

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 resolutoria. 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

laboratorista o químico especializado en laboratorio en guardia de retén las 24 horas.

Sin delegar significa que todas las fases de la determinación se realizan en el propio laboratorio. Constatar la existencia de los reactivos necesarios para efectuarlas, sus fechas de vencimiento y evaluar su consumo mediante las respectivas facturas de compra; el consumo deberá coincidir razonablemente con las estadísticas de producción. Verificar el listado de técnicos y/o médicos o químicos en guardia de retén, así como la eficacia del sistema de comunicación, para permitir la llegada del responsable al laboratorio en menos de quince minutos.

Nivel 2: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, antibiogramas por discos e identificación bioquímica de gérmenes. El responsable del servicio efectúa el control de la calidad resolutive de las determinaciones, a través de la supervisión de los procedimientos empleados y de la instrucción permanente del personal a cargo.

Verificar la existencia de discos de antibiograma y de informes efectuados con anterioridad. Verificar la existencia de estufa de cultivo, distintos medios de cultivos y material de vidriería adecuado. Interrogar al responsable del servicio y al personal, sobre las medidas adoptadas para controlar la calidad de las determinaciones. Verificar si se encuentran manuales disponibles sobre procedimientos bioquímicos, si se efectúan reuniones de personal para discutirlos y con qué frecuencia el responsable supervisa personalmente los pasos de las determi-

naciones.

Nivel 3: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, gases en sangre y antibiogramas cualitativos y semicuantitativos. Cuenta con técnicos y/o médico laboratorista o químico especializado en laboratorio, en guardia interna las 24 horas. El control de la calidad resolutive de las determinaciones está a cargo del responsable del servicio por muestras-testigo periódicas.

Verificar la presencia del técnico y/o médico o químico en guardia interna, así como el listado de personal de guardia previsto para cada día. Constatar la disponibilidad de facilidades para su descanso, en habitaciones que no se utilicen para la internación de pacientes. Verificar la existencia de peachimetro, equipos para pO₂ y pCO₂, con electrodos utilizables y cargas de gas disponibles. Interrogar al responsable sobre la frecuencia con que realiza los controles con muestras-testigo, el origen de dichas muestras, qué determinaciones se verifican y dónde se tabulan los resultados. Observar el registro de los controles efectuados en los tres últimos meses.

Nivel 4: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo B. Está adherido a un programa externo de control de calidad.

Verificar la existencia de aparatos de alta tecnología.

La presencia de técnicas por RIA, debe verificar la existencia de : contador manual de tipo "pozo" o contador de centelleo automatizado, contenedores de radioisótopos , así como "bunker"

para su depósito. Comparar, a través de las facturas de compras de radioisótopos, el consumo con las estadísticas de producción. Solicitar la constancia de habilitación para el uso de material radioactivo, emitida por la Comisión Nacional de Energía Atómica. Observar el certificado de inscripción en el programa de control de calidad. Interrogar al responsable sobre la frecuencia de muestras recibidas, determinaciones y comunicación de las observaciones. Verificar las copias de los registros de resultados de los 3 últimos meses.

Anexo A:

- enzimograma pancreático
- examen bacteriológico directo
- crisis sanguínea
- perfil lipídico sanguíneo
- creatinina, urea
- creatinfosfoquinasa (CPK)
- Chagas, reacción para
- glicemia
- grupo sanguíneo
- hemograma
- funcional hepático
- láctico dehidrogenasa (LDH)
- látex para artritis reumatoidea
- orina completa
- parasitológico de materias fecales
- sangre oculta en materia fecal
- VDRL cualitativa
- otros

Anexo B:

- población linfocitaria
- estudios hormonales : gonadales/hipofisarios
- tiroideas : T3, T4, TSH
- marcadores virales
- marcadores oncológicos

- estudios de autoinmunidad
- inmunología parasitaria muy específica y especializada
- estudios de parámetros bioquímicos realizados por las técnicas mencionadas de alta especificidad (ferritina, IgE, HBALC, folato, vitamina B12, etc.)
- técnica de cito-diagnóstico
- estudio serológico de enfermedades bacteriológicas y virales (clamidias, rubeola, salmonella, etc.)
- tipificación a nivel de especies bacteriológicas.

