

MANUAL DE ESTANDARES E INDICADORES PARA LA ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD Y ACREDITACION

- Ministerio de Salud Pública - A.S.S.E.
- Facultad de Medicina
- Organización Panamericana de la Salud
- Plenario de IAMC
- Unión de la Mutualidad
- Federación Médica del Interior
- Instituto Nacional de Enfermería
- Colegio de Enfermeras del Uruguay

Programa de Garantía de Calidad y Acreditación

**MANUAL DE ESTANDARES E
INDICADORES PARA LA
ACREDITACION DE
SERVICIOS DE SALUD
EN URUGUAY**

1996

Documento Adaptado por:

Integrantes del Grupo de Trabajo de acuerdo a Res.391/94 :

M.S.P.-A.S.S.E. : Dra. Norma Rodríguez

Fac. de Medicina : Dr. Silvio Ríos

O.P.S. : Dr. Aron Nowinski

Plenario de IAMC : Dr. Ricardo Romay

Unión de la Mutualidad : Esc. Roberto Calvo

Fed. Médica del Interior : Dr. Elbio Helguera

Otros participantes permanentes en el grupo de trabajo:

M.S.P. -Coord. y Control: Dra. Alicia Ferraro

Instituto Nacional de Enfermería : Lic. Alicia Cabrera

Colegio Nacional de Enfermeras : Lic. Daysi Gutiérrez

Colaboradores según áreas:

Com. Nal. de Calidad: Ing. Quím. Teresita Fracchia

Arquitectura e Ingeniería: Arq. Nora Pons

Registros Médicos: T.R.M. Sonia Bentancor (A.S.S.E.)
 T.R.M. Luis Martínez (Fac. de Medic)
 T.R.M. Jesús García (C.A.S.M.U.)

Farmacia: Dra. Q. F. Lis Zoppis
 Q. F. Perla Beriao

Asesoramiento Jurídico: Dr. Alvaro Eguren

Actuó como secretaria de comisiones la Sra. Gilda Pedemonte

Esta publicación ha sido editada con aportes de:

- Ministerio de Salud Pública - A.S.S.E.
- Facultad de Medicina
- Organización Panamericana de la Salud
- Plenario de IAMC
- Unión de la Mutualidad
- Federación Médica del Interior
- Instituto Nacional de Enfermería
- Colegio Nacional de Enfermeras

Indice General

Introducción y Antecedentes 9

Presentación 17

Nuevos Enfoques 21

Manual de Acreditación 37

- Marco conceptual 39

- Instructivo para el empleo e interpretación del manual 45

- Estándares mínimos obligatorios 47

I. Relacionamiento con los usuarios 47

II. Organización de la atención médica 49

II.1 Continuidad de la atención médica 49

II.2 Derivaciones o referencia 51

II.3 Consultorios externos 54

II.4 Urgencias 55

II.5 Laboratorio de análisis clínicos 57

II.6 Diagnóstico por imágenes 63

II.7 Hemoterapia 65

II.8 Atención del nacimiento 65

II.9 Area quirúrgica 71

II.10 Anestesiología 74

II.11 Control de infecciones hospitalarias 75

II.12 Esterilización 78

II.13 Enfermería 79

III. <u>Áreas técnicas y de apoyo</u>	82
III.1 Admisión	82
III.2 Historia Clínica y Archivo	83
III.3 Estadística	86
III.4 Farmacia	88
III.5 Alimentación	89
III.6 Lavandería	91
III.7 Limpieza	92
III.8 Gobierno hospitalario	94
III.9 Administración	96
IV. <u>Seguridad e instalaciones físicas</u>	98
IV.1 Documentación edilicia	98
IV.2 Estructura físico-funcional	99
IV.3 Instalaciones	101
IV.4 Control de excretas, residuos y potabilidad del agua ...	103
IV.5 Confort del paciente y del personal	104
IV.6 Comunicaciones	105

Introducción y Antecedentes

En el país existe una larga tradición de experiencias en evaluación de servicios de salud. En el año 1951, con motivo de la puesta en funcionamiento del Hospital Universitario, se editan las primeras normas y estándares para el Departamento de Registros Médicos.

En el año 1958 se organiza el Cuerpo Médico y se designan los primeros comités de apoyo a la mejora de la calidad hospitalaria: de auditoría médica, de historias clínicas, de infecciones, de tejidos, etc.

En distintas oportunidades se han desarrollado instrumentos para lograr el más alto nivel en el trabajo médico asistencial, tanto en el área pública como privada.

No obstante todas estas experiencias, que demuestran el interés que siempre hubo por el tema, no lograron consolidarse en estructuras dedicadas específicamente a la garantía de calidad en los servicios de salud.

En estos últimos años se ha venido observando una creciente exigencia en la calidad de los servicios prestados, tanto por parte de los usuarios como por los integrantes del equipo de salud. Ello ha llevado al establecimiento de normas, definición de estándares, etc. para las distintas áreas que integran los servicios de salud, y en definitiva al convencimiento de que se trata de un proceso próximo a desencadenarse con la máxima participación y responsabilidad de todos.

Es así que con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud se realiza el 23 y 24 de mayo de 1994, la primera Reunión Nacional sobre Garantía de Calidad y

Acreditación de Hospitales en el Uruguay, convocada por el Ministerio de Salud Pública-A.S.S.E. en la que participaron representantes de todos los sectores involucrados a nivel público y privado. Sus objetivos fueron discutir el documento sobre Acreditación de Hospitales y estudiar la situación y perspectivas nacionales en relación a un posible programa de acreditación de hospitales.

De esta reunión surgió un informe primario, que fue completado en los días siguientes con aportes de varias instituciones, en el que se estableció "...considerar este esfuerzo **NECESARIO**, entendiendo **FACTIBLE** implementar en el Uruguay un programa de **GARANTIA DE CALIDAD Y ACREDITACION DE HOSPITALES.**"

Con fecha 9 de junio de 1994, la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) emite la resolución 391/94, por la cual se crea un Grupo de Trabajo con el cometido de generar los primeros avances en el tema Garantía de Calidad y Acreditación de Hospitales en el Uruguay. El mismo se constituyó con representantes de:

- M.S.P - A.S.S.E
- Facultad de Medicina
- O.P.S.
- Sub sector privado.-

El grupo inició su actuación adoptando como propia la definición de Acreditación que figura en el Manual de la OPS⁽¹⁾ y que expresa : "es el procedimiento de evaluación de los

(1) *Estandares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe (OPS/455/94.05).*

recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estandares previamente aceptados."

Asimismo, se estableció como criterio general iniciar el proceso con estandares mínimos, facilitando a todas las instituciones su aceptación e incorporación al futuro programa de acreditación, entendiendo este como **garantía de atención a los usuarios** y no como categorización de los hospitales.

Operativamente el grupo trabajó durante todo este tiempo, siguiendo tres objetivos:

-adaptar a la realidad nacional el Manual "Estandares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe". (OPS/HSS/94.05).

-establecer contactos con Instituciones del medio, vinculadas y/o interesadas en el tema calidad de servicios de salud (Instituto de Normas Técnicas, Comisión Nacional de Calidad y Laboratorio Tecnológico del Uruguay).

