan de Gestión de la Calidad, con objetivos, acciones y tareas que se controlan periódicamente. **NO \_\_\_\_**
- b) Se discuten y evalúa el cumplimiento de las acciones de calidad y Seguridad del paciente, en el Consejo de Dirección del Hospital. **NO \_\_\_\_**
- c) El hospital cuenta con las disposiciones y normativas vigentes relacionadas con su misión. **NO \_\_\_\_**
- d) El personal conoce las disposiciones y normativas vigentes en correspondencia con sus funciones y con los procesos que realiza. **NO \_\_\_\_**
- e) Existe un programa de capacitación del personal, relacionado con la calidad y la seguridad del paciente y se controla su cumplimiento. **NO \_\_\_\_** -El personal que labora en el hospital cumple los requisitos que se establecen para el cumplimiento de sus funciones. **NO \_\_\_\_**
- f) El personal tiene información de los objetivos y acciones que se acometen en virtud de la calidad y la seguridad del paciente. **NO \_\_\_\_**
- g) Se identifican los riesgos de eventos centinelas, adversos e incidencias y se toman acciones para su solución o mitigación. **NO \_\_\_\_**
- h) Se registran y analizan los eventos centinelas, adversos e incidencias y se identifican las oportunidades de mejora. **NO \_\_\_\_**
- i) Se encuentran funcionando los Comités y círculos de calidad. **NO \_\_\_\_**
- j) Se implementan mecanismos para la búsqueda activa de la satisfacción de pacientes, acompañantes, visitantes, estudiantes y prestadores (encuestas, reuniones de acompañantes, pacientes, prestadores, estudiantes, residentes) y se toman acciones. **NO \_\_\_\_**
- k) Se atienden, analizan y se les ofrece respuesta a los planteamientos realizados por pacientes, acompañantes, estudiantes y prestadores. **NO \_\_\_\_**
- l) El hospital cuenta con personal capacitado, en ejercicio, para atender la actividad de metrología. **NO \_\_\_\_**
- m) El metrólogo cumple con sus funciones y se encuentra integrado a los procesos de asistencia, docencia e investigación del hospital. **NO \_\_\_\_**
- n) Se controla el estado de aptitud y verificación de los instrumentos de medición de acuerdo con lo establecido y al aseguramiento metrológico que se dispone. **NO \_\_\_\_**
- o) El hospital implementa un Plan de mantenimiento de la tecnología médica, no médica y para la instalación hospitalaria. **NO \_\_\_\_**
- ~~p)~~
- ~~q)~~ El hospital implementa un plan de inversiones dirigido a la seguridad hospitalaria y al aseguramiento de los procesos. **NO \_\_\_\_**
- ~~r)~~ El hospital implementa planes de medidas para la solución de los señalamientos identificados en diferentes formas de control. **NO \_\_\_\_**

**Observaciones:**

---

---

---

**GH-03: Gestión de la seguridad y protección hospitalaria SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_**

**Elementos a evaluar**

- a) Existencia de la documentación referente a leyes, códigos y regulaciones vigentes relacionadas con el funcionamiento como instalación sanitaria. **NO** \_\_\_\_
- b) Conocimiento por parte de los directivos del hospital, del contenido de los documentos referidos en el inciso anterior. **NO** \_\_\_\_
- c) El hospital cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados para garantizar la seguridad y protección. **NO** \_\_\_\_
- d) El hospital desarrolla programas documentados que describen el proceso de gestión de riesgos para la protección de pacientes, familiares, visitantes, prestadores y medioambiente. **NO** \_\_\_\_
- e) El hospital tiene implementadas acciones para la atención a personas con necesidades especiales. **NO** \_\_\_\_
- f) El hospital posee un programa para el inventario, la manipulación, el almacenamiento y el uso de sustancias peligrosas. **NO** \_\_\_\_
- g) El hospital dispone de un programa para el manejo y disposición de desechos peligrosos. **NO** \_\_\_\_
- h) El plan director de inversiones y de mantenimiento, contemplan acciones dirigidas al cumplimiento de los requisitos necesarios para la seguridad y protección de la institución. **NO** \_\_\_\_
- i) El hospital establece e implementa programas y planes para la prevención y enfrentamiento de situaciones excepcionales. **NO** \_\_\_\_
- j) El hospital posee y cumple el plan seguridad y protección. **NO** \_\_\_\_
- k) El hospital posee y cumple el plan de seguridad informática. **NO** \_\_\_\_
- l) El hospital implementa un programa para garantizar que los sistemas de suministros básicos funcionen de manera eficaz y eficiente. **NO** \_\_\_\_
- m) El hospital establece un plan de mantenimiento para el equipamiento, a partir del inventario de este. **NO** \_\_\_\_
- n) El hospital tiene un plan contra incendios que incluye la habilitación del personal. **NO** \_\_\_\_
- o) El hospital tiene un plan de emergencia y evacuación de incendio. **NO** \_\_\_\_
- p) El hospital dispone de un plan de protección a la información clasificada. **NO** \_\_\_\_
- q) El hospital adopta y utiliza los formularios del Índice de seguridad hospitalaria, que le son aplicables. **NO** \_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

**GH- 04: Gestión de capital humano SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_**

**Elementos a evaluar**

- a) Constitución y funcionamiento del Comité de Expertos para la recomendación sobre la idoneidad demostrada de los trabajadores. **NO** \_\_\_\_
- b) Aplicación del período de prueba. **NO** \_\_\_\_
- c) Cumplimiento de un programa de acogida. **NO** \_\_\_\_
- d) Existencia del Reglamento Disciplinario Interno. **NO** \_\_\_\_

- e) Procedimientos establecidos para la selección del personal. **NO** \_\_\_\_\_
- f) Confirmación de la idoneidad de los trabajadores por el director del hospital o por la autoridad en quien haya delegado y con posterioridad al período de prueba. **NO** \_\_\_\_\_
- g) Actualización del Registro de Profesionales de la Salud. **NO** \_\_\_\_\_
- h) Programa de acciones que se realizan para el reconocimiento de los resultados de los trabajadores. **NO** \_\_\_\_\_
- i) Utilización de vías de comunicación de diversa índole, en especial la realización y participación en las reuniones departamentales y asambleas. **NO** \_\_\_\_\_
- j) Métodos empleados para conocer la satisfacción de los trabajadores. **NO** \_\_\_\_\_
- k) Sistema de mejoras en las condiciones de trabajo. **NO** \_\_\_\_\_
- l) Plantilla de cargos de acuerdo con las necesidades asistenciales. **NO** \_\_\_\_\_
- m) Definición de las atribuciones y obligaciones de cada cargo. **NO** \_\_\_\_\_
- n) Elaboración del plan de capacitación y desarrollo en relación con las necesidades identificadas. **NO** \_\_\_\_\_
- o) Acciones de capacitación y educación continuas efectuadas. **NO** \_\_\_\_\_
- p) Inclusión de necesidades de capacitación en las evaluaciones de los trabajadores y la valoración de su cumplimiento. **NO** \_\_\_\_\_
- q) Evaluaciones de los trabajadores como mínimo de forma anual de una manera integral donde se midan los resultados del trabajo con la eficiencia, calidad y productividad requeridas y el cumplimiento de las normas de conductas, dadas fundamentalmente en el Reglamento Disciplinario Interno y se definan recomendaciones. **NO** \_\_\_\_\_
- r) En los prestadores se mide el cumplimiento de los principios de la ética médica, los valores de carácter social, moral o humano que prestigien la medicina cubana y la actualización de conocimientos y habilidades necesarias propias de sus funciones. **NO** \_\_\_\_\_
- s) Utilización de los resultados de las evaluaciones para acciones individuales y organizacionales en función de la mejora continua de la calidad en la atención a los pacientes. **NO** \_\_\_\_\_
- t) Existencia de la documentación que respalda legalmente el cumplimiento de los requisitos exigibles para cada puesto de trabajo, así como los deberes a cumplir y la historia laboral de cada trabajador. **NO** \_\_\_\_\_
- u) Definidas las funciones de los puestos de trabajo. Definidas las obligaciones y atribuciones de cada cargo. **NO** \_\_\_\_\_
- v) Se identifican las necesidades de aprendizaje de los trabajadores, relacionadas con sus puestos de trabajo para el proceso de capacitación del personal. **NO** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

**GH-05: Gestión en la farmacia hospitalaria. SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**Elementos a evaluar**

- a) Existe un Licenciado en Ciencias Farmacéuticas responsable del departamento de farmacia hospitalaria. **NO** \_\_\_\_\_
- b) Se dispone de un área administrativa donde el director técnico realiza las labores de dirección. **NO** \_\_\_\_\_
- c) El servicio posee la documentación con especificación de responsabilidades y funciones para cada puesto de trabajo y es conocido por todo el personal. **NO** \_\_\_\_\_