II.6 Diagnóstico por imágenes

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

- Radiológicos: convencionales, politomografías, por sustracción digital de imágenes, mamografía, tomografía axial computada (TAC), etc.
- Ultrasonográficos: ecografía mono y bidimensional, estudios por efectos Doppler, etc.
- Medicina Nuclear: centellografía a cabezal fijo (Cámara Gamma) o a cabezal móvil (Centellograma Lineal)
- Otros: Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Termografía

Nivel 1: Está habilitado de acuerdo a los requisitos de la Comisión Nacional de Energía Atómica. Cuenta con equipo fijo de 100 mA, con dispositivo Potter Bucky sin seriógrafo.

Solicitar el certificado de habilitación, expedido por la Comisión Nacional de Energía Atómica; deberá estar exhibido en lugar visible. Se considera equipo fijo el que no es trasladable en ninguno de sus componentes (mesa de estudios, generador, soporte de tubos de rayos X, etc.). Deberá contar con dispositivo antidifusor tipo Potter Bucky.

Nivel 2: Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por radioscopia. Los estudios son interpretados por médicos especializados que intercambian opiniones con los médicos tratantes.

Cuenta con equipo de más de 200 mA con seriógrafo y pantalla de radioscopia, o con intensificador de imágenes y circuitos cerrados de televisión. El servicio cuenta, por lo menos con un local para los estudios, espacio para preparación y vestuario de los pacientes, un local de revelado y un local -con negatoscopio y archivo- donde se elaboran los informes. Solicitar en la oficina de Personal los antecedentes sobre capacitación específica del responsable del servicio. Comprobar en varios informes la constancia de la firma del médico especializado. Interrogar a los médicos del establecimiento respecto a si intercambian opiniones con el especialista, de manera frecuente; averiguar si existe un mecanismo formal (ateneo) o informal para dicho intercambio y si los médicos concurren con frecuencia al servicio para presenciar los estudios.

Nivel 3: Funciona a pleno las 24 horas, con guardia interna de técnico o médico radiólogo. Cuenta con equipos radiológicos portátiles para estudios en las salas o quirófanos. Cuenta con personal y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópico o ecográfico.

Verificar en la oficina de Personal el listado de técnicos y médicos, con su distribución horaria y la programación de los turnos de guardia rotativa. Verificar en el registro del servicio la existencia de informes asentados entre las 20 y las 6 hs. Constatar la existencia de por lo menos un equipo radiológico portátil, con facilidades de desplazamiento para realizar estudios, tanto en salas de internación como en quirófanos. Deberá tener poder resolutivo suficiente para efectuar colangiografías intraoperatorias. En el servicio está previsto el personal (enfermera de apoyo a demanda) y el equipamiento necesario (vitrina con instrumental, medicamentos y materiales descartables, vestimenta de protección estéril, carro de curaciones) para realizar estudios invasivos bajo control radioscópico o ecográfico, como endoscopías, punciones aspirativas, punciones-biopsia. El personal asignado cuenta con adiestramiento para transformar al local en un medio con condiciones de asepsia. Interrogar al personal del servicio, sobre la frecuencia con que se realizan estos procedimientos y las tareas que se deben realizar para llevarlos a cabo. Se excluyen procedimientos de cateterización intravascular o hemodinámicos.

Nivel 4: Dispone de otros medios de diagnóstico de alta complejidad, como TAC, cámara gamma, RMN. Los especialistas

del servicio intervienen en la indicación del medio de diagnóstico más adecuado para cada caso.