-avanzar en las características y formas jurídicas del futuro organismo acreditador.-

En cumplimiento del primer objetivo, se procedió a realizar un taller con Directores de Hospitales públicos a efectos de introducirlos en los objetivos de este grupo de trabajo, y proceder a realizar la primera corrección del Manual.

Por otra parte, se crearon sub grupos técnicos asesores en distintas áreas: enfermería, registros médicos, farmacia hospitalaria, ingeniería y confort, etc. Estos grupos procedieron a la revisión del área correspondiente en el manual, definiendo fundamentalmente estandares mínimos a cumplir en todos los

niveles de atención.-

Se hace especial mención al área de enfermería, la que en el marco de la integración a la Comisión de Acreditación a través del Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E.) y del Colegio de Enfermeras del Uruguay desarrolló dos líneas de trabajo:

-Estudiar el proceso de mejoramiento de la calidad a nivel de los Servicios sanitarios, recabando información que refleja los avances científicos sobre el tema en torno a experiencias concretas a nivel internacional y nacional. Al mismo tiempo se realizó un análisis político de la situación sanitaria en el contexto de las macro tendencias en los países en vías de desarrollo. Finalmente se arribó a una síntesis de las condiciones objetivas del Sector salud para desarrollar una iniciativa de estas características;

-El segundo lineamiento de trabajo correspondió a la organización del Colectivo de Enfermería orientado a prepararlo profesionalmente con miras a una programa de esta envergadura. En este sentido se comenzaron a generar espacios de difusión e intercambio que facilitarían el proceso de transformación al mismo tiempo de ir consolidando estructuras organizativas que den respaldo a las decisiones colectivas sobre el tema.-

Sobre estas bases se realizó el Primer encuentro de Enfermería para el mejoramiento de la calidad hospitalaria que contó con la participación de (21) veintiún representantes de centros asistenciales públicos y privados con cargos de Dirección de Servicios de Enfermería. Luego de dos días de trabajo se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1.-aval unánime del documento preliminar: "Visión de Enfermería en el Proceso de Acreditación de Hospitales";
- 2.-conformación del Plenario Nacional de Enfermería para

el mejoramiento de la calidad, y la Comisión Nacional de Acreditación en Enfermería.

3.-Reformulación de los estándares de enfermería que están expresados en el manual ya mencionado.

Como **ORGANISMO ACREDITADOR** se plantea la creación de una persona jurídica (asociación civil) sin fines de lucro, cuya dirección refleje un equilibrio entre el subsector público y el privado. Sus funciones serán:

1.- velar por el mejoramiento de la calidad de cada una de las etapas del proceso de atención a la salud;

2.- difundir a nivel de los Directores y Administradores de los Servicios de Salud el conocimiento y establecimiento de procesos de calidad en la unidades productivas de bienes y servicios en el país;

3.- actuar como agente de certificación de productos, procesos y servicios en el área de la salud, actuando a requerimiento de entidades públicas y privadas;

4.- propender a la formación y capacitación continua del recurso humano en dos niveles: A) para especialistas en la tarea de acreditar, y B) introducir el tema en los programas curriculares de enseñanza.-

Las fuentes de ingresos destinadas a financiar el organismo que se propone, serán:

-los aportes ordinarios de los asociados, que la Comisión Directiva establezca con carácter general, o extraordinario, de acuerdo a la naturaleza de la Institución;

-contribuciones de origen público o privado, legados y

donaciones a favor de la misma;

-contribuciones de Organismos Internacionales de crédito para el área de la Salud;

-recuperación de gastos directos de los servicios de certificación de auditores.-

A través de la participación en el Seminario sub-regional sobre Acreditación de Hospitales realizado en Río de Janeiro del 13 al 16 de junio de 1995, la delegación Uruguaya establece los siguientes compromisos:

- Orientar los objetivos del Grupo de trabajo hacia programas de mejoramiento de la calidad en los Servicios de Salud. En este sentido, este proceso daría como resultado: beneficio a la población usuaria en tanto incrementa los márgenes de seguridad, oportunidad, la pertenencia científica, la humanización de los prestadores de salud, motivación y desarrollo de los recursos humanos mejorando la eficiencia y eficacia en su misión social;

- Promover campañas de sensibilización sobre el tema, trabajando dentro de los Servicios de Salud y tratando de incluir en este cambio cultural, no solo a los niveles estratégicos sino al táctico y operativo. Ej.: talleres, mesas redondas con expertos, etc.;

- Como etapas a cumplir para la organización del proceso de definición de estándares, a efectos de garantizar su validez y credibilidad, se acordaron los siguientes pasos metodológicos:

a) conformar el organismo definitivo encargado del proceso, en el cual deberán estar representados en forma equilibrada las Instituciones que componen el Sector Salud

b) Completar la elaboración de los estándares nacionales a

través de grupos técnicos específicos en cada área, a la brevedad.

c) Consolidar los informes de los grupos técnicos en un borrador de estándares para la Acreditación. Los mismos deberán estar probados (prueba del instrumento), realizando el proceso de acreditación en instituciones del Sub-Sector público y privado que voluntariamente se ofrezcan para ello

d) Los resultados que se obtengan serán evaluados a efectos de determinar la validez y confiabilidad del documento evaluador

e) el manual así conformado será distribuido a todas las autoridades (políticas y técnicas) del Sector Salud

f) Por último, se realizará una reunión plenaria con las Instituciones del Sector Salud, a efectos de validar el mismo.-

En octubre de 1995 más de 30 países de la región de las Américas, reunidos en Washigton D.C. en la III Conferencia de Acreditación de Hospitales, reafirmaron la necesidad de transitar por el camino de un Programa de Garantía de Calidad y Acreditación.

La Organización Panamericana de la Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales comprometen sus esfuerzos en ese sentido.

En los países se necesita liderazgo en el tema y una masa crítica de hospitales públicos y privados dispuestos a instalar Programas de Calidad y luego Acreditar. La línea de trabajo responde a dar mejor atención al usuario.

Presentación

*Prof. Dra. Nelly Murillo
Directora del Dpto. de
Medicina Preventiva y Social
Facultad de Medicina del Uruguay*

En la Región de América Latina se vive un momento de cambio acelerado, manifestándose en todos los aspectos de la vida de las poblaciones y que tiene profundas repercusiones sobre la situación de salud y sobre los recursos disponibles para su atención.

La transición demográfica, completada en nuestro país, y en distintos grados de evolución en otros países de América del Sur, está teniendo como consecuencia una modificación de la estructura por edades de las poblaciones, con un envejecimiento cada vez mayor de las mismas.

Esta situación se acompaña de una transición epidemiológica que hace aparecer a las enfermedades crónicas como los problemas de mayor frecuencia.

Las instituciones de salud deben adaptarse a este cambio de prioridades en salud para servir eficientemente a esa población.

Por otra parte, el avance tecnológico en el área de la Medicina que ocurre en todo el mundo, es un nuevo desafío para las instituciones de salud, que deben enfrentarlo con situaciones económicas precarias.

El sector salud se presenta desordenado, con presencia simultánea de duplicación en algunas áreas y ausencias en otras,

en crisis económico-financiera, con aumento de costos en la atención médica y disminución de la calidad.

Se hace imprescindible, por todas estas razones, el mejoramiento de la gerencia de los hospitales y servicios.