- d) Se evalúan las necesidades de personal y de equipamiento para alcanzar los objetivos propuestos. **NO** \_\_\_\_\_
- e) Se realiza la evaluación y mejora continua de los procesos ejecutados en el servicio farmacéutico. **NO** \_\_\_\_\_
- f) Las normativas vigentes existen y están archivados y organizados cronológicamente. Con evidencias de que a todo el personal se le dio a conocer las mismas, las dominan y se evalúa su cumplimiento, así como material docente y de consulta que garantice el desarrollo de las actividades relacionadas con la capacitación. **NO** \_\_\_\_\_
- g) La superficie que ocupa el servicio farmacia estará en correspondencia con número de pacientes que se asisten y de la complejidad de la unidad asistencial. **NO** \_\_\_\_\_
- h) Todas las áreas del Departamento forman un conjunto o unidad funcional, con un flujo adecuado que garantice fácil acceso desde el interior y exterior del establecimiento asistencial. **NO** \_\_\_\_\_
- i) Se cumple en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios las regulaciones internas para la circulación de personas y equipos. **NO** \_\_\_\_\_
- j) Se dispone de soporte informático, cristalería, estantes, gaveteros, muebles, insumos, materiales de oficina, y parles, así como de instalaciones de gas, agua, red eléctrica, comunicación y regulación de la temperatura adecuada, protecciones de Seguridad e instalaciones sanitarias para el personal. **NO** \_\_\_\_\_
- k) La vía de acceso al servicio será diferente a la de las vías sucias de la unidad asistencial. **NO** \_\_\_\_\_
- l) Se dispone de una plantilla completa de trabajadores, profesionales, técnicos, de servicio y auxiliares. **NO** \_\_\_\_\_
- m) Se dispone de un registro individualizado y actualizado de su personal en cuanto a formación, experiencia y evaluaciones realizadas a los mismos. **NO** \_\_\_\_\_
- n) Se garantiza la presencia física de los profesionales farmacéuticos o técnicos todo el tiempo que permanezca abierto el servicio. La farmacia tiene servicio las 24 horas. **NO** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

**GH- 06: Selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

- a) La selección de los medicamentos del Cuadro Básico parte del análisis de la demanda de los servicios, lo asesora el Comité Farmacoterapéutico y se revisa de forma sistemática. **NO** \_\_\_\_\_
- b) Definidos los stocks mínimos de medicamentos que se requieren en todos los servicios. **NO** \_\_\_\_\_
- c) Posee el hospital la planificación de los medicamentos acorde a su nivel de actividad y según lo establecido en el Programa Nacional de Medicamentos. **NO** \_\_\_\_\_
- d) Se emplea el mecanismo de solicitud de medicamentos por urgencia o no contenidos en el Cuadro Básico del país. **NO** \_\_\_\_\_
- e) Los pedidos se realizan cumpliéndose los plazos de reaprovisionamiento de la institución y teniendo en cuenta los máximos y los mínimos. El cálculo de estos se reevalúa según lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos de Farmacia Hospitalaria. **NO** \_\_\_\_\_
- f) Los productos almacenados (material sanitario, especialidades farmacéuticas; etc.), están separados y debidamente clasificados e identificados, según normas de almacenamiento. **NO** \_\_\_\_\_
- g) Se cumplen las Buenas Prácticas de Almacenamiento y de las disposiciones para la seguridad del trabajador. **NO** \_\_\_\_\_

- h) El almacenamiento de medicamentos que constituyen estupefacientes, psicotrópicos o similares a las drogas, así como de explosivos y sustancias inflamables, según las condiciones de seguridad para la preservación y manipulación de estos productos, con el cumplimiento de las normas establecidas. **NO**\_\_\_\_\_
- i) Está actualizado el Registro de Control de fechas de vencimiento y se realiza la rotación de lotes en el almacén del departamento de farmacia y en los servicios. **NO**\_\_\_\_\_
- j) Se controlan y se registran los medicamentos retenidos y se realiza la destrucción de medicamentos de acuerdo con las normas vigentes. **NO**\_\_\_\_\_
- k) Existe capacidad suficiente para la conservación de los medicamentos termolábiles y neveras con rangos de temperatura adecuada. **NO**\_\_\_\_\_
- l) Se dispone de zonas de recepción de pedidos de salas y recetas; para la preparación de los pedidos de los servicios y para los medios de traslado de medicamentos. **NO**\_\_\_\_\_
- m) Las solicitudes y los pedidos de la Farmacia a la Empresa distribuidora de medicamentos cumplen con las normas establecidas. **NO**\_\_\_\_\_
- n) El despacho y reposición de medicamentos se realiza como lo establece el Manual de Normas y Procedimientos. **NO**\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

**GH -07: Gestión de la información SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_**

- a) Las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos se tienen en cuenta en los procesos de planificación. **NO**\_\_\_\_\_
- b) Las necesidades de información de quienes gestionan el hospital se tienen en cuenta en los procesos de planificación. **NO**\_\_\_\_\_
- c) Las necesidades de información y requisitos de las personas y organismos externos al hospital se consideran en los procesos de planificación. **NO**\_\_\_\_\_
- d) La planificación se basa en el tamaño y la complejidad del hospital. **NO**\_\_\_\_\_
- e) El hospital tiene un proceso escrito que protege la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información. El proceso cumple con las disposiciones y normativas vigentes. **NO**\_\_\_\_\_
- f) Las fuentes de información de cada sistema son únicas, veraces y confiables. **NO**\_\_\_\_\_
- g) El proceso identifica el nivel de confidencialidad que se mantiene para categorías diferentes de datos e información. **NO**\_\_\_\_\_
- h) Se identifica a las personas que necesitan o tienen un puesto que les permite acceder a cada categoría de datos e información. **NO**\_\_\_\_\_
- i) Se monitoriza y se evidencia el cumplimiento del proceso. **NO**\_\_\_\_\_
- j) El hospital cumple el tiempo de retención de las historias clínicas y de otros datos e información de los pacientes acorde a lo establecido. **NO**\_\_\_\_\_
- k) El proceso de retención brinda la confidencialidad y seguridad esperadas. **NO**\_\_\_\_\_
- l) Las historias clínicas, los datos y la información se destruyen de modo tal que no comprometan la confidencialidad y la seguridad. **NO**\_\_\_\_\_
- m) Se usan códigos de diagnóstico y procedimientos, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, y se controla su uso. **NO**\_\_\_\_\_

- n) Se usan definiciones, símbolos y abreviaturas estandarizadas, las que no deben ser usadas están identificadas y se controlan. **NO**\_\_\_\_\_
- o) Los pacientes y familiares reciben datos e información oportuna, de forma que facilite la comunicación y satisfaga sus necesidades. **NO**\_\_\_\_\_
- p) El personal tiene acceso a los datos y a la información que necesita para cumplir con las responsabilidades de su puesto de trabajo. **NO**\_\_\_\_\_
- q) Las partes interesadas en la tecnología de la información para la salud participan en la selección, implementación y análisis de dicha tecnología y cumple con los requerimientos que establece la seguridad informática. **NO**\_\_\_\_\_
- r) Los sistemas de tecnología de la información se evalúan y prueban en forma previa a su implementación. **NO**\_\_\_\_\_
- s) Los sistemas de tecnología de la información para la salud se evalúan luego de su implementación en cuanto a su capacidad de uso, efectividad y seguridad de los pacientes. **NO**\_\_\_\_\_
- t) Las historias clínicas y la información están protegidas contra pérdida, daño, destrucción, manipulación, contra el acceso y el uso no autorizado o indebido. **NO**\_\_\_\_\_
- u) La formación está relacionada con la necesidad de datos e información inherentes a las responsabilidades del puesto de trabajo de la persona. **NO**\_\_\_\_\_
- v) Los datos e información administrativos y clínicos se integran, siempre que sea necesario, para colaborar en la toma de decisiones. **NO**\_\_\_\_\_
- w) Existe un documento guía que define por escrito los requisitos para desarrollar y mantener políticas, procedimientos y programas que incluye al menos:
  - a. La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de una persona autorizada en forma previa a su emisión.
  - b. El proceso y la frecuencia de revisión y aprobación continua de los documentos.
  - c. Los controles para asegurar que estén disponibles únicamente las versiones vigentes y relevantes de los documentos.
  - d. Cómo pueden identificarse los cambios en un documento.
  - e. El cuidado de la identidad y la legibilidad del documento.
  - f. Un proceso para la gestión de documentos originados fuera del hospital.
  - g. La retención de documentos obsoletos al menos durante el tiempo que requieren las disposiciones y normativas vigentes, al mismo tiempo asegura que tales documentos no se emplearán por error.
  - h. La identificación y seguimiento de todos los documentos en circulación. **NO**\_\_\_\_\_
- x) Hay formatos estandarizados para todos los documentos similares. **NO**\_\_\_\_\_
- y) Los requisitos del documento guía se implementan y evidencian en las políticas, procedimientos y programas que se encuentran en todo el hospital. **NO**\_\_\_\_\_
- z) Las políticas, los procedimientos y los planes se encuentran disponibles y el personal tiene acceso a los documentos relevantes para sus responsabilidades. **NO**\_\_\_\_\_
- aa) El personal está capacitado y utiliza los documentos relevantes para sus responsabilidades. **NO**\_\_\_\_\_
- bb) Los requisitos de las políticas, de los procedimientos y de los planes están implementados por completo y se evidencian en las acciones individuales de los miembros del personal. **NO**\_\_\_\_\_
- cc) La implementación de políticas, procedimientos y planes está monitorizada y respaldada por la información correspondiente. **NO**\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