El servicio funciona como un centro de múltiples alternativas de diagnóstico por imágenes, con por lo menos dos procedimientos diferentes de la Radiología convencional en el propio edificio y una red disponible de servicios cercanos como para garantizar todo el espectro tecnológico de diagnóstico, existente en la zona del establecimiento. Los especialistas del servicio son consultados en recorridas de salas y ateneos, sobre el medio de diagnóstico más adecuado para cada caso y posteriormente intervienen en la interpretación de los distintos estudios.

Interrogar sobre esta modalidad operativa a los especialistas del servicio y a los médicos de sala, con el fin de definir si existe un concepto integrado de diagnóstico a través de imágenes, e intercambio fluido entre este servicio y los médicos tratantes.

II.7 Hemoterapia

Nivel 1: Cuenta con un servicio disponible cercano, del que obtiene sangre certificada en un plazo no mayor de una hora, que cumple con las normas de control de enfermedades transmisibles. Existe una relación formal entre el servicio y el establecimiento. Cuenta con expansores de volumen.

La distancia entre el servicio cercano y el establecimiento evaluado, debe permitir disponer de sangre certificada en menos de una hora por los medios de comunicación habituales. Deberá contar

con los medios para realizar las pruebas inmunohematológicas obligatorias:

- grupo y factor Rh en el receptor
- grupo y factor Rh en el dador
- pruebas de compatibilidad

Nivel 2: Tiene un local exclusivo destinado a este fin, que cumple con las normas para servicio de Hemoterapia. El servicio está a cargo de un médico especialista en Hemoterapia.

El Servicio de Hemoterapia es el ente técnico-administrativo responsable del acto trasfusional, con los elementos suministrados por el Banco de Sangre, previo estudio inmunohematológico. El Servicio de Hemoterapia, es responsable de la sangre que suministra, de manera que deberá constatar periódicamente si los componentes que recibe del Banco de Sangre, cumplen con las normas en vigencia para la prevención de enfermedades transmisibles. Dichas normas indican que en toda unidad trasfusional deben realizarse las siguientes pruebas serológicas:

- agrupamiento, Du, genotipo
- sífilis (VDRL)
- brucelosis (Huddleson)
- Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación)
- antígeno de hepatitis B, hepatitis C

- detección de anticuerpos anti HIV
- otras

Verificar en la oficina de Personal los antecedentes de capacitación especializada que registra el médico responsable. El responsable supervisa personalmente las unidades recibidas del Banco de Sangre, lo cual debe constatarse interrogando al personal y observando su firma en los remitos del último mes. Las bolsas son almacenadas en una heladera con los espacios rotulados por grupos sanguíneos. El servicio extrae sangre para abastecer al banco proveedor.

Nivel 3: Cuenta con personal técnico o médico hemoterapeuta en guardia interna las 24 horas.

Verificar en la oficina de Personal el listado de personal técnico o médico asignado al servicio, con su distribución de horarios y la programación de guardias rotativas. Tanto el personal técnico como médico cuenta con alguna capacitación específica. Interrogar sobre la frecuencia con que se reúnen con el responsable del servicio para tratar problemas operativos, y si dentro de los últimos tres meses han tenido alguna reunión.

Nivel 4: Cuenta con un Banco de Sangre que reúne las siguientes características:

- está dirigido por un profesional especializado
- cuenta con un profesional especializado en forma permanente

- cuenta con registro de dadores y beneficiarios
- tiene normatizados sus procedimientos para procesar y almacenar sangre
- es centro de referencia de otros establecimientos
- realiza evaluaciones periódicas a reacciones adversas.
- cuenta con servicio de Hemaféresis
- realiza crioconservación de células con fines de trasplante

El Banco de Sangre es el ente técnico-administrativo responsable de las siguientes funciones:

- estudio, examen clínico, selección, clasificación de donantes y extracción de sangre
- clasificación y control de la sangre y sus componentes
- fraccionamiento de sangre entera para separar componentes
- conservación de los componentes para su provisión a demanda
- provisión de materias primas a las plantas de hemoderivados

Deberá estar habilitado por el MSP y el certificado deberá ser exhibido en lugar visible. Verificar en la oficina de Personal el título de especialista en Hemoterapia del responsable. Observar el registro de dadores, así como las planillas clínicas en las que se registran los datos sanitarios para su admisión como donantes, según la legislación vigente. Observar las normas de procedimientos del servicio, constatar que se encuentren accesibles e interrogar al personal respecto a la instrucción recibidas sobre esas normas. Por lo menos, cada

tres meses se realizan reuniones para tratar temas operativos. Solicitar al responsable el listado de establecimientos que se abastecen en el Banco, a la vez que proveen sangre donada; observar los establecimientos a los que se envió sangre en los últimos tres meses en el archivo de remitos.

II.8 Atención del nacimiento

Se comprende bajo esta denominación, al conjunto de servicios destinados a la atención de la mujer gestante y el niño, y en particular, los aspectos relacionados con el momento del nacimiento. Los distintos componentes del área están unificados por una afinidad sanitaria y funcional, aunque no se encuentren especialmente concentrados dentro de la planta física.

Nivel 1: Cuenta con médico obstetra u obstétrica, (partera) y médico pediatra, en guardia de retén. Los nacimientos se asisten en una sala de partos diferenciada, que reunirá las condiciones de asepsia de un quirófano.

Solicitar en la Guardia de Urgencias, el listado de profesionales disponible cada día de la semana y los medios de comunicación mediante los que pueden ser convocados. Constatar que a través de estos medios puedan ubicarse al profesional en menos de una hora. Verificar en la oficina de Personal el registro de capacitación especializada de cada uno. Cuenta con un local destinado exclusivamente a sala de partos, que dispondrá de camilla o sillón de partos, iluminación adecuada,

instrumental, medicamentos y materiales descartables en vitrinas o placares, así como una zona previa de lavado de manos. Deberá disponer también de un sector de recepción inmediata del recién nacido y otro para el alojamiento conjunto madre-hijo.

Deberá contar con apoyo de enfermería a razón de no menos de una enfermera universitaria por cada 30 camas por turno y una auxiliar de enfermería por cada 10 camas por turno.

Nivel 2: Cuenta con médico obstetra y pediatra neonatólogo en guardia interna. Se cuenta con los elementos necesarios para atender un embarazo de alto riesgo, garantizando una atención mínima adecuada del neonato y su madre hasta su traslado a un centro de mayor complejidad.

Además de los requerimientos exigidos en el nivel 1 deberán poseer en su planta física un área exclusiva para la maternidad con los siguientes sectores: a) sector de período de dilatación, b) salas de partos, c) quirófano con fácil acceso desde las salas de partos, d) sector de recepción del recién nacido, e) sector de puerperio normal, f) sector de observación del recién nacido de riesgo. La institución asignará la guardia de médico internista y anestesista.

Verificar en la oficina de Personal el listado de profesionales asignados, su distribución de horarios, la programación de guardias rotativas y el registro de antecedentes de capacitación especializada.

Nivel 3: Cuenta con médico obstetra, pediatra neonatólogo y anestesista en guardia interna.

Los establecimientos deberán contar además de lo previsto en el primer y segundo nivel, con sector de cuidados especiales (intensivos e intermedios) tanto maternos como neonatales.

II. 9 Área quirúrgica

Nivel 1: Está en un área de circulación restringida, diferenciada y exclusivamente destinada a este fin. Cuenta como mínimo con un local de apoyo para lavado, enfermería y vestimenta final del equipo quirúrgico. Existen normas de preparación y/o conservación de las piezas operatorias y se dispone de los materiales necesarios. Todas las operaciones tienen hecho protocolo quirúrgico y anestésico. Existe un procedimiento normatizado de aseo del quirófano entre operaciones.