Una forma eficaz de corregir el déficit, es actuar sobre la calidad de la atención, optimizando la relación costo-beneficio.

La evaluación de calidad busca medir:

- Las condiciones estructurales de los servicios, el proceso y los resultados, efectos y eventualmente impactos de las acciones de la institución evaluada.

- La acreditación de hospitales es la metodología dirigida a evaluar las condiciones estructurales de los hospitales, que tiende a garantizar la calidad de atención a través del logro de estándares previamente aceptados.

A fines de 1988, los participantes en el Taller sobre Acreditación de Hospitales Urbanos en América Latina y el Caribe, realizado por O.P.S., decían en relación con este tema:

“...el escaso desarrollo de los procedimientos de evaluación de calidad en nuestros países, responde a diversas causas:

- La calidad de la atención médica no ha sido todavía considerada prioritaria - salvo contadas excepciones - en las políticas de salud de los países de América Latina y el Caribe.

- Los prestadores de atención médica, tanto a nivel profesional, como institucional, han considerado al control de calidad como un acto contrario a su independencia.

- La evaluación todavía no es aceptada como un instrumento de cambio técnico o gerencia.”

Todas las razones expuestas nos llevan a saludar con beneplácito este trabajo, que presenta un Manual de Acreditación

Hospitalaria a ser utilizado en nuestro medio.

El mérito es doble : Por un lado el impulsar una metodología que inicia la práctica de la evaluación de la atención médica, con escaso desarrollo en nuestro medio. Y por otra parte, el adaptar una metodología de acreditación hospitalaria a las instituciones de nuestro medio y no importarla de otros medios sin modificaciones.

Una vez aceptada y aplicada esta metodología, sería deseable completar las etapas de evaluación, en aquellas instituciones que se acrediten, realizando en ellas el control de calidad.

Si entendemos por tal, según Wenzel “el estudio de la distribución y de los factores determinantes de los servicios de salud deseables en los hospitales o consultorios” estamos vislumbrando uno de los campos de la Epidemiología en el área de la Administración de los Servicios de Salud.

Montevideo. 29 de agosto de 1995.

Nuevos enfoques en la Acreditación de Hospitales

Dr. Errol Pickering

Director General

Federación Internacional de Hospitales

En el presente artículo se proponen varios objetivos. Primero, la presentación de un panorama de la situación de acreditación de hospitales en todo el mundo. En segundo plano, la identificación del valor que tiene la acreditación de hospitales en los países en que se aplica. El tercer punto es la mención de los enfoques utilizados por los países para establecer normas y la forma en que administran sus programas de acreditación. Por último, la descripción de las estrategias utilizadas por los países para llevar a cabo los programas de acreditación de hospitales.

La perspectiva internacional

El programa de acreditación más avanzado es sin lugar a dudas el de los Estados Unidos de América. Este programa ha respondido a todos los desafíos que se le han planteado. A lo largo de los años, esos desafíos han provenido de los gobiernos y de la estructura interna de la Comisión Mixta de Acreditación de este país. Los diversos gobiernos han canalizado sus amenazas externas mediante la competencia de varios organismos de "acreditación". Sin embargo, debemos hacer notar que la fuerza de la Comisión Mixta le ha permitido combatir esas confrontaciones y ha podido ganarse un lugar de respeto a nivel nacional. Igualmente han habido

presiones desde la profesión médica organizada con respecto a algunas de las nuevas medidas tomadas por la Comisión. En relación a la Administración del Programa de Acreditación de Hospitales, también se ha expresado descontento en la Asociación Americana de Hospitales y en otras organizaciones de Juntas de Hospitales. Sin embargo, en la actualidad vemos que la Comisión Mixta sigue siendo la organización por excelencia en el campo de la acreditación de hospitales a pesar de que ésta, con el tiempo, ha sufrido transformaciones en su énfasis y métodos.-

Como todas las grandes organizaciones, la Comisión Mixta ha recibido la influencia de su entorno social. Una de las presiones proviene de los consumidores norteamericanos. El programa estadounidense es más abierto al público en cuanto al acceso a la encuesta y a la disponibilidad de los resultados de ella. Otras presiones derivan de los grupos de trabajadores, y ellas han causado considerable preocupación a la Comisión Mixta con respecto a la seguridad del trabajador y a la protección de su salud. Se han desarrollado y evaluado de manera rigurosa las nuevas normas con respecto al efecto de los hospitales sobre el medio externo. Es decir, en relación a los residuos y a la contaminación producida por los hospitales. Nuevamente, este es el resultado de amenazas por parte de los gobiernos y del carácter litigioso de la sociedad norteamericana.-

Sin embargo, quizás los mayores cambios sufridos por el sistema de los Estados Unidos han sido el resultado de nuevas actitudes hacia la calidad de la atención médica al paciente. Por lo tanto, vemos la puesta en práctica de normas relacionadas con el

fomento de la educación y el bienestar del paciente, a medida que los profesionales de salud empiezan a concentrarse en estos puntos. En otras palabras, la función del hospital para contribuir a la salud, no solamente de sus pacientes hospitalizados, sino también de aquellos pacientes que están en contacto con el hospital en algunas de sus instancias.-

Se pueden también ver cambios significativos en la Comisión Mixta con relación a los aspectos clínicos de sus normas. En el presente, se ha hecho énfasis en el resultado de las intervenciones clínicas, luego del descontento expresado por los profesionales clínicos en cuanto al procedimiento tradicional de garantía de calidad. La Comisión Mixta ha invertido grandes cantidades de dinero para la investigación de este nuevo enfoque. Lo que la Comisión está tratando de lograr es el establecimiento de criterios de resultados para algunos procedimientos clínicos que puedan medirse por estadísticas.-

En el presente, la acreditación de hospitales es una realidad bien asentada en Canadá y Australia. Desde su inicio en 1973, Australia ha visto un desarrollo similar en la acreditación de sus hospitales. Es decir, ambos programas que se asemejan en estructura y en métodos, se amplían continuamente con relación a las áreas que cubren del hospital y en cuanto al número de exigencias que se formulan mediante las normas dentro de cada servicio de un hospital. También vemos que los programas en los dos países están ampliando su función en el campo de la atención médica de largo plazo, a la rehabilitación y de la salud mental. Es interesante considerar las similitudes entre los programas de

acreditación de estos dos países. Estas derivan del hecho de que los sistemas de salud de ambos países son también muy similares. Es decir, ambos países tienen un programa nacional de seguro de salud administrado por el gobierno; sin embargo, permiten una flexibilidad considerable dentro de los hospitales.-