**GH- 08: Historia clínica del paciente. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**Elementos a evaluar**

- a) Cada paciente hospitalizado o atendido en consulta externa tienen su historia clínica estacionaria. NO \_\_\_\_\_
- b) El proceso de confección, registro y conservación de la historia clínica cumple con lo establecido y contiene información suficiente para identificar al paciente, respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar la evolución, donde se evidencie el pensamiento médico. NO \_\_\_\_\_
- c) Las historias clínicas se conservan y custodian según lo establecido. NO \_\_\_\_\_
- d) En las historias clínicas se identifica autoría, fecha y horario de ingreso, egreso así como en cada anotación del proceso de atención. NO \_\_\_\_\_
- e) Las historias clínicas de los pacientes egresados incluyen un resumen de la atención médica recibida, diagnóstico definitivo, su estado al egreso y las indicaciones para su seguimiento. NO \_\_\_\_\_
- f) Existe registro de las personas autorizadas a acceder a historias clínicas de pacientes. NO \_\_\_\_\_
- g) Las anotaciones en las historias clínicas son realizadas por las personas autorizadas, con la identificación correspondiente. NO \_\_\_\_\_
- h) Existe un procedimiento para asegurar que solo las personas autorizadas tengan acceso a las historias clínicas de los pacientes y cumple el principio de confidencialidad. NO \_\_\_\_\_
- i) Existe un procedimiento que aborda cómo se corrigen o sobrescriben las anotaciones en la historia clínica del paciente. NO \_\_\_\_\_
- j) Se evalúa de manera concurrente y retrospectiva una muestra de historias clínicas con la frecuencia y metodología establecida. NO \_\_\_\_\_
- k) Los resultados del proceso de evaluación se incorporan al mecanismo de supervisión de la calidad del hospital. NO \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

**GH -9: Higiene y Epidemiología Hospitalaria SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**Elementos a evaluar:**

- l) El hospital dispone de una estructura –para asumir la conducción del Programa de Epidemiología Hospitalaria, de acuerdo con su nivel. **NO** \_\_\_\_\_
- m) Existe un comité de prevención y control que coordina las actividades de higiene y epidemiología hospitalaria con la participación de todo el personal. **NO** \_\_\_\_\_
- n) Existe un programa de prevención y control de infecciones-. **NO** \_\_\_\_\_
- o) En el presupuesto del hospital está previsto proporcionar recursos para apoyar el programa de prevención y control de higiene y epidemiología. **NO** \_\_\_\_\_
- p) El hospital diseña e implementa un programa integral para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Se realizan acciones de vigilancia con un enfoque basado en riesgos. **NO** \_\_\_\_\_

- q) Se controlan los procedimientos médicos y de enfermería dirigidos a reducir el riesgo de infección. **NO** \_\_\_\_\_
- r) Se asegura la limpieza y desinfección de la tecnología y mobiliario médico. Se controlan y cumplen los procesos de limpieza, desinfección y esterilización así como el manejo adecuado de lavandería, ropa de cama y la reutilización de los dispositivos médicos, en correspondencia con lo establecido. **NO** \_\_\_\_\_
- s) Se utilizan, manejan, trasladan y disponen el material biológico y sustancias peligrosas, de acuerdo con lo establecido. **NO** \_\_\_\_\_
- t) -Se cumple con la inocuidad de los alimentos de acuerdo con lo establecido en las normas cubanas obligatorias. **NO** \_\_\_\_\_
- u) El hospital reduce el riesgo de infección y accidentes en las instalaciones, asociado con los controles mecánicos y de ingeniería, así como durante la demolición, construcción y renovación estructural. **NO** \_\_\_\_\_
- v) El hospital proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, familiares y prestadores de las enfermedades transmisibles. El hospital gestiona, dispone y utilizan los equipos de protección necesarios para cada puesto de trabajo. **NO** \_\_\_\_\_
- w) El hospital realiza las acciones establecidas en relación con la atención a la salud de los trabajadores y dispone de registro de accidentes y enfermedades profesionales. **NO** \_\_\_\_\_
- x) El proceso de prevención y control de infecciones se integra con el programa general para la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes. **NO** \_\_\_\_\_
- y) El hospital proporciona educación sobre las prácticas de prevención y control de infecciones al personal, a los médicos, a los pacientes, a las familias y a otros encargados del cuidado cuando esté indicado por su participación en la atención. **NO** \_\_\_\_\_
- z) Cumplir los programas de higienización y control de vectores. **NO** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

**GH-10: Cuadros SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**Elementos a evaluar**

- a) El hospital cumple con la política de cuadros. **NO** \_\_\_\_\_
- b) El hospital cuenta con personal responsable de la actividad de cuadros. **NO** \_\_\_\_\_
- c) El hospital tiene cubierta la plantilla de cuadros, con los nombramientos correspondientes. **NO** \_\_\_\_\_
- d) El hospital tiene identificada la reserva de sus cuadros. **NO** \_\_\_\_\_
- e) El hospital implementa un proceso para realizar la -Los cuadros y reservas del hospital tienen y cumplen el plan de desarrollo individual. **NO** \_\_\_\_\_
- f) El hospital realiza actividades de superación profesional en materia de dirección dirigido a sus cuadros y reservas. **NO** \_\_\_\_\_
- g) El hospital controla el cumplimiento del plan individual de los cuadros y reservas. **NO** \_\_\_\_\_
- h) El hospital implementa un proceso de estimulación de sus cuadros y reservas. **NO** \_\_\_\_\_
- i) El hospital realiza el proceso de evaluación de los cuadros y reservas en el que identifica las necesidades de aprendizaje en materia de dirección. **NO** \_\_\_\_\_
- j) El hospital identifica su cantera y desarrolla un plan de atención en conjunto con las organizaciones políticas y estudiantiles. **NO** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

**Anexo 5:** Matriz para AHP de Saaty niveles para la evaluación de los criterios agentes del modelo EFQM.

Estimado profesional:

La Universidad de Matanzas en conjunto con la Universidad de Ciencias Médicas y en el marco del proyecto "Perfeccionamiento de la gestión de la ciencia y la innovación tecnológica como contribución a la mejora de la calidad en el sector de la salud en Matanzas", desarrolla un grupo de investigaciones relacionadas con el proceso de Autoevaluación como vía para la Acreditación Hospitalaria.

Mediante la siguiente matriz de Saaty, usted podrá manifestar, según su opinión, que criterios influyen más en el proceso, en vista a enfrentarse a la Acreditación, a partir de la comparación de uno con otro.

**Instrucciones**

Mediante la siguiente matriz de Saaty, usted podrá manifestar, según su opinión, que niveles son más importantes a partir de la comparación de uno con otro.

Se establece la pregunta básica siguiente: ¿Es el nivel **x** más importante que el nivel **y**? Exponga, en qué medida es más importante, según la escala que se le detalla a continuación.

Intensidad	Definición	Explicación
1	Igual Importancia	Dos elementos contribuyen igualmente al objetivo
3	Moderada Importancia	La experiencia y el juicio favorecen un poco a un criterio frente al otro
5	Fuerte Importancia	La experiencia y el juicio favorecen fuertemente a un criterio frente al otro
7	Muy fuerte importancia	Un criterio es favorecido muy fuertemente sobre el otro. En la práctica se puede demostrar su dominio
9	Extrema importancia	La evidencia favorece en la más alta medida a un factor frente al otro
2,4,6,8 puede usarse para expresar los valores del intermedio		

**Nota:**

Señale con una flecha la dirección de la importancia.

Ejemplo, si considera que el **Nivel Liderazgo** es más importante que **Política y Estrategia** señale la flecha hacia el **Nivel de Liderazgo**, si considera lo contrario la flecha se señalaría hacia **Política y Estrategia**. Los valores que usted escribirá siempre serán colocados en las celdas que se encuentran encima de la diagonal de los números 1.

	Liderazgo	Política y Estrategia	Personas	Alianzas y Recursos	Procesos
Liderazgo	1				
Política y Estrategia		1			
Personas			1		

Alianzas y Recursos				1	
Procesos					1

**Anexo 6:** Triángulo de Füller para la evaluación de los subcriterios definidos.

Estimado profesional:

La Universidad de Matanzas en conjunto con la Universidad de Ciencias Médicas y en el marco del proyecto "Perfeccionamiento de la gestión de la ciencia y la innovación tecnológica como contribución a la mejora de la calidad en el sector de la salud en Matanzas", desarrolla un grupo de investigaciones relacionadas con el proceso de Autoevaluación como vía para la Acreditación Hospitalaria.

Usted ha sido seleccionado como **experto** para conocer su criterio sobre qué subaspecto de los que se formulan a continuación tiene mayor importancia, en vista a enfrentarse a la Acreditación mediante el Triángulo de Füller.

**Instrucciones**

Los subcriterios son codificados con números naturales (1, 2, ..., K) Se elabora un triángulo que servirá de base de comparación al experto, cuyas filas están formadas por un arreglo de pares de números naturales.

Usted es invitado a seleccionar en cada par, la característica más importante y la se marca con un asterisco.

Con antelación le agradecemos su tiempo y dedicación en la ayuda de este trabajo.

Agradecidos sinceramente...

La autora.