El área de circulación restringida está separada del resto por una puerta, que se mantiene cerrada, con señalización de prohibición de paso. Existe una zona de transferencia que impide el ingreso al área quirúrgica de camillas y personal, provenientes de las salas de internación. El vestuario del personal tiene acceso diferenciado. La circulación de los pacientes no se cruza con la del personal del área quirúrgica. El sector de lavado de manos del equipo quirúrgico cuenta con canillas y dispensadores de jabón y/o antisépticos, que permiten su manejo sin utilización de las manos.

Solicitar a la enfermera el instructivo con las normas de preparación y/o conservación de piezas operatorias; verificar la existencia de frascos de vidrio limpios para este fin, formol,

alcohol y todo otro elemento indicado en el instructivo. En una muestra de veinte historias clínicas, extraída del libro del área, de pacientes operados durante los últimos tres meses, constatar la presencia de los protocolos quirúrgicos y anestésicos en el 100% de los casos. Los quirófanos se limpian con agua y detergente después de cada operación.

Nivel 2: Cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento, por lo menos una persona destinada exclusivamente al área quirúrgica.

El personal destinado exclusivamente al área quirúrgica, es de enfermería y se ocupa de la disposición del instrumental y otros elementos quirúrgicos; controla el ingreso y egreso de estos materiales cuando se envían a lavar y esterilizar; controla la disposición de los desechos y residuos sólidos hacia afuera del área quirúrgica; no efectúa durante su turno de trabajo ninguna función no relacionada con el área; es responsable del cumplimiento de las normas de asepsia, tanto en quirófanos como en las áreas anexas.

Nivel 3: El área quirúrgica está coordinada por un profesional. Cuenta con un local destinado a la recuperación anestésica. El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intraoperatorio. Los monitoreos intraoperatorios en pacientes con riesgo aumentado, son realizados por médicos especializados.

El encargado del área quirúrgica cumple las siguientes funciones:

- supervisar las tareas del personal de enfermería
- programar los turnos y distribución de los quirófanos
- controlar el cumplimiento de las normas para la prevención de infecciones
- determinar las necesidades de provisión de elementos de uso quirúrgico (instrumental, medicamentos, materiales descartables, antisépticos, insumos varios)

El local de recuperación anestésica debe estar previsto en función de los quirófanos disponibles. Los anestesiistas controlan la recuperación de los pacientes ya intervenidos e indican el momento de traslado al área de internación que corresponda. Interrogar al personal de enfermería sobre el cumplimiento de este requisito. La circulación de los pacientes no se cruza con los cirujanos, anestesiistas e instrumentadoras. Existe una zona de transferencia que impide el ingreso al área quirúrgica de camillas y personal, provenientes de las salas de internación; el acceso al vestuario está diferenciado y se puede hacer desde el exterior del área quirúrgica o desde la zona de transferencia. Verificar la existencia de equipo radiológico portátil para diagnóstico intraoperatorio, el cual debe estar en condiciones de funcionamiento, con personal disponible para operarlo y en una zona accesible a los quirófanos. Extraer del libro de quirófano los nombres de profesionales que hicieron monitoreo intraoperatorio en pacientes con riesgo cardiológico aumentado y constatar en la oficina de Personal que tengan especialización.

Nivel 4: Los quirófanos están diferenciados y equipados por especialidades. Hay un quirófano exclusivo para el servicio de Urgencias.

Interrogar al responsable del área quirúrgica respecto a la distribución de los quirófanos y las especialidades a las que están destinados. Verificar si cuentan con equipamiento específico para cada especialidad, como por ejemplo, microscopio en el de Neurocirugía, camilla ortopédica en el de Traumatología, etc. Evaluar en el libro del área quirúrgica la adecuación de los casos operados, respecto al destino de cada quirófano. El quirófano de Urgencias puede estar separado del área quirúrgica y anexo al servicio correspondiente; en este caso, deberá cumplir por lo menos con los requisitos de los niveles 1 y 2.