La razón de que Europa no esté al día en los sistemas de evaluación de normas es probablemente porque sus sistemas de salud difieren tanto de aquellos de América del Norte y Australia. Sin embargo, en la actualidad Gran Bretaña, los Países Bajos y Cataluña (España) han estado desarrollando sistemas de evaluación de normas en sus hospitales. En Gran Bretaña, el enfoque está más dirigido hacia una evaluación a nivel de organización. De hecho, el programa en Gran Bretaña se denomina "auditoría de organización". En Gran Bretaña el programa está todavía en su etapa inicial y aún no ha sido estructurado a nivel nacional. A pesar de ello, el programa ha sido acogido con gran entusiasmo en el ámbito de los hospitales. Pareciera que Gran Bretaña ha tomado la ruta de la evaluación de organización puesto que no ha podido lograr el apoyo total de la profesión médica organizada del país. A medida que se adquiere experiencia en este sistema piloto, se espera que cambien los puntos de vista. En los Países Bajos se han presentado varios modelos al gobierno para la acreditación de hospitales. De gran interés fue uno que provino del sector privado. El gobierno y las autoridades de hospitales en los Países Bajos aún discuten qué dirección deben tomar. Sin embargo, han establecido un programa nacional que trata específicamente la garantía de calidad. Esto se realiza a través de un centro de recursos para aquellos hospitales interesados en el desarrollo de programas de

garantía de calidad. Se espera que estas dos actividades nuevas, la de acreditación de hospitales y la de garantía de calidad, se una en un futuro próximo para reformar el sistema de salud de los Países Bajos.-

Se puede decir que en Cataluña, la garantía de calidad tiene una importancia mayor a la de los programas generales de acreditación de hospitales.-

En Asia, también, se ha experimentado cierto desarrollo en esta área. En Corea del Sur existe un programa de acreditación de hospitales totalmente establecido aunque en el presente solamente lo utilizan los hospitales principales. Sin embargo, hoy están logrando un cierto perfeccionamiento y esperan poder incluir en el futuro a los hospitales no docentes y a los hospitales regionales. Este es un programa que no está patrocinado por el gobierno, pero que tiene el apoyo de las autoridades locales.-

Igualmente se han visto algunos desarrollos en la India donde se han publicado normas para hospitales modelo para su consideración por los profesionales de la salud en todo el país. Además, se espera realizar una especie de encuesta nacional para hospitales mediante un cuestionario que sería distribuido por correo a todos los hospitales de la India. Esto podría ser una buena alternativa en un país tan extenso, diverso y pobre como es la India.-

Hasta la fecha, Japón no tiene un programa establecido de evaluación nacional. Sin embargo, este país ha estado experimentando con el concepto de "círculos de calidad". Es

interesante notar que la cultura de un país ejerce cierta influencia sobre el tipo de evaluación de atención médica de mayor factibilidad. En muchos países asiáticos se considera gravísima la crítica por parte de profesionales occidentales. Esto significa que los sistemas de arbitraje y la evaluación de la calidad externa resultan problemáticas. Por lo tanto, observamos que este concepto de "círculos de calidad", según el cual se lleva a cabo un proceso más discreto para evaluar la calidad en ciertas áreas de la atención médica en una institución, es más aceptable.-

Hasta hace poco, la calidad de la atención médica al paciente se consideraba como un asunto de segunda importancia. En muchos países, la calidad se está transformando en el centro de atención de los gobiernos y de los países. Existe un consenso general en cuanto a que si la atención médica es tan costosa, esta debe ser de la más alta calidad.-

Una base para el establecimiento de normas

Podría ser de gran utilidad revisar los enfoques exitosos para la fijación de normas aplicadas en estos países. Quizás lo que más resalta del establecimiento de programas en otros países es que inicialmente las normas deben ser simples. Además, se ha comprobado que las normas deben abarcar todas las áreas del hospital. Es de gran importancia que ninguna profesión en particular sienta que constituye el núcleo para la fijación de las normas. Esto es particularmente importante con respecto a la profesión médica y al personal de enfermería. Si no se adopta este enfoque, rápidamente

se empiezan a notar paranoias en el ámbito profesional.-

La otra característica de los programas exitosos de fijación de normas, es que se concentraron, al menos inicialmente, en torno a las áreas con problemas particulares. Por medio de la identificación de los problemas y de la formulación de normas es posible que los profesionales de salud acepten con mayor facilidad cumplir con las normas establecidas. Es decir, que entiendan la necesidad del uso de las normas.-

Cuando cada país establece sus normas para acreditación o para otros fines, se sienten únicos. Es decir, no quieren aceptar que las normas de otros países también pueden ser apropiadas. Por supuesto, esto deriva de la naturaleza humana; pero, lamentablemente es también una actitud absurda. En la actualidad, si nos detenemos a observar las normas publicadas en los Estados Unidos, Canadá, Australia y Gran Bretaña, descubriremos que los modelos de cada país se asemejan extraordinariamente. Por lo tanto, cuando un país considere el establecimiento de un programa de acreditación de hospitales debe reconocer estos hechos y no tratar de "reinventar la rueda". No sugiero que los países adopten las normas en su totalidad, pero sí que utilicen las normas fundamentales y luego de haberlos enmendado, adaptarlas a los sistemas de salud de cada país.-

Otro de los elementos esenciales en el desarrollo de los programas de fijación de normas es que deben realizarse consultas a gran escala. Es decir, todas las organizaciones profesionales de salud deben participar activamente en el desarrollo y aceptación de

las normas. Esto se refiere tanto a las asociaciones médicas y de enfermería, como al conjunto de asociaciones de profesionales de la salud en todo el país. También es cierto que, en los países donde el sistema de salud es esencialmente privado, debe haber participación continua de los servicios del gobierno en el desarrollo de las normas. Hay pocas posibilidades de que el programa tenga éxito si no se obtiene un consenso nacional sobre las normas requeridas para la acreditación.-

Los mecanismos de la acreditación de hospitales

Mucho puede aprenderse a través del estudio de otras estructuras de los organismos de acreditación alrededor del mundo. Cabe destacar que el gobierno de los Estados Unidos no tiene representación en la Comisión Mixta. Esto también ocurre en el caso de Canadá; sin embargo Australia tiene representación federal y gubernamental; no obstante, la representación es minoritaria y no podrían controlar en ese país las políticas del consejo de normas de los hospitales. A diferencia de la experiencia norteamericana, el sistema australiano nunca ha sido antagonizado por el gobierno. Es decir, el gobierno nunca ha llevado a cabo programas de inspección para competir con las actividades del Consejo Australiano de Normas de Hospitales. Creo que éste es el resultado de un gobierno representado en el consejo y de un gobierno que ha aprendido a confiar en el criterio y en el rigor de la junta directiva del programa australiano.-

Además, resulta evidente que es importante una nutri-

da representación de los grupos profesionales de la salud. Obviamente, en la actualidad existen tantas profesiones relacionadas con la salud que no todas pueden estar representadas. En el modelo australiano los profesionales de la salud y afines han estado representados por un personero del consejo nacional de profesionales de las diversas profesiones de la salud y afines. También creo que, a pesar de que ha existido cierta resistencia profesional a ello desde el principio, debe haber un representante del sector de los consumidores para asegurar la credibilidad de cualquier programa de acreditación.-

Se ha observado en los países con consejos nacionales de acreditación respetables, que estos organismos se han vuelto muy influyentes. Esto no solo se refiere al programa de acreditación, sino que también se relaciona con el hecho de que los grupos profesionales casi siempre nombran a la persona más destacada de su profesión para representarlos. El consejo puede ser influyente en las deliberaciones relacionadas con políticas de la salud sostenidas con el gobierno y otros organismos. En otras palabras, se transforman en cierto sentido en la "Corte Suprema" de los servicios de salud de un país.-

Otro debate internacional de relevancia en cuanto a la acreditación de hospitales es si ésta debe ser voluntaria o impuesta por el gobierno u otro organismo. Tenemos el caso de que los tres programas principales en el mundo son voluntarios o por lo menos lo son superficialmente. A pesar de que la Comisión Mixta de los Estados Unidos indica que su sistema es totalmente voluntario, los fundamentos de esta declaración son mucho más complejos.