**Codificación de los subcriterios**

- Personas

Subcriterio 3a Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos. 1

Subcriterio 3b Desarrollo del conocimiento y de las capacidades. 2

Subcriterio 3c Comunicación. 3

Subcriterio 3d Reconocimiento. 4

1 1 1

2 3 4

2 2

3 4

3

4

- Alianzas y Recursos

Subcriterio 4a Gestión presupuestaria 1

Subcriterio 4b Gestión de edificios, equipamiento y materiales 2

Subcriterio 4c Gestión de las alianzas externas 3

Subcriterio 4d Gestión de la información y del conocimiento 4

Subcriterio 4e Gestión de la tecnología 5

1 1 1 1

2 3 4 5

2 2 2

3 4 5

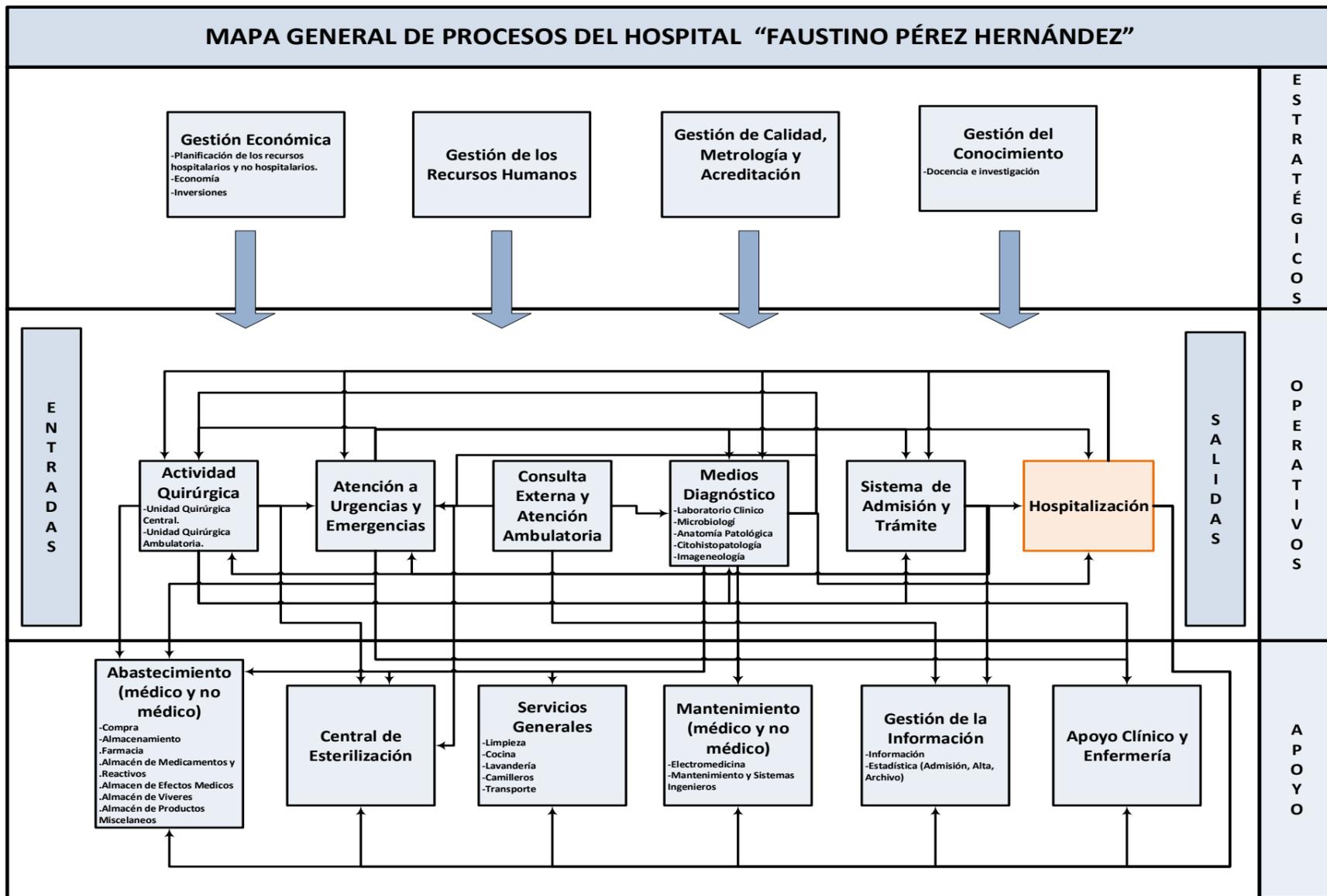
3 3

4 5

4

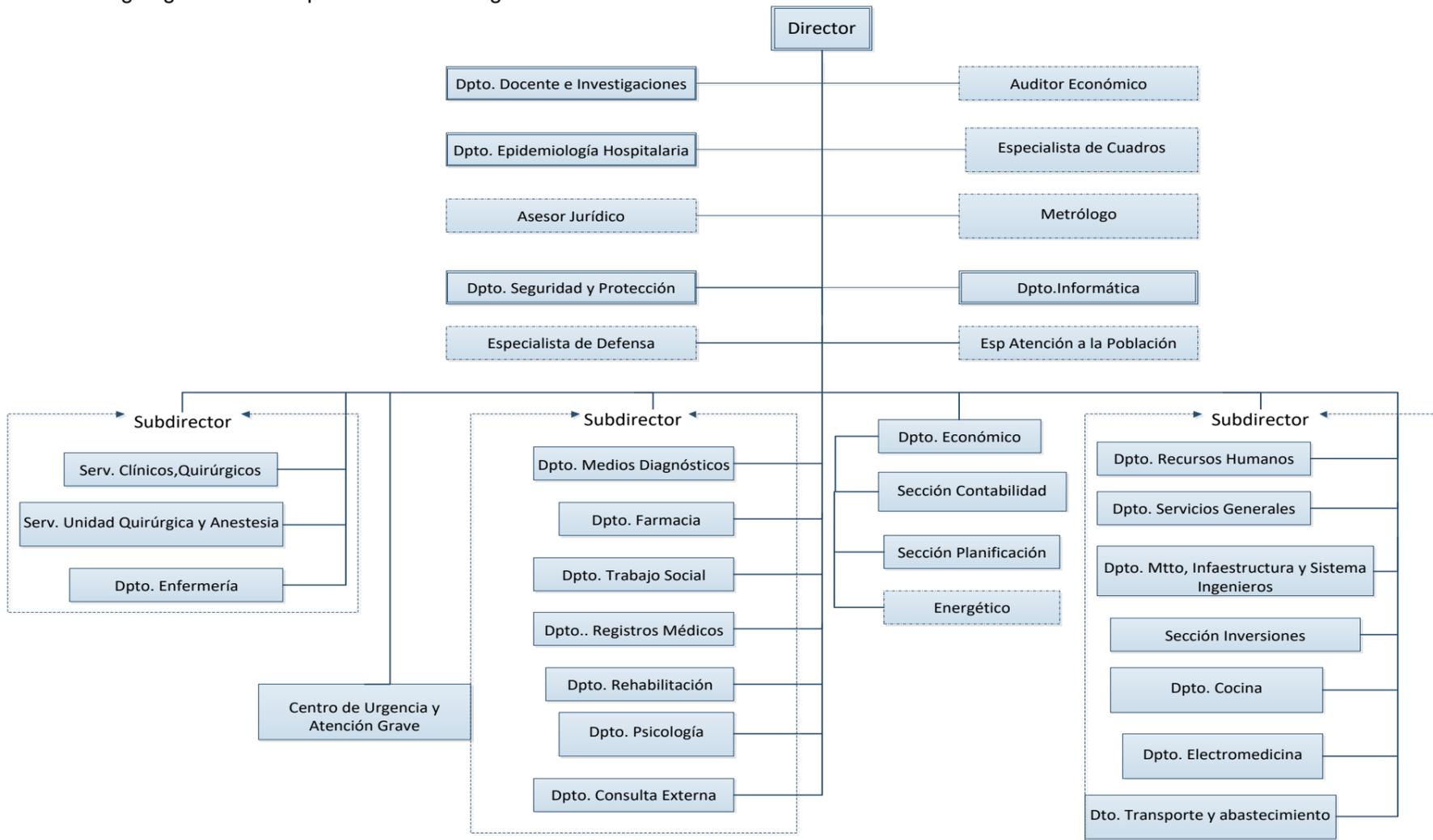
5

Anexo 7. Mapa General de Procesos del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Faustino Pérez Hernández.



Fuente: Elaboración propia

Anexo 8: Organigrama del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Comandante Faustino Pérez Hernández.



**Anexo 9:** Resultados del coeficiente de conocimiento para los posibles expertos.

Relación de características	Prioridades	E1	A1	Kc1	E2	A2	Kc2	E3	A3	Kc3	E4	A4	Kc4	E5	A5	Kc5	E6	A6	Kc6	E7	A7	Kc7
Conocimiento	0.181	8	0.8	0.145	9	0.9	0.163	8	0.8	0.145	10	1	0.181	8	0.8	0.145	9	0.9	0.163	9	0.9	0.163
Competitividad	0.086	9	0.9	0.077	5	0.5	0.043	9	0.9	0.077	8	0.8	0.069	7	0.7	0.06	9	0.9	0.077	9	0.9	0.077
Disposición	0.054	10	1	0.054	10	1	0.054	9	0.9	0.049	10	1	0.054	8	0.8	0.043	9	0.9	0.049	10	1	0.054
Creatividad	0.1	10	1	0.1	9	0.9	0.09	8	0.8	0.08	8	0.8	0.08	6	0.6	0.06	9	0.9	0.09	9	0.9	0.09
Profesionalidad	0.113	10	1	0.113	9	0.9	0.102	9	0.9	0.102	10	1	0.113	9	0.9	0.102	9	0.9	0.102	9	0.9	0.102
Capacidad de análisis	0.122	9	0.9	0.110	9	0.9	0.110	9	0.9	0.110	8	0.8	0.098	10	1	0.122	9	0.9	0.11	9	0.9	0.11
Experiencia	0.145	8	0.8	0.116	10	1	0.145	7	0.7	0.102	8	0.8	0.116	9	0.9	0.131	9	0.9	0.131	8	0.8	0.116
Intuición	0.054	9	0.9	0.049	9	0.9	0.049	8	0.8	0.043	7	0.7	0.038	5	0.5	0.027	9	0.9	0.049	8	0.8	0.043
Nivel de actualización	0.127	9	0.9	0.114	9	0.9	0.114	8	0.8	0.102	8	0.8	0.102	10	1	0.127	9	0.9	0.114	9	0.9	0.114
Espíritu colectivista	0.018	10	1	0.018	10	1	0.018	10	1	0.02	9	0.9	0.016	9	0.9	0.013	9	0.9	0.016	10	1	0.018
<b>Total</b>	<b>1</b>		<b>0.92</b>	<b>0.896</b>		<b>0.89</b>	<b>0.887</b>		<b>0.85</b>	<b>0.827</b>		<b>0.86</b>	<b>0.866</b>		<b>0.810</b>	<b>0.833</b>		<b>0.900</b>	<b>0.900</b>		<b>0.900</b>	<b>0.887</b>