II. 10 Anestesiología

Nivel 1: Los anestésistas acuden a demanda de los cirujanos. Confeccionan protocolo anestésico.

En una muestra al azar de veinte historias clínicas de pacientes operados durante los últimos tres meses, se constatará la existencia de protocolo anestésico en el 100%. En el área quirúrgica existe un listado de anestésistas con sus respectivos medios de comunicación.

Nivel 2: Cuenta con un listado de anestésistas organizados en guardias de retén o internas, cada día de la semana.

Cuenta con consulta preanestésica.

Verificar la existencia del listado en el área quirúrgica y constatar que el profesional registrado esté disponible en el

momento de la evaluación.

Nivel 3: Cuenta con un servicio de Anestesiología, a cargo de un responsable que coordina las guardias, y anestésistas que cumplen guardias de retén. Realizan visitas preanestésicas.

Verificar la capacitación especializada del responsable y los anestésistas de guardia, en la oficina de Personal. Observar la programación de las guardias y verificar su cumplimiento el día de la evaluación. Revisar pedidos de insumos y medicamentos por parte del responsable del servicio, efectuados el mes anterior. Preanestésica en la muestra de historias clínicas.

Nivel 4: Las guardias son cubiertas en forma interna por anestésistas y médicos residentes de la especialidad.

Además de los especialistas, se cuenta con residentes de la especialidad que se ocupan de la preparación e higiene del instrumental así como de la inducción anestésica. En los lugares donde existan cursos de técnico auxiliar en anestesiología, podrá admitirse su inclusión en la evaluación en las funciones mencionadas para los residentes.

II.11 Control de infecciones hospitalarias

Nivel 1: Cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de las infecciones.

Se interrogará al responsable médico y al personal

médico, de enfermería y de limpieza, sobre la disponibilidad de normas escritas para el control de las infecciones. Se constatará la accesibilidad de las mismas y se preguntará al personal médico de enfermería y limpieza si han recibido alguna instrucción especial sobre este tema, dentro del establecimiento. Las normas pueden ser oficiales, de difusión científica o de elaboración propia, avaladas por las autoridades hospitalarias. Entre sus contenidos deben figurar recomendaciones acerca de: lavado de manos, antisépticos y desinfectantes, higiene hospitalaria, precauciones universales con sangre y fluidos corporales, curación de heridas, cuidados de catéteres intravasculares y urinarios, de apoyo respiratorio y procedimientos obstétricos.

Nivel 2: Se llevan registros de incidencia de infecciones hospitalarias o se efectúan estudios de prevalencia por los menos una vez al año.

Interrogar a las autoridades sobre el tipo de seguimiento efectuado, los criterios de clasificación, el método de recolección de información empleado y la persona responsable del procesamiento y análisis de datos. Solicitar los informes escritos existentes sobre los estudios realizados. Los registros de incidencia deberán contener información sobre la cantidad de casos detectados en un período determinado, la vía de infección y la relación con la cantidad de internaciones producidas. Los estudios de prevalencia deberán contener la cantidad de pacientes infectados existentes en un día en relación al total de internados, la distribución por salas y el medio por el que se diagnosticó la infección.

Nivel 3: Cuenta con una persona por lo menos, enfermera, u otro profesional encargada del control de infecciones, que utilice métodos activos de vigilancia epidemiológica.

Se interrogará a las autoridades, requiriendo: nivel de capacitación profesional, funciones que cumple (además de la de control de infecciones), poder de decisión del que dispone (formal y real) y tareas que realiza habitualmente. Se interrogará a la persona encargada sobre la repercusión que considera tiene sus actividades, la atención que recibe de sus superiores ante los problemas planteados y el esquema general de trabajo al que se ajusta. Observar informes escritos realizados con anterioridad.