De hecho, en los Estados Unidos para poder obtener fondos para pacientes en los programas de Seguridad Social "Medicare" y "Medicaid" es necesario que los hospitales estén acreditados. En muchos hospitales, los pacientes subsidiados por el gobierno representan aproximadamente el 50% de la fuente de ingresos de los hospitales. Por ende, puede deducirse que el programa norteamericano de acreditación de hospitales ofrece grandes incentivos de participación. En Australia también podemos observar lo mismo, a pesar de que no existen requisitos formales para que los hospitales participen en estos programas, en general los hospitales acreditados del sector privado reciben un pequeño ingreso adicional de los organismos de seguro médicos privados. Es decir, se ha incluido un incentivo de importancia en los hospitales del sector privado en Australia.-

Las experiencias de varios programas en el mundo demuestran que éstos deben ser inicialmente voluntarios y que su administración no debe estar en manos del gobierno. La autoridad gubernamental transformaría estos programas en inspecciones y las visitas no serían consideradas como un apoyo, ni didácticas. Es fundamental que se considere que estos programas cumplen el cometido de mejorar la calidad de la atención médica.-

Otro tema que requiere estudio, debido a las diferencias que existen en los modelos de acreditación actuales, se refiere a las encuestas mismas. En los Estados Unidos la Comisión Mixta utiliza encuestadores a sueldo. Estos generalmente son personas jubiladas de la profesión médica, de enfermería o que formaban parte de la administración de la atención médica. La Comisión

Mixta considera que dichas personas ofrecen la ventaja de tener mejor entrenamiento y experiencia ya que la encuesta pasa a ser el único trabajo que ellos hacen. La otra ventaja es que estos encuestadores también están a la disponibilidad de la Comisión Mixta para cumplir largos periodos de entrenamiento.-

Sin embargo, en Canadá y Australia esta tarea la hacen los voluntarios. Estos voluntarios provienen del ámbito de los hospitales y en su mayoría son profesionales de la atención médica que aún practican su profesión. En Canadá, los encuestadores reciben una paga módica, pero en Australia por lo general ese no es el caso. En Australia los encuestadores son nombrados por sus propios grupos profesionales. Por ejemplo, la Federación Australiana de Enfermeras designa enfermeras encuestadoras. La Asociación Médica Australiana nombra encuestadores médicos, mientras que los encuestadores de la administración de hospitales son designados por el Colegio Australiano de Ejecutivos en Salud Social. Este enfoque presenta un mecanismo de sistemas de arbitraje entre encuestadores. Una vez más, creo que este sistema ofrece ventajas sobre los de Canadá y Estados Unidos ya que aumentan el valor profesional del programa.-

En los programas norteamericano, canadiense y australiano se destaca un problema en común que es la tarea práctica de los encuestadores de anotar la información y hacerla revisar por el comité de evaluación con el fin de otorgar la acreditación. En cada país, esta tarea ha causado grandes retrasos. En algunos casos litigiosos el tiempo de demora entre la encuesta y la notificación final al hospital puede tomar hasta seis meses.-

Para aquellos países interesados en desarrollar un programa de acreditación se recomienda consideren cuidadosamente la estructura organizativa de cualquier programa. Es de importancia fundamental que la junta directiva del programa de acreditación sea altamente respetada.

Justificación de la acreditación

Desde el punto de vista internacional es posible observar experiencias y beneficios logrados por medio de los programas de acreditación.-

Una de las observaciones más importantes es que el impacto de los programas de garantía de calidad es absolutamente insignificante en un país donde no existen programas de acreditación. Es decir, aquellos hospitales que ya tienen interés en la calidad de los servicios prestados desarrollarán cierta actividad en el campo de la garantía de calidad. Sin embargo, aquellos hospitales que más lo necesitan no podrán participar en el sistema. Podemos observar que es esencial que un programa nacional de acreditación incluya a todos los hospitales del país, y como parte del proceso de encuesta, elegir que se implemente un mecanismo de garantía de calidad.-

También hemos sabido de otros países que la ventaja más importante de los programas de acreditación de hospitales no deriva de la encuesta misma, sino que del periodo preparatorio y del periodo posterior a la encuesta. Es decir, se desarrolla una dimensión totalmente nueva en el hospital que resulta en

autoevaluación y en una rigurosa revisión interna. Esto a su vez determina un progreso extraordinario en cuanto a la comunicación entre los departamentos de los hospitales que luchan por mejorar el trabajo en equipo del personal del hospital con respecto a los pacientes.-

Además, estos programas suscitan dudas que los hospitales no están dispuestos a enfrentar. Por supuesto, estas situaciones guardan relación con la disciplina de los profesionales médicos. Muchas veces nos encontramos ante hospitales que durante muchos años toleran a profesionales médicos dedicados a prácticas peligrosas porque temen la confrontación. Sin embargo, los programas de acreditación de hospitales obligan a los hospitales a tomar una determinación.

Es por esta razón que los programas de acreditación de hospitales exigen que dentro de cada hospital haya un comité en ejercicio y actividades del grupo profesional. Esto implica que los profesionales médicos que han usado el hospital solo como taller deben empezar a demostrar responsabilidad organizativa hacia el hospital. En otras palabras, se produce un renovado interés por parte del gremio profesional hacia el hospital y la calidad de la atención médica que brinda.-

Un hallazgo común en cuanto a los programas de acreditación de hospitales ha sido que estos mejoran la moral y la camaradería en el personal. Trabajar en un hospital acreditado y participar en las actividades relacionadas con las encuestas de acreditación crea una enorme motivación en el personal. El personal siente que está trabajando para lograr un objetivo moral alto, es

decir, proveer de atención médica de alta calidad al paciente.

Estos programas también elevan el nivel de los debates sobre salud dentro del país y sobre las políticas de los sistemas dentro de los hospitales. Es decir, ocurre una acumulación de información indicando los éxitos y fracasos dentro del sistema hospitalario del país. Esta acumulación de información también puede ser de gran utilidad en el campo de la investigación de los servicios de salud. Además, puede decirse que los programas de acreditación tienen beneficios epistemológicos. Es decir, los programas contribuyen a la difusión del conocimiento dentro del país con respecto a ideas positivas sobre la práctica clínica y su gestión.-

También hay coincidencia de opiniones sobre la ventaja fundamental de estos programas. En un mundo donde, tanto la prensa como algunos miembros de la opinión pública, quisieran denigrar el trabajo de los hospitales y de los servicios del profesional, los programas de acreditación de hospitales demuestran a la comunidad y al gobierno que estamos preocupados por la calidad de nuestras instituciones y por nuestro trabajo profesional. Los programas de acreditación de hospitales son una proclamación pública de que, a nosotros, a quienes formamos parte de los servicios de salud, nos preocupa la calidad de los servicios que prestamos.-