Fuente: Elaboración propia

**Anexo 10:** Resultados del coeficiente de argumentación para los posibles expertos.

Fuentes	Coeficiente de argumentación (Ka)																						
	Grados de influencias de los criterios			Posibles expertos																			
	A	M	B	E1			E2			E3			E4			E5			E6			E7	
Estudios teóricos realizados	0.27	0.21	0.13		X		X		X				X		X			X		X			
Experiencia obtenida	0.24	0.22	0.12		X		X			X		X		X			X				X		
Conocimientos de trabajos en el país	0.14	0.1	0.06	X			X			X			X			X			X		X		
Conocimiento de trabajos en el extranjero	0.08	0.06	0.04		X			X		X			X			X			X			X	
Consultas bibliográficas	0.09	0.07	0.05	X			X		X			X		X			X		X		X		
Cursos de actualización	0.18	0.14	0.1		X		X		X			X		X			X		X		X		
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0.8</b>	<b>0.5</b>		<b>0.86</b>		<b>0.98</b>		<b>0.94</b>		<b>0.9</b>		<b>0.96</b>		<b>0.94</b>		<b>0.94</b>		<b>0.94</b>		<b>0.94</b>		

Fuente: Elaboración propia

**Anexo 11:** Los valores que fueron eliminados en la primera ronda del Delphi.

Expertos	A1	16	A2	4	7	8	9	13	14	17	A3	10	11	13	14	15	16	A4	12	13	14	15	21	22	A5	8	9	A6	5	6	8	9	14	A7	1	2	3	5	7	12	20	24	25	28	A8	6	7	
1 E1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0		
2 E2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	
3 E3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	
4 E4	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0		
5 E5	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
6 E6	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1		
7 E7	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	
10 SUMA	7	2	7	2	3	2	3	2	2	7	7	3	3	2	3	2	2	7	2	2	3	4	2	2	7	3	2	7	3	3	2	2	4	7	3	2	2	2	3	4	3	3	3	4	7	3	3	
0.6 %	1	0.29	1	0.29	0.43	0.29	0.43	0.29	0.29	1	1	0.43	0.43	0.29	0.43	0.29	0.29	1	0.29	0.29	0.43	0.57	0.29	0.29	1	0.43	0.29	1	0.43	0.43	0.29	0.29	0.57	1	0.43	0.29	0.29	0.29	0.43	0.57	0.43	0.43	0.43	0.57	1	0.43	0.43	

Fuente: Elaboración propia a partir del Excel.

Anexo 12: Control de la segunda ronda del Delphi.

	Expertos	A2	19	20	21	A3	18	19	20	A4	23	24	A5	15	A6	15	16	A7	30	31	32	33	A8	11
1	E1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
2	E2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
3	E3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	E4	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
5	E5	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	E6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	E7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Contar = 7</b>	<b>Suma =</b>	<b>7</b>	6	5	7	<b>7</b>	5	5	5	<b>7</b>	7	5	7	6	<b>7</b>	7	6	<b>7</b>	5	7	6	7	<b>7</b>	5
	<b>C</b>	<b>1</b>	0.86	0.71	1	<b>1</b>	0.71	0.71	0.71	<b>1</b>	1	0.71	1	0.86	<b>1</b>	1	0.86	<b>1</b>	0.71	1	0.86	1	<b>1</b>	0.71

Fuente: Elaboración propia

Anexo 13: Tabla resumen con los cambios propuestos después de aplicado el Delphi.

Estándar	Afirmación	Cambio	
<b>GH-01</b>	p) Los Comités de calidad funcionan de acuerdo con lo establecido.	Eliminado	
<b>GH-02</b>	d) El personal conoce las disposiciones y normativas vigentes en correspondencia con sus funciones y con los procesos que realiza. g) El personal que labora en el hospital cumple los requisitos que se establecen para el cumplimiento de sus funciones.	Eliminados para fusionarse	El personal domina las disposiciones, normativas, objetivos y acciones relacionadas con la calidad y según el proceso que realice.
<b>GH-02</b>	h) Se identifican los riesgos de eventos centinelas, adversos e incidencias y se toman acciones para su solución o mitigación. i) Se registran y analizan los eventos centinelas, adversos e incidencias y se identifican las oportunidades de mejora.	Eliminados para fusionarse	Se gestionan los riesgos de eventos centinelas, adversos e incidencia.
<b>GH-02</b>	m) El hospital cuenta con personal capacitado, en ejercicio, para atender la actividad de metrología. n) El metrólogo cumple con sus funciones y se encuentra integrado a los procesos de asistencia, docencia e investigación del hospital.	Eliminados para fusionarse	El personal dedicado a metrología posee competencia y conocimientos para ejercer e integrarse a asistencia, docencia e investigación.
<b>GH-03</b>	j) El hospital posee y cumple el plan seguridad y protección.	Eliminado	
<b>GH-03</b>	k) El hospital posee y cumple el plan de seguridad informática. p) El hospital dispone de un plan de protección a la información clasificada.	Eliminados para fusionarse	El plan de seguridad informática comprende un plan de protección a la información clasificada.
<b>GH-03</b>	n) El hospital tiene un plan contra incendios que incluye la habilitación del personal o) El hospital tiene un plan de emergencia y evacuación de incendio.	Eliminados para fusionarse	Plan contra incendio, plan de emergencia y evacuación de incendio
<b>GH-02</b> <b>GH-03</b>	p) El hospital implementa un Plan de mantenimiento de la tecnología médica, no médica y para la instalación hospitalaria. m) El hospital establece un plan de mantenimiento para el equipamiento, a partir del inventario de este.	Eliminados para fusionarse	El hospital implementa un Plan de mantenimiento de la tecnología médica, no médica, a partir del inventario para las instalaciones médicas y de servicio
<b>GH-04</b>	l) Plantilla de cargos de acuerdo con las necesidades asistenciales. m) Definición de las atribuciones y obligaciones de cada cargo.	Eliminados para fusionarse	La plantilla de cargo contiene las obligaciones y atribuciones de acuerdo con las necesidades asistenciales.
<b>GH-04</b>	n) Elaboración del plan de capacitación y desarrollo en relación con las necesidades identificadas. o) Acciones de capacitación y educación continuas efectuadas.	Eliminados para fusionarse	Implementación de capacitación y desarrollo según necesidades de conocimientos y aprendizaje.
<b>GH-04</b>	u) Definidas las funciones de los puestos de trabajo. Definidas las obligaciones y atribuciones de cada cargo.	Eliminado	
<b>GH-04</b>	v) Se identifican las necesidades de aprendizaje de los trabajadores, relacionadas con sus puestos de trabajo para el proceso de capacitación del personal.	Eliminado	
<b>GH-05</b>	h) Todas las áreas del Departamento forman un conjunto o unidad funcional, con un flujo adecuado que garantice fácil acceso desde el interior y exterior del establecimiento asistencial.	Eliminados para fusionarse	Se cumple las regulaciones internas que garantice el fácil acceso desde el interior y exterior del establecimiento asistencial.