Nivel 4: Cuenta con Comité de Infecciones y con un programa de prevención y control que se revisa anualmente.

Interrogar a las autoridades sobre la composición del Comité, quién ejerce la coordinación o la secretaría, la vinculación con la máxima jerarquía del establecimiento y la frecuencia con que se realizan las reuniones. Observar las actas o registros de las reuniones realizadas durante los últimos 6 meses y los temas tratados. Solicitar, si lo hubiera, el programa de vigilancia epidemiológica al que se ajustan los objetivos del Comité. Evaluar los componentes del programa: registros de infecciones, identificación de las cepas prevalentes, normas de antibióticoterapia, instrucciones permanentes al personal, vigilancia de procedimientos de limpieza y de técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, etc. El programa de vigilancia

epidemiológica figura en la memoria anual del establecimiento.

II.12 Esterilización

Nivel 1: Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución. Cuenta por lo menos con autoclave y estufa u horno. Existen normas escritas de procedimientos. Se efectúan controles biológicos según normas locales.

El local debe ser un área de circulación restringida, y disponer de mesadas, estantes y alacenas para el depósito del material esterilizado. Cuenta con autoclave y estufa u horno a gas o electricidad; observar en los autoclaves la hermeticidad del cierre y en las estufas u hornos la temperatura. Observar las normas escritas, las que deben encontrarse disponibles para el personal.

Nivel 2: El área del servicio cuenta con tres sectores:

- recepción y lavado
- preparación y acondicionamiento de materiales
- esterilización y almacenamiento

Tiene posibilidad propia o contratada de esterilizar materiales termosensibles.

Los sectores están diferenciados y separados por puer-

tas o mostradores; la comunicación con el exterior del servicio, se realiza a través de una ventanilla o mostrador de entrega y recepción de materiales. La esterilización de materiales termosensibles se efectúa por medio de autoclave de óxido de etileno propio o contratado. El establecimiento es responsable de la calidad del proceso, por lo que realiza controles periódicos de los materiales procesados.

Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica.

Verificar en la oficina de Personal el registro de los antecedentes de capacitación (haber recibido un curso formal dentro del establecimiento).

Nivel 4: Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia. El lavado y desinfección de equipos se realiza mediante equipos automáticos.

Verificar con personal de mantenimiento las características de los filtros (de tipo 99,99). Verificar la existencia de equipos automáticos de lavado.

II.13 Enfermería

Nivel 1: Existe una estructura básica del servicio de Enfermería del Hospital, con dependencia técnico-administrativa de una Licenciada en Enfermería. Este servicio está integrado con personal de enfermería profesional y auxiliar con título habilitado

por la autoridad competente.

Verificar en la oficina de Personal el número total de Licenciadas en Enfermería y Auxiliares de Enfermería, y títulos habilitantes correspondientes del personal en ejercicio del cargo.

Contará con Organigrama y/o descripción del puesto de trabajo en relación a la dependencia jerárquica.

Nivel 2: Existe un Departamento de Enfermería a cargo de Licenciado en Enfermería con funciones de Dirección y un Staff responsable de sectores o áreas, con personal de enfermería asignado. Todo el personal tiene título habilitante.

Verificar descripciones de cargos y su correspondencia con el nivel de decisión y área de responsabilidad institucional.

Nivel 3: Existe un Departamento de Enfermería a cargo de uno o dos Licenciados en Enfermería, en relación con la complejidad del servicio, con funciones de Dirección. Tienen formación post-básica en Administración de Servicios de Salud.

Existe un staff de Licenciados de enfermería con jefaturas de áreas o sectores, responsables de la Administración y con personal de enfermería a su cargo. Todo el personal tiene título habilitante.

Controlar en oficina de Personal la documentación que compruebe los niveles de formación post-básica requeridos

para los cargos de Dirección.