Estrategias para la ejecución

Aquellos países interesados en emular a otros países en cuanto a la presentación de programas de acreditación avanza-

dos, deben tener en cuenta que la acreditación de hospitales es un asunto político. Esto es cierto, tanto a nivel de la profesión médica como a nivel nacional. Por lo tanto, es esencial tratar de que las profesiones obtengan el apoyo de personalidades gubernamentales y de partidos políticos para que la instauración de los programas sea reconocida como una fuerza impulsora de ventajas. Sin embargo, debemos reconocer que dichos programas no pueden ser establecidos sin que se genere algún tipo de conflicto. Alguien dijo una vez "Todos están a favor del progreso, son los cambios los que odian". Ciertamente, esta analogía resulta apropiada con respecto al cumplimiento de los programas de acreditación.-

A su vez, esto guarda relación en el hecho de que la ejecución de un programa de acreditación debe ser percibida también como un proceso psicológico. Inicialmente habrá un poco de temor por parte de los profesionales médicos. Es importante que el programa tenga un tono didáctico y no de inspección. No obstante, puede sacarse provecho de que los programas sean un proceso psicológico. Es decir, cuando a un hospital se le otorga la acreditación, la presentación de los certificados debe tener carácter público y debe constituir un homenaje. Es decir, debería haber un sentido personal de logro en la obtención de la acreditación para el hospital.-

Este enfoque puede ampliarse para que el hospital use el esfuerzo de acreditación como una actividad de relaciones públicas. Es decir, no hay ningún problema en que los hospitales, que han trabajado arduamente para obtener la acreditación, busquen apoyo de la comunidad para esta tarea. De la misma forma,

el uso de la prensa podría motivar que otros hospitales emprendan el mismo camino. Si el proceso de acreditación de un hospital recibe cobertura mediante los medios de comunicación obviamente otros hospitales querrán participar en un programa similar. -

Conclusión

La situación económica del sector de la atención médica en países de América Latina y el Caribe es seria; sin embargo, estos programas pueden ser llevados a cabo con una infraestructura nacional muy pequeña. En Australia la población alcanza aproximadamente a 17 millones de habitantes y existen alrededor de mil hospitales en el país. El personal del programa de acreditación en Australia consiste en solo ocho personas, incluyendo al personal de secretaría. En Australia las encuestas se llevan a cabo una vez cada tres años, los honorarios para realizar la encuesta son equivalentes a un tercio del sueldo de un empleado de mantenimiento de hospitales. Por lo tanto, el costo no debería ser un factor disuasivo para el establecimiento de estos programas. -

Lo que se requiere es **liderazgo** para iniciar esos programas. Si se observa la historia de la acreditación en los Estados Unidos, Canadá y Australia, descubrirán que solo una o dos persona lograron transformar un debate filosófico en una realidad. Alguien debe avanzar llevando en las manos la antorcha de la calidad. ¿Se encuentra aquí ese líder? Quienes están interesados en el establecimiento de programas nacionales de evaluación de normas para hospitales de América Latina y el Caribe deben dar el primer paso!

Manual de Acreditación

Marco Conceptual

Un factor importante para el funcionamiento de una organización es la calidad de sus productos y servicios. Existe una tendencia mundial, por parte de los consumidores, hacia expectativas más exigentes en relación con la calidad. Junto con esta tendencia ha habido una creciente toma de conciencia, en el sentido de que para el logro y mantenimiento de buenos rendimientos económicos es necesario un continuo mejoramiento de la calidad.

La mayor parte de las organizaciones, cualquiera sea su naturaleza, ofrecen un producto o servicio con el propósito de satisfacer las necesidades o requisitos de los usuarios.

El sistema de calidad de una organización está influenciado por los objetivos de la misma, por sus productos o servicios y por sus propias prácticas; y por consiguiente, el sistema de calidad varía de una organización a otra.

Se han tomado de las normas UNIT-ISO 9000 algunas definiciones que se consideran importantes:

CALIDAD:

Es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio, que le confiere la aptitud para satisfacer necesidades expresas o implícitas.-

POLITICA DE CALIDAD :

Son las orientaciones y objetivos generales de una organización en relación con la calidad, expresados formalmente por el mayor nivel de decisión.

GESTION DE CALIDAD :

Es aquel aspecto de la gestión general de una organización que define y aplica la política de calidad. Incluye la planificación estratégica, la asignación de recursos y la evaluación, entre otras.

SISTEMA DE CALIDAD :

Es la estructura organizacional, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para aplicar la gestión de calidad.

CONTROL DE CALIDAD :

Incluye técnicas y actividades operacionales destinadas a mantener bajo control un proceso y eliminar las causas que generan comportamientos insatisfactorios en etapas importantes del ciclo de la calidad.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD :

Son todas aquellas acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio satisface los requisitos de calidad establecidos.

Estas definiciones, aunque muy genéricas, se encuadran perfectamente en el marco conceptual vinculado con el área de la salud. Tal es así que en una publicación de la Organización Mundial de la Salud se definió el término "garantía de calidad" como un subprograma que garantiza que cada paciente reciba atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para

alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el régimen terapéutico asociado. Para ello, se utilizará un mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de lesiones adicionales o incapacidades debidas al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción de los servicios recibidos, independientemente de si el nivel institucional de atención es primario, secundario o terciario en un sistema de salud. (Novaes, 1992).

En este sentido, se aclara, que para el desarrollo eficaz de programas de garantía de calidad se necesitarían las siguientes variables :

- a) calidad técnica de los profesionales;
- b) uso eficiente de los recursos;
- c) reducción al mínimo del riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos;
- d) satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y acceso a los servicios de salud; y
- e) un sistema de salud en el que los servicios intra y extrahospitalarios estén coordinados e integrados.

No hay duda que hasta el momento no hay un método único o mejor para evaluar la atención de la salud en términos absolutos. Para la evaluación de la capacidad técnica se utiliza la Historia Clínica; para la interacción médico-paciente o institución-paciente se utilizan la observación o las encuestas, como ejemplos.

La evaluación de la estructura es siempre más fácil, rápida y objetiva, ya sea del personal, los suministros e incluso aspectos gerenciales. Ella por perfecta que sea no garantiza la calidad.

La evaluación del proceso de atención médica, tiene por base la revisión de la historia Clínica y/o observación directa de los procedimientos, así como otras variables vinculadas con grado de utilización de servicios, etc.

Por último la evaluación de resultados es el objetivo final de los programas de calidad que también puede llegar a incluir la evaluación de los impactos de la asistencia de la salud en las poblaciones.

Por tal motivo, para iniciar un proceso hacia el logro de este objetivo es necesario actuar sobre el modelo prestador con instrumentos que regulen y garanticen la calidad de atención, entendiéndose que, con este hecho se contribuirá a mejorar la eficiencia global del sistema con el consiguiente beneficio para la población. Para tal efecto y en una primera instancia sería necesario limitarse a los procedimientos de evaluación de los establecimientos públicos y privados, a través de :

ACREDITACION : Procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción.

CATEGORIZACION : Es la clasificación de los efectores ambulatorios y de internación de acuerdo con el criterio que se adopte (complejidad, riesgos de atención u otros) que permite definir niveles, concentrando actividades, clasificando las presta-

ciones de acuerdo con la viabilidad de su realización según tipo de establecimientos y permitiendo configurar en el futuro una red de servicios de salud.

HABILITACION : Es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria o quien ella delegue, que se efectúa habitualmente por una vez, previo a la puesta en funcionamiento del efector y define las condiciones mínimas estructurales que deben poseer dichos establecimientos.