	i) Se cumple en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios las regulaciones internas para la circulación de personas y equipos.		
<b>GH-06</b>	e) Los pedidos se realizan cumpliéndose los plazos de reaprovisionamiento de la institución y teniendo en cuenta los máximos y los mínimos. El cálculo de estos se reevalúa según lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos de Farmacia Hospitalaria. n) El despacho y reposición de medicamentos se realiza como lo establece el Manual de Normas y Procedimientos.	Eliminados para fusionarse	Los operarios de planificación de pedidos, despacho y reaprovisionamiento se realizan mediante el Manual de Noemas y Procedimientos.
<b>GH-06</b>	f) Los productos almacenados (material sanitario, especialidades farmacéuticas; etc.), están separados y debidamente clasificados e identificados, según normas de almacenamiento. h) El almacenamiento de medicamentos que constituyen estupefacientes, psicotrópicos o similares a las drogas, así como de explosivos y sustancias inflamables, según las condiciones de seguridad para la preservación y manipulación de estos productos, con el cumplimiento de las normas establecidas.	Eliminados para fusionarse	Los productos almacenados (materiales sanitarios, especialidades farmacéuticas, estupefacientes, psicotrópicos o similares a drogas, así como explosivos y sustancias inflamables) están separados y debidamente clasificados e identificados, según las condiciones de seguridad para la prevención y manipulación de estos productos, cumpliendo las normas establecidas
<b>GH-07</b>	e) El hospital tiene un proceso escrito que protege la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información. El proceso cumple con las disposiciones y normativas vigentes. g) El proceso identifica el nivel de confidencialidad que se mantiene para categorías diferentes de datos e información.	Eliminados para fusionarse	El hospital cuenta con un procedimiento para identificar niveles de confidencialidad según categorías y garantizarla seguridad e integridad de la información.
<b>GH-07</b>	l) Las historias clínicas, los datos y la información se destruyen de modo tal que no comprometan la confidencialidad y la seguridad. t) Las historias clínicas y la información están protegidas contra pérdida, daño, destrucción, manipulación, contra el acceso y el uso no autorizado o indebido.	Eliminados para fusionarse	Las historias clínicas y la información están protegida contra pérdida, daño, destrucción, manipulación y contra el acceso y el uso no autorizado o indebido de modo tal que no comprometa la confidencialidad y la seguridad
<b>GH-07</b>	a) Las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos se tienen en cuenta en los procesos de planificación. b) Las necesidades de información de quienes gestionan el hospital se tienen en cuenta en los procesos de planificación. c) Las necesidades de información y requisitos de las personas y organismos externos al hospital se consideran en los procesos de planificación.	Eliminados para fusionarse	Las necesidades de información y requerimientos de quienes prestan servicios clínicos gestionan el hospital, de las personas y organismos externos al hospital se consideran en el proceso de planificación.
<b>GH-07</b>	y) Los requisitos del documento guía se implementan y evidencian en las políticas, procedimientos y programas que se encuentran en todo el hospital. bb) Los requisitos de las políticas, de los procedimientos y de los planes están implementados por completo y se evidencian en las acciones individuales de los miembros del personal.	Eliminados para fusionarse	Los requisitos del documento guía se implementan y evidencian en política, procedimientos, planes y acciones individuales.
<b>GH-08</b>	f) Existe registro de las personas autorizadas a acceder a historias clínicas de pacientes. g) Las anotaciones en las historias clínicas son realizadas por las personas autorizadas, con la identificación correspondiente.	Eliminados para fusionarse	Las anotaciones en las historias clínicas son realizadas por las personas autorizadas, con la identificación correspondiente y existe registro de estas personas.
<b>GH-09</b>	e) El hospital diseña e implementar un programa integral para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria Se realizan acciones de vigilancia con un enfoque basado en riesgos.	Cambiar	El hospital diseña e implementa un programa integral de vigilancia y reducción de infecciones con enfoque de riesgo.
<b>GH-09</b>	g) Se asegura la limpieza y desinfección de la tecnología y mobiliario medico Se controlan y cumplen los procesos de limpieza, desinfección y esterilización así como el manejo adecuado de lavandería, ropa de cama y la reutilización de los dispositivos médicos, en correspondencia con lo establecido.	Cambiar	Se asegura y controla la limpieza y desinfección de la tecnología y mobiliario medico Se controlan y cumplen los procesos de limpieza, desinfección y esterilización así como el manejo adecuado de lavandería, ropa de cama y la reutilización de los dispositivos médicos, en correspondencia con lo establecido.
<b>GH-09</b>	k) El hospital proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, familiares y prestadores	Cambiar	El hospital proporciona y utiliza precauciones, procedimientos, equipos de protección a pacientes y prestadores de servicio.

	de las enfermedades transmisibles El hospital gestiona, dispone y utilizan los equipos de protección necesarios para cada puesto de trabajo.		
<b>GH-10</b>	f) El hospital realiza actividades de superación profesional en materia de dirección dirigido a sus cuadros y reservas.	Cambiar	El hospital realiza actividades de superación profesional en materia de dirección dirigidos a sus cuadros, reservas y responsables de procesos.

**Fuente:** Elaboración Propia

**Anexo 14:** Propuesta detallada de los estándares y de los elementos a evaluar que se van a incluir en el instrumento de autoevaluación.

**GH-01: Gobierno hospitalario**

- a) El Reglamento funcional interno del hospital se corresponde con el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública vigente.
- b) La Estructura funcional del hospital se corresponde con lo aprobado por el Ministerio de Salud Pública para la categoría de la institución.
- c) El hospital dispone de la misión y la visión.
- d) Se cumple lo establecido en el Reglamento funcional del Consejo de Dirección.
- e) Se cumple el Plan anual de temas del Consejo de Dirección.
- f) Las actas del Consejo de Dirección y del Consejo Económico Administrativo, se adhieren a las orientaciones vigentes y se corresponden con el plan de temas aprobados.
- g) Se cumple el Plan anual de actividades principales de la institución.
- h) Se cumple el Plan anual de temas de la Comisión de Cuadros y se documenta.
- i) Se cumple el Plan de anual de temas del Consejo Científico y se documenta.
- j) Los Objetivos institucionales se corresponden con los Objetivos estratégicos ministeriales vigentes.
- k) Establecido y documentado el sistema de entregas de guardias matinal y vespertina.
- l) Funciona la política institucional de ingresos y de atención ambulatoria.
- m) Funciona el sistema de referencia y contrarreferencia en la institución.
- n) El Plan Director del hospital es pertinente.
- o) Se cumple la ejecución del Presupuesto Anual aprobado y las justificaciones valorativas son adecuadas.
- p) El hospital implementa la Estrategia de Gestión de la Calidad.
- q) Está actualizado y se cumple lo establecido para el Expediente de Acciones de Control.
- r) El Comité de Prevención y control funciona de acuerdo con lo establecido.
- s) El Plan de Prevención de Riesgos es pertinente
- t) Poseen los departamentos y servicios los Manuales de Organización y Procedimientos, los protocolos de actuación y las guías de buenas prácticas.
- u) Se realizan acciones para la atención a colaboradores y se documenta.
- v) Funciona la Comisión de Ética Médica del hospital y se documenta.

- w) Está implementado el Sistema de Ciencia e innovación Tecnológica.
- x) Están definidas las relaciones contractuales de la institución.
- y) El hospital dispone de un plan para la defensa y situaciones excepcionales.
- z) Comité de contratación, cobros y pagos y comisión de divisas.

**GH-02: Gestión de la calidad y seguridad del paciente.**

- a) Existe un plan de Gestión de la Calidad, con objetivos, acciones y tareas que se controlan periódicamente.
- b) Se discuten y evalúa el cumplimiento de las acciones de calidad y Seguridad del paciente, en el Consejo de Dirección del Hospital.
- c) El hospital cuenta con las disposiciones y normativas vigentes relacionadas con su misión.
- d) Existe un programa de capacitación del personal, relacionado con la calidad y la seguridad del paciente y se controla su cumplimiento.
- e) El personal tiene información de los objetivos y acciones que se acometen en virtud de la calidad y la seguridad del paciente.
- f) Se encuentran funcionando los Comités y círculos de calidad.
- g) Se implementan mecanismos para la búsqueda activa de la satisfacción de pacientes, acompañantes, visitantes, estudiantes y prestadores (encuestas, reuniones de acompañantes, pacientes, prestadores, estudiantes, residentes) y se toman acciones.
- h) Se atienden, analizan y se les ofrece respuesta a los planteamientos realizados por pacientes, acompañantes, estudiantes y prestadores.
- i) Se controla el estado de aptitud y verificación de los instrumentos de medición de acuerdo con lo establecido y al aseguramiento metrológico que se dispone.
- j) El hospital implementa un plan de inversiones dirigido a la seguridad hospitalaria y al aseguramiento de los procesos.
- k) El hospital implementa planes de medidas para la solución de los señalamientos identificados en diferentes formas de control.
- l) El personal domina las disposiciones, normativas, objetivos y acciones relacionadas con la calidad y según el proceso que realice.
- m) Se gestionan los riesgos de eventos centinelas, adversos e incidencia.

- n) El personal dedicado a metrología posee competencia y conocimientos para ejercer e integrarse a asistencia, docencia e investigación.
- o) Existencia de la documentación referente a leyes, códigos y regulaciones vigentes relacionadas con el funcionamiento como instalación sanitaria.
- p) Conocimiento por parte de los directivos del hospital, del contenido de los documentos referidos en el inciso anterior.
- q) El hospital cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados para garantizar la seguridad y protección.
- r) El hospital desarrolla programas documentados que describen el proceso de gestión de riesgos para la protección de pacientes, familiares, visitantes, prestadores y medioambiente.
- s) El hospital tiene implementadas acciones para la atención a personas con necesidades especiales.
- t) El hospital posee un programa para el inventario, la manipulación, el almacenamiento y el uso de sustancias peligrosas.
- u) El hospital dispone de un programa para el manejo y disposición de desechos peligrosos.
- v) El plan director de inversiones y de mantenimiento, contemplan acciones dirigidas al cumplimiento de los requisitos necesarios para la seguridad y protección de la institución.
- w) El hospital establece e implementa programas y planes para la prevención y enfrentamiento de situaciones excepcionales.
- x) El hospital implementa un programa para garantizar que los sistemas de suministros básicos funcionen de manera eficaz y eficiente.
- y) El hospital adopta y utiliza los formularios del Índice de seguridad hospitalaria, que le son aplicables.
- z) El plan de seguridad informática comprende un plan de protección a la información clasificada.
- aa) Plan contra incendio, plan de emergencia y evacuación de incendio.
- bb) El hospital implementa un Plan de mantenimiento de la tecnología médica, no médica, a partir del inventario para las instalaciones médicas y de servicio.

- a) Existencia de la documentación referente a leyes, códigos y regulaciones vigentes relacionadas con el funcionamiento como instalación sanitaria.
- b) Conocimiento por parte de los directivos del hospital, del contenido de los documentos referidos en el inciso anterior.
- c) El hospital cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados para garantizar la seguridad y protección.
- d) El hospital desarrolla programas documentados que describen el proceso de gestión de riesgos para la protección de pacientes, familiares, visitantes, prestadores y medioambiente.
- e) El hospital tiene implementadas acciones para la atención a personas con necesidades especiales.
- f) El hospital posee un programa para el inventario, la manipulación, el almacenamiento y el uso de sustancias peligrosas.
- g) El hospital dispone de un programa para el manejo y disposición de desechos peligrosos.
- h) El plan director de inversiones y de mantenimiento, contemplan acciones dirigidas al cumplimiento de los requisitos necesarios para la seguridad y protección de la institución.
- i) El hospital establece e implementa programas y planes para la prevención y enfrentamiento de situaciones excepcionales.
- j) El hospital implementa un programa para garantizar que los sistemas de suministros básicos funcionen de manera eficaz y eficiente.
- k) El hospital adopta y utiliza los formularios del Índice de seguridad hospitalaria, que le son aplicables.
- l) El plan de seguridad informática comprende un plan de protección a la información clasificada.
- m) Plan contra incendio, plan de emergencia y evacuación de incendio
- n) El hospital implementa un Plan de mantenimiento de la tecnología médica, no médica, a partir del inventario para las instalaciones médicas y de servicio

#### **GH- 04: Gestión de capital humano**

- a) Constitución y funcionamiento del Comité de Expertos para la recomendación sobre la idoneidad demostrada de los trabajadores.
- b) Aplicación del período de prueba.

- c) Cumplimiento de un programa de acogida
- d) Existencia del Reglamento Disciplinario Interno.
- e) Procedimientos establecidos para la selección del personal.
- f) Confirmación de la idoneidad de los trabajadores por el director del hospital o por la autoridad en quien haya delegado y con posterioridad al período de prueba.
- g) Actualización del Registro de Profesionales de la Salud.
- h) Programa de acciones que se realizan para el reconocimiento de los resultados de los trabajadores.
- i) Utilización de vías de comunicación de diversa índole, en especial la realización y participación en las reuniones departamentales y asambleas.
- j) Métodos empleados para conocer la satisfacción de los trabajadores.
- k) Sistema de mejoras en las condiciones de trabajo
- l) Inclusión de necesidades de capacitación en las evaluaciones de los trabajadores y la valoración de su cumplimiento.
- m) Evaluaciones de los trabajadores como mínimo de forma anual de una manera integral donde se midan los resultados del trabajo con la eficiencia, calidad y productividad requeridas y el cumplimiento de las normas de conductas, dadas fundamentalmente en el Reglamento Disciplinario Interno y se definan recomendaciones.
- n) En los prestadores se mide el cumplimiento de los principios de la ética médica, los valores de carácter social, moral o humano que prestigien la medicina cubana y la actualización de conocimientos y habilidades necesarias propias de sus funciones.
- o) Utilización de los resultados de las evaluaciones para acciones individuales y organizacionales en función de la mejora continua de la calidad en la atención a los pacientes.
- p) Existencia de la documentación que respalda legalmente el cumplimiento de los requisitos exigibles para cada puesto de trabajo, así como los deberes a cumplir y la historia laboral de cada trabajador.
- q) La plantilla de cargo contiene las obligaciones y atribuciones de acuerdo con las necesidades asistenciales.
- r) Implementación de capacitación y desarrollo según necesidades de conocimientos y aprendizaje.

**GH-05: Gestión en la farmacia hospitalaria.**

- a) Existe un Licenciado en Ciencias Farmacéuticas responsable del departamento de farmacia hospitalaria.
- b) Se dispone de un área administrativa donde el director técnico realiza las labores de dirección.
- c) El servicio posee la documentación con especificación de responsabilidades y funciones para cada puesto de trabajo y es conocido por todo el personal.
- d) Se evalúan las necesidades de personal y de equipamiento para alcanzar los objetivos propuestos.
- e) Se realiza la evaluación y mejora continua de los procesos ejecutados en el servicio farmacéutico.
- f) Las normativas vigentes existen y están archivados y organizados cronológicamente. Con evidencias de que a todo el personal se le dio a conocer las mismas, las dominan y se evalúa su cumplimiento, así como material docente y de consulta que garantice el desarrollo de las actividades relacionadas con la capacitación.
- g) La superficie que ocupa el servicio farmacia estará en correspondencia con número de pacientes que se asisten y de la complejidad de la unidad asistencial.
- h) Se dispone de soporte informático, cristalería, estantes, gaceteros, muebles, insumos, materiales de oficina, y parles, así como de instalaciones de gas, agua, red eléctrica, comunicación y regulación de la temperatura adecuada, protecciones de Seguridad e instalaciones sanitarias para el personal.
- i) La vía de acceso al servicio será diferente a la de las vías sucias de la unidad asistencial.
- j) Se dispone de una plantilla completa de trabajadores, profesionales, técnicos, de servicio y auxiliares.
- k) Se dispone de un registro individualizado y actualizado de su personal en cuanto a formación, experiencia y evaluaciones realizadas a los mismos.
- l) Se garantiza la presencia física de los profesionales farmacéuticos o técnicos todo el tiempo que permanezca abierto el servicio. La farmacia tiene servicio las 24 horas.
- m) Se cumple las regulaciones internas que garantice el fácil acceso desde el interior y exterior del establecimiento asistencial.

**GH- 06: Selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos.**

- a) La selección de los medicamentos del Cuadro Básico parte del análisis de la demanda de los servicios, lo asesora el Comité Farmacoterapéutico y se revisa de forma sistemática.
- b) Definidos los stocks mínimos de medicamentos que se requieren en todos los servicios.
- c) Posee el hospital la planificación de los medicamentos acorde a su nivel de actividad y según lo establecido en el Programa Nacional de Medicamentos.
- d) Se emplea el mecanismo de solicitud de medicamentos por urgencia o no contenidos en el Cuadro Básico del país.
- e) Se cumplen las Buenas Prácticas de Almacenamiento y de las disposiciones para la seguridad del trabajador.
- f) Está actualizado el Registro de Control de fechas de vencimiento y se realiza la rotación de lotes en el almacén del departamento de farmacia y en los servicios.
- g) Se controlan y se registran los medicamentos retenidos y se realiza la destrucción de medicamentos de acuerdo con las normas vigentes.
- h) Existe capacidad suficiente para la conservación de los medicamentos termolábiles y neveras con rangos de temperatura adecuada.
- i) Se dispone de zonas de recepción de pedidos de salas y recetas; para la preparación de los pedidos de los servicios y para los medios de traslado de medicamentos.
- j) Las solicitudes y los pedidos de la Farmacia a la Empresa distribuidora de medicamentos cumplen con las normas establecidas.
- k) Los operarios de planificación de pedidos, despacho y reaprovisionamiento se realizan mediante el Manual de Noemas y Procedimientos.
- l) Los productos almacenados (materiales sanitarios, especialidades farmacéuticas, estupefacientes, psicotrópicos o similares a drogas, así como explosivos y sustancias inflamables) están separados y debidamente clasificados e identificados, según las condiciones de seguridad para la prevención y manipulación de estos productos, cumpliendo las normas establecidas.

**GH -07: Gestión de la información**

- a) La planificación se basa en el tamaño y la complejidad del hospital.
- b) Las fuentes de información de cada sistema son únicas, veraces y confiables.
- c) Se identifica a las personas que necesitan o tienen un puesto que les permite acceder a cada categoría de datos e información.
- d) Se monitoriza y se evidencia el cumplimiento del proceso
- e) El hospital cumple el tiempo de retención de las historias clínicas y de otros datos e información de los pacientes acorde a lo establecido.
- f) El proceso de retención brinda la confidencialidad y seguridad esperadas.
- g) Se usan códigos de diagnóstico y procedimientos, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, y se controla su uso
- h) Se usan definiciones, símbolos y abreviaturas estandarizadas, las que no deben ser usadas están identificadas y se controlan.
- i) Los pacientes y familiares reciben datos e información oportuna, de forma que facilite la comunicación y satisfaga sus necesidades.
- j) El personal tiene acceso a los datos y a la información que necesita para cumplir con las responsabilidades de su puesto de trabajo.
- k) Las partes interesadas en la tecnología de la información para la salud participan en la selección, implementación y análisis de dicha tecnología y cumple con los requerimientos que establece la seguridad informática.
- l) Los sistemas de tecnología de la información se evalúan y prueban en forma previa a su implementación.
- m) Los sistemas de tecnología de la información para la salud se evalúan luego de su implementación en cuanto a su capacidad de uso, efectividad y seguridad de los pacientes.
- n) La formación está relacionada con la necesidad de datos e información inherentes a las responsabilidades del puesto de trabajo de la persona.
- o) Los datos e información administrativos y clínicos se integran, siempre que sea necesario, para colaborar en la toma de decisiones.
- p) Existe un documento guía que define por escrito los requisitos para desarrollar y mantener políticas, procedimientos y programas que incluye al menos:
  - 1. La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de una persona autorizada en forma previa a su emisión.

2. El proceso y la frecuencia de revisión y aprobación continua de los documentos.
  3. Los controles para asegurar que estén disponibles únicamente las versiones vigentes y relevantes de los documentos.
  4. Cómo pueden identificarse los cambios en un documento.
  5. El cuidado de la identidad y la legibilidad del documento.
  6. Un proceso para la gestión de documentos originados fuera del hospital.
  7. La retención de documentos obsoletos al menos durante el tiempo que requieren las disposiciones y normativas vigentes, al mismo tiempo asegura que tales documentos no se emplearán por error.
  8. La identificación y seguimiento de todos los documentos en circulación.
- q) Las políticas, los procedimientos y los planes se encuentran disponibles y el personal tiene acceso a los documentos relevantes para sus responsabilidades.
  - r) El personal está capacitado y utiliza los documentos relevantes para sus responsabilidades.
  - s) La implementación de políticas, procedimientos y planes está monitorizada y respaldada por la información correspondiente.
  - t) El hospital cuenta con un procedimiento para identificar niveles de confidencialidad según categorías y garantizarla seguridad e integridad de la información.
  - u) Las historias clínicas y la información están protegida contra pérdida, daño, destrucción, manipulación y contra el acceso y el uso no autorizado o indebido de modo tal que no comprometa la confidencialidad y la seguridad
  - v) Las necesidades de información y requerimientos de quienes prestan servicios clínicos gestionan el hospital, de las personas y organismos externos al hospital se consideran en el proceso de planificación.
  - w) Los requisitos del documento guía se implementan y evidencia en política, procedimientos, planes y acciones individuales

**GH- 08: Historia clínica del paciente.**

- a) Cada paciente hospitalizado o atendido en consulta externa tienen su historia clínica estacionaria.
- b) El proceso de confección, registro y conservación de la historia clínica cumple con lo establecido y contiene información suficiente para identificar al paciente, respaldar

el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar la evolución, donde se evidencie el pensamiento médico.