PROGRAMAS DE AUTOEVALUACION : Estos métodos tienen en común el hecho de definirse contra criterios explícitos y aceptables de desempeño, que son comparados con la atención ofrecida.

La implementación total o progresiva de los métodos mencionados debe responder al desarrollo de una estrategia nacional, regional o local.

Así la **Habilitación** sería el paso inicial para la puesta en marcha de un establecimiento de salud; la **Categorización** clasifica de acuerdo con la complejidad determinando la constitución de redes de establecimientos; y la **Acreditación** conduce a la elevación progresiva del nivel de calidad de la atención institucional.

Instructivo para el empleo e interpretación del manual

El grupo que trabajó en esta primera corrección del manual, lo considera como un instrumento actual para el autoanálisis de cada una de las instituciones que integran el sistema de salud uruguayo, a efectos de promover, entre otros instrumentos, el uso racional de los recursos disponibles y crear una cultura que induzca a mejorar y generar un proceso de sensibilización de todos los actores.

Internamente el análisis de cada servicio permite la interrelación entre ellos, y el esfuerzo por alcanzar los estándares mínimos en su totalidad tiende a ubicar a la institución en el contexto local, regional y general del país e incluso de la Región.

El instrumento está destinado a instituciones públicas y privadas, grandes o pequeñas, y deberá ser usado por directores técnicos o administrativos, jefaturas de servicios médicos y no médicos, y los resultados deberán ser analizados en el marco de los indicadores de desempeño que tradicionalmente las instituciones manejan.

No se pretende en esta primera etapa realizar una acreditación formal, sino ir desencadenando en forma gradual la necesidad de exponerse a este instrumento de análisis a efectos de empezar el cambio elemental de hacer lo mismo pero mejor.

Concretamente, en este manual, la propuesta metodológica está basada en un enfoque sistémico, tratando de integrar en las normas aquellas acciones que resulten determinantes

en cada proceso.

La formulación de estándares se desarrolla desde un nivel 1 hasta un máximo de 4, correspondiendo la categoría mayor al escenario de máxima aspiración, y el nivel 1 al mínimo aceptable que debe ser alcanzado por todos los servicios para garantizar **calidad institucional.**

No se describen la totalidad de las condiciones de calidad requeridas, sino que se orienta a analizar algunos indicadores representativos de los servicios evaluados.

Se ha destacado expresamente el capítulo de relacionamiento con el usuario tratando de estimular a la aplicación de instrumentos que evalúen satisfacción, información y trato del paciente y su familia. Así mismo se ha profundizado en el capítulo de seguridad, entendiendo también a esta como elemento fundamental que contribuye a garantizar calidad para usuarios y personal.

Seguidamente se abordan los cuatro capítulos en los que se definen los estándares mínimos de las áreas respectivas :

- I.- Relacionamiento con el usuario.
- II.- Organización de la atención médica.
- III.- Áreas técnicas y de apoyo.
- IV.- Seguridad e instalaciones físicas.

Estandares Mínimos Obligatorios

(por servicio)

I. RELACIONAMIENTO CON LOS USUARIOS

Nivel 1: Existe en lugar fácilmente visible y accesible, libro y/o urna en la que el usuario pueda dejar sus sugerencias. Existe asimismo un instructivo claro en el que se explica al usuario la finalidad de los elementos señalados.-

Verificar la existencia de los elementos señalados. Verificar que las sugerencias son estudiadas por autoridad competente, y que se da respuesta a los usuarios.-

Nivel 2: Realiza en forma esporádica (una vez al año como mínimo) encuesta de opinión entre los usuarios, a efectos de determinar el grado de satisfacción de los mismos, por la atención que se le brinda. La encuesta debe incluir como mínimo dos de los tres siguientes aspectos:

- Confort
- Información al usuario
- Trato recibido del personal técnico y no técnico

Solicitar los formularios de encuestas realizadas, así como los resultados obtenidos.

Nivel 3: Cuenta con una estructura orgánica dedicada al tema de calidad y satisfacción del usuario.-

Solicitar listado del personal dedicado específicamente a esta función. Solicitar los formularios de encuestas realizadas, así como los resultados obtenidos.-

II. ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA

II.1 Continuidad de la atención médica

Nivel 1: Posee una dirección médica que conduce la atención y asume su responsabilidad, así como su supervisión. La continuidad está basada en profesionales específicamente encargados del seguimiento de los internados, con recorrida diaria de sala.

Un profesional ejerce la conducción de la atención médica, supervisa las decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento y asume la responsabilidad final de las conductas médicas adoptadas. El establecimiento cuenta con médicos de guardia, las 24 horas del día, todos los días, y éstos tienen la responsabilidad del cuidado de los pacientes en situaciones emergentes, cuando no hay otro personal médico en la institución.

Interrogar al responsable médico, acerca de la modalidad mediante la cual se garantiza la continuidad del cuidado médico, cuando el médico de cabecera de cada paciente no se encuentra presente.

Solicitar en la oficina de personal el listado de médicos de guardia, con su distribución por día y horario; verificar en cada caso el registro de los títulos habilitantes. En cada ala, "peine", piso o sector, existen profesionales a tiempo parcial que se ocupan del seguimiento de los pacientes internados, además de los médicos de la guardia de emergencias y del servicio de terapia intensiva. Estos profesionales recorren todas las camas diariamente y actualizan las decisiones. Se solicitará

al responsable médico, el horario en que se realizan estas recorridas y se verificará su cumplimiento a través de la historia clínica.

Nivel 2: Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento, por el que se canalizan todas las indicaciones de los especialistas.

Cada paciente tiene asignado un médico clínico, sea residente o titular, y todas las indicaciones de los especialistas se canalizan a través de ellos. Si los médicos de cabecera son residentes deberán tener una supervisión permanente, si son titulares dependerán de una jefatura de Clínica Médica.

Interrogar al responsable médico sobre la aplicación de esta modalidad, así como a los médicos de cabecera sobre el grado de respeto que se tiene a esta norma en las actividades cotidianas.

Nivel 3: El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.

Por lo menos una vez por semana, el cuerpo médico, en forma plenaria o por sectores, se reúne en una sesión clínica para discutir los casos de mayor relevancia.

Interrogar al responsable de la organización de dichas reuniones sobre la modalidad de funcionamiento y de selección de los casos. Observar en las historias clínicas de los pacientes internados, que hayan sido discutidos en ateneo, si se han consignado las decisiones adoptadas en el mismo.

II.2 Derivaciones o referencia

Nivel 1: Se dispone de normas acerca de los establecimientos de mayor complejidad a los que se deben derivar los casos que exceden su capacidad resolutive. Tiene mecanismos de derivación hacia establecimientos de menor complejidad, de los casos que han superado la etapa crítica, a efectos de no saturar su disponibilidad de camas.