- c) Las historias clínicas se conservan y custodian según lo establecido.
- d) En las historias clínicas se identifica autoría, fecha y horario de ingreso, egreso, así como en cada anotación del proceso de atención.
- e) Las historias clínicas de los pacientes egresados incluyen un resumen de la atención médica recibida, diagnóstico definitivo, su estado al egreso y las indicaciones para su seguimiento.
- f) Existe un procedimiento para asegurar que solo las personas autorizadas tengan acceso a las historias clínicas de los pacientes y cumple el principio de confidencialidad.
- g) Existe un procedimiento que aborda cómo se corrigen o sobrescriben las anotaciones en la historia clínica del paciente.
- h) Se evalúa de manera concurrente y retrospectiva una muestra de historias clínicas con la frecuencia y metodología establecida
- i) Los resultados del proceso de evaluación se incorporan al mecanismo de supervisión de la calidad del hospital.
- j) Las anotaciones en las historias clínicas son realizadas por las personas autorizadas, con la identificación correspondiente y existe registro de estas personas.

#### **GH -9: Higiene y Epidemiología Hospitalaria**

- a) El hospital dispone de una estructura para asumir la conducción del Programa de Epidemiología Hospitalaria, de acuerdo con su nivel.
- b) Existe un comité de prevención y control que coordina las actividades de higiene y epidemiología hospitalaria con la participación de todo el personal.
- c) Existe un programa de prevención y control de infecciones.
- d) En el presupuesto del hospital está previsto proporcionar recursos para apoyar el programa de prevención y control de higiene y epidemiología.
- e) El hospital diseña e implementa un programa integral de vigilancia y reducción de infecciones con enfoque de riesgo.
- f) Se controlan los procedimientos médicos y de enfermería dirigidos a reducir el riesgo de infección.

- g) Se asegura y controla la limpieza y desinfección de la tecnología y mobiliario médico. Se controlan y cumplen los procesos de limpieza, desinfección y esterilización así como el manejo adecuado de lavandería, ropa de cama y la reutilización de los dispositivos médicos, en correspondencia con lo establecido.
- h) Se utilizan, manejan, trasladan y disponen el material biológico y sustancias peligrosas, de acuerdo con lo establecido.
- i) Se cumple con la inocuidad de los alimentos de acuerdo con lo establecido en las normas cubanas obligatorias.
- j) El hospital reduce el riesgo de infección y accidentes en las instalaciones, asociado con los controles mecánicos y de ingeniería, así como durante la demolición, construcción y renovación estructural.
- k) El hospital proporciona y utiliza precauciones, procedimientos, equipos de protección a pacientes y prestadores de servicio.
- l) El hospital realiza las acciones establecidas en relación con la atención a la salud de los trabajadores y dispone de registro de accidentes y enfermedades profesionales.
- m) El proceso de prevención y control de infecciones se integra con el programa general para la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.
- n) El hospital proporciona educación sobre las prácticas de prevención y control de infecciones al personal, a los médicos, a los pacientes, a las familias y a otros encargados del cuidado cuando esté indicado por su participación en la atención.
- o) Cumplir los programas de higienización y control de vectores.

#### **GH-10: Cuadros**

- a) El hospital cumple con la política de cuadros.
- b) El hospital cuenta con personal responsable de la actividad de cuadros.
- c) El hospital tiene cubierta la plantilla de cuadros, con los nombramientos correspondientes.
- d) El hospital tiene identificada la reserva de sus cuadros.
- e) El hospital implementa un proceso para realizar Los cuadros y reservas del hospital tienen y cumplen el plan de desarrollo individual.

- f) El hospital realiza actividades de superación profesional en materia de dirección dirigidos a sus cuadros, reservas y responsables de procesos.
- g) El hospital controla el cumplimiento del plan individual de los cuadros y reservas.
- h) El hospital implementa un proceso de estimulación de sus cuadros y reservas.
- i) El hospital realiza el proceso de evaluación de los cuadros y reservas en el que identifica las necesidades de aprendizaje en materia de dirección.

**Anexo 15:** Valoración de los expertos para obtener los coeficientes de prioridades.

Participant 2		1	Arialys	$\alpha$ :	0.1	CR:	8%
Name	Weight	Date	Consistency Ratio				
i	j	Criteria	more important ?	Scale			
		A	B	A or B	Scale		
		(1-9)					
1	2	Liderazgo	Política y Estrategia	A	4		
1	3		Personas	A	3		
1	4		Alianzas y Recursos	A	5		
1	5		Procesos	A	3		
1	6						
1	7						
1	8						
2	3	Política y Estrategia	Personas	B	4		
2	4		Alianzas y Recursos	A	3		
2	5		Procesos	B	4		
2	6						
2	7						
2	8						
3	4	Personas	Alianzas y Recursos	A	5		
3	5		Procesos	B	2		
3	6						
3	7						
3	8						
4	5	Alianzas y Recursos	Procesos	B	4		
4	6						

Participant 3		1	Guillermo	$\alpha$ :	0.1	CR:	9%
Name	Weight	Date	Consistency Ratio				
i	j	A	Criteria	B	more important ? A or B	Scale (1-9)	
1	2	Liderazgo	}	Política y Estrategia	A	5	
1	3			Personas	A	3	
1	4			Alianzas y Recursos	A	6	
1	5			Procesos	A	7	
1	6						
1	7						
1	8						
2	3	Política y Estrategia	}	Personas	B	4	
2	4			Alianzas y Recursos	A	3	
2	5			Procesos	A	5	
2	6						
2	7						
2	8						
3	4	Personas	}	Alianzas y Recursos	A	5	
3	5			Procesos	A	5	
3	6						
3	7						
3	8						
4	5	Alianzas y Recursos	}	Procesos	A	3	
4	6						

Participant 4		1	Caridad	$\alpha$ :	0.1	CR:	8%
Name	Weight	Date	Consistency Ratio				
i	j	A	Criteria	B	more important ? A or B	Scale (1-9)	
1	2	Liderazgo	}	Política y Estrategia	A	5	
1	3			Personas	A	6	
1	4			Alianzas y Recursos	A	2	
1	5			Procesos	A	4	
1	6						
1	7						
1	8						
2	3	Política y Estrategia	}	Personas	A	4	
2	4			Alianzas y Recursos	B	3	
2	5			Procesos	A	3	
2	6						
2	7						
2	8						
3	4	Personas	}	Alianzas y Recursos	B	3	
3	5			Procesos	B	4	
3	6						
3	7						
3	8						
4	5	Alianzas y Recursos	}	Procesos	A	4	
4	6						

Participant 5		1	Toledo	$\alpha$ :	0.1	CR:	9%
Name	Weight	Date	Consistency Ratio				
i	j	A	Criteria	B	more important ?	A or B	Scale (1-9)
1	2	Liderazgo	}	Política y Estrategia	A	7	
1	3			Personas	A	2	
1	4			Alianzas y Recursos	A	3	
1	5			Procesos	B	2	
1	6						
1	7						
1	8						
2	3	Política y Estrategia	}	Personas	B	7	
2	4			Alianzas y Recursos	B	3	
2	5			Procesos	B	5	
2	6						
2	7						
2	8						
3	4	Personas	}	Alianzas y Recursos	A	5	
3	5			Procesos	B	2	
3	6						
3	7						
3	8						
4	5	Alianzas y Recursos	}	Procesos	B	2	
4	6						

Participant 6		1	Norma	$\alpha$ :	0.1	CR:	10%
Name	Weight	Date	Consistency Ratio				
i	j	A	Criteria	B	more important ?	A or B	Scale (1-9)
1	2	Liderazgo	}	Política y Estrategia	A	6	
1	3			Personas	A	7	
1	4			Alianzas y Recursos	A	4	
1	5			Procesos	A	6	
1	6						
1	7						
1	8						
2	3	Política y Estrategia	}	Personas	A	5	
2	4			Alianzas y Recursos	A	2	
2	5			Procesos	B	2	
2	6						
2	7						
2	8						
3	4	Personas	}	Alianzas y Recursos	B	2	
3	5			Procesos	B	2	
3	6						
3	7						
3	8						
4	5	Alianzas y Recursos	}	Procesos	A	3	
4	6						

Participant 7		1	Pichardo	$\alpha$ : 0.1	CR: 10%
Name	Weight	Date	Consistency Ratio		
		Criteria		more important ?	Scale
i	j	A	B	A or B	(1-9)
1	2	Liderazgo	Política y Estrategia	A	4
1	3		Personas	A	5
1	4		Alianzas y Recursos	A	2
1	5		Procesos	B	5
1	6				
1	7				
1	8				
2	3	Política y Estrategia	Personas	A	2
2	4		Alianzas y Recursos	B	2
2	5		Procesos	B	7
2	6				
2	7				
2	8				
3	4	Personas	Alianzas y Recursos	B	4
3	5		Procesos	B	5
3	6				
3	7				
3	8				
4	5	Alianzas y Recursos	Procesos	B	6
4	6				