Los pacientes cubiertos por alguna entidad financiadora cuentan habitualmente con un listado de servicios contratados a los que deben ser derivados para efectuar estudios especializados de diagnóstico o prestaciones de mayor complejidad, que la existente en el establecimiento donde son atendidos. Cuando esto no ocurre, el servicio de Urgencias debe tener indicaciones precisas acerca de los establecimientos a los que deben derivarse las distintas necesidades que puedan surgir en una guardia. Interrogar al respecto al médico de guardia y verificar que el listado de centros de referencia se encuentre fácilmente accesible. Dicho listado deberá prever por lo menos un hospital polivalente más complejo, servicios de Neonatología, Neurocirugía, Traumatología, Oftalmología y Terapia Intensiva. El o los médicos de sala disponen de un listado de establecimientos de menor grado de riesgo ubicados en la área de influencia, hacia donde deberán derivarse los casos de recuperados que residen en zonas suburbanas o rurales. Dichos establecimientos mantienen comunicación fluida con el de referencia, por contactos entre médicos, teléfono, radio o cercanía.

Nivel 2: Tiene previsto un medio de transporte propio o contratado que idealmente contará con los siguientes elementos:

- asistencia médica
- equipamiento para medicina crítica
- incubadora de transporte

También, según el caso lo requiera debe tener indicaciones precisas acerca de los medios de traslado de pacientes a otros establecimientos. Deberá interrogarse, también al médico de guardia y verificar la existencia accesible del listado. Averiguar, por otra parte, mediante una consulta telefónica, si las empresas consignadas cuentan efectivamente con los servicios que ofrecen.

Nivel 3: Existen normas escritas para la atención inicial y durante el traslado, de los principales síndromes agudos graves, así como una discriminación de establecimientos de referencia según la patología que se debe derivar.

Las normas deberán contener las indicaciones iniciales de diagnóstico y tratamiento, así como la forma más adecuada de traslado, para por los menos los siguientes síndromes clínicos:

- insuficiencia respiratoria aguda grave: síndrome laríngeo, neumotórax hipertensivo;
- insuficiencia circulatoria aguda grave: edema agudo de

pulmón, embolia de pulmón, arritmia aguda grave, shock;

-insuficiencia suprarrenal aguda;

-síndrome psiquiátrico agudo grave: delirium tremens, esquizofrenia aguda;

-pancreatitis aguda, hemorragia digestiva, abdomen agudo;

-neurológicos agudos: accidentes cerebro vasculares, crisis epilépticas subintrantes;

Dichas normas deberán estar fácilmente accesibles, al alcance del médico de guardia y deberán prever las medidas necesarias en cada síndrome, para hacer el diagnóstico diferencial inicial y los primeros auxilios terapéuticos, que posibiliten el traslado del paciente. Asimismo, deberá indicarse el lugar más conveniente para derivar cada tipo de patología.

Nivel 4: Existe un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas.

A través de la dirección médica o del Servicio Social se efectúa seguimiento de los pacientes que han sido derivados. Asimismo se evalúa si la orientación diagnóstica y la conducta terapéutica del establecimiento de referencia, ratifican las del

que originó la derivación, lo cual es registrado en la respectiva historia clínica. Interrogar al respecto al responsable médico, al Servicio Social y observar las historias clínicas de las diez últimas derivaciones.

II.3 Consultorios externos

Nivel 1: En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día; en el resto el tiempo de espera no es mayor de siete días.

Verificar en las planillas de programación de turnos, los espacios reservados para otorgar turnos en el día y ver qué especialidades están previstas; por otra parte, determinar en las demás especialidades el tiempo de espera previsto para los pacientes de primera vez. La disponibilidad de turnos en el día deberá encontrarse por lo menos en Clínica Médica, Cirugía General, Toco-Ginecología y Pediatría.

Nivel 2: Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y cirugía ambulatoria.

Existen médicos de las especialidades que correspondan al nivel asignado y cuentan con los elementos para efectuar las prácticas diagnósticas y terapéuticas más frecuentes, así como con la infraestructura de apoyo para realizar intervenciones quirúrgicas ambulatorias.

Interrogar a los especialistas sobre la factibilidad de las prácticas y operaciones más frecuentes.

Nivel 3: El sector cuenta con enfermeras exclusivas.

Verificar en la oficina de Personal y en la jefatura de enfermería, si está prevista la asignación de enfermeras, con exclusiva dedicación a la atención de consultorios externos, durante todos los turnos. La exclusividad se refiere al horario de funcionamiento de los consultorios, fuera del mismo el personal podrá estar asignado a otras tareas.

Nivel 4: Los turnos están programados en base a pautas fijadas por los profesionales. Se pueden reservar turnos telefónicamente.

El personal encargado de la programación de los turnos cuenta con instrucciones de cada especialidad, sobre la frecuencia, duración y distribución de las consultas.

Interrogar al personal sobre los números disponibles para efectuar las reservas telefónicas y por qué medios de difusión se dan a conocer.

II.4 Urgencias

Nivel 1: Cuenta con un médico en guardia interna las 24 horas, funcionando con un local y enfermería de uso exclusivo y apoyo de Radiología, Laboratorio y Hemoterapia.

Solicitar en la oficina de Personal el listado de médicos y enfermeras asignados al sector y su distribución adecuada para cubrir las 24 horas, todos los días de la semana. Verificar el registro de los títulos de todos los médicos. El local destinado a la guardia de urgencias no deberá utilizarse para otras tareas y deberá disponer de los elementos necesarios para cumplir su función: camillas, instrumental para suturas y curaciones, medicamentos para emergencias.

Nivel 2: Cuenta con las siguientes especialidades a distancia, de llamada o en guardia de retén: Clínica Médica, Cirugía General, Toco-Ginecología y Pediatría. Cuenta con una Unidad de Reanimación, atendida por personal de la Guardia de Urgencias.

Solicitar el listado de profesionales de estas especialidades para cada día de la semana. Verificar la presencia accesible de dicho listado en la guardia. La Unidad de Reanimación es un área destinada a la reanimación de pacientes con riesgo inminente de muerte, que cuenta con recursos humanos e instrumental como para permitir la supervivencia inmediata del paciente hasta que pueda ser evacuado a un servicio de Terapia Intensiva. La Unidad de Reanimación debe contar con medicamentos y materiales descartables adecuados, monitor hemodinámico, desfibrilador, electrocardiógrafo, respirador y marcapasos transitorio interno; dispondrá además de oxígeno, aire comprimido y aspiración.

Nivel 3: Por lo menos tres de las especialidades básicas están organizadas en guardia interna las 24 horas.

Verificar el listado de profesionales correspondiente y su distribución. Constatar que dispongan de facilidades para el descanso nocturno en habitaciones que no se utilicen para pacientes.

Nivel 4: Tiene por lo menos otras dos especialidades más en guardia de retén las 24 horas, con acceso al equipamiento del servicio correspondiente.

Verificar el listado de profesionales correspondientes y su distribución. Verificar que en el llavero general se encuentren las llaves de los servicios respectivos y que sean accesibles al personal de guardia. Verificar que los teléfonos registrados posibiliten rápidamente el contacto con los especialistas en guardia de retén.

II.5 Laboratorio de análisis clínicos

Para considerar que el laboratorio forma parte del establecimiento evaluado, independientemente de quién posea la titularidad patrimonial del equipamiento, deberá estar ubicado en el mismo edificio o a una distancia que se pueda recorrer ida o vuelta a pie en menos de 15 minutos. Existe una relación formal entre el laboratorio y el establecimiento. Los estudios que se listan en los anexos son de orientación.

Nivel 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A y cuenta con técnico y/o médico