En caso de no contar con los instrumentos planteados se podrá recurrir a las entrevistas o encuestas pero sin prescindir de verificar documentación específica (títulos habilitantes).

III. AREAS TECNICAS Y DE APOYO

III.1 Admisión

Nivel 1: El servicio de admisión se encarga de controlar y regular el movimiento de pacientes (ambulatorio-internación) manteniendo un registro y ocupándose de todos los trámites legales que correspondan. La institución mantiene este servicio durante las 24 hrs. del día todos los días del año.

Es imprescindible controlar en este paso, el correcto registro de los pacientes y corroborar si sus datos están completos y correctos.

Nivel 2: Tramita todos los ingresos y egresos. Tramita documentación de fallecidos según leyes vigentes. Brinda información sobre pacientes internados (sala y cama, no diagnósticos ni estados de salud) y normas de la institución (donantes de sangre, régimen de visitas, etc.).

Debe tener supervisión técnica reconocida, por parte de Técnicos en Registros Médicos.

Nivel 3: Adjudica camas. Mantiene al día el control de las mismas y de los pacientes internados. Da curso inmediato a los egresos según sistema establecido.

Tomar al azar del índice de camas, un número determinado de pacientes (según capacidad de la institución) y corroborar si sus datos están completos.

Nivel 4: Se realiza el registro diario de :

- Movimiento de pacientes: ingresos, egresos (altas y fallecidos), transferencias, coordinación de traslados.
- Censo Diario y su control.
- Censo de Morgue y su control.
- Produce los informes correspondientes.

En el área ambulatoria otorga las citas a pacientes y realiza partes diarios de control de consulta externa. Lleva registro y control de las atenciones del Servicio de Emergencia.

Se mantienen al día por lo menos cuatro de los distintos índices que deben existir en toda institución : alfabético, numérico, fallecidos, nacimientos, donantes de banco de órganos.

Tiene como encargado a un Técnico en Registros Médicos y los demás funcionarios cumplen con los mismos requisitos teniendo conocimiento de todas las tareas. Existe supervisión continua del jefe del Dpto. y se realizan reuniones periódicas de evaluación con la Dirección Técnico-Médica, Jefe de Emergencia, Jefe de Policlínica y el Dpto. de Enfermería.

III.2 Historia clínica (HC) y archivo

Nivel 1: Posee HC de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como internadas: La HC es legible, está firmada por el médico tratante y tiene cierre (epicrisis, resumen o diagnóstico de egreso). Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de las HC. Más del 80% de una muestra de HC de pacientes internados, se halla actualizada al día anterior al de la evaluación.

Posee un local exclusivo para este fin.

El registro de HC está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético.

Interrogar en primera instancia a la máxima autoridad médica del establecimiento y verificar:

- si se confecciona HC en todos los casos
- los distintos lugares donde se archivan
- el mecanismo administrativo de apertura de HC y de entrega a los profesionales, a su pedido
- interrogar especialmente sobre las HC de internación, consultorios externos, guardia de urgencias y principales servicios.

En una muestra de 20 HC seleccionadas entre las últimas internaciones registradas en el libro de egresos, verificar si están firmadas, son legibles y cuentan con epicrisis. Interrogar a la autoridad médica sobre la existencia de normas, de qué forma fueron difundidas e instruido el personal profesional. Verificar si se encuentran ejemplares accesibles de las normas en las áreas de descanso de médicos, enfermería, etc. Interrogar a varios profesionales sobre su conocimiento de las normas. En la misma muestra de HC verificar el cumplimiento de las normas. Tomar una muestra, representativa de las áreas de internación, excepto las de pacientes críticos, seleccionada en forma aleatoria y no menor de 20 HC en los establecimientos de más de veinte camas. Verificar si está consignada la evolución el día hábil anterior al de la evaluación, por lo menos en el 80% de las HC revisadas. Efectuar el mismo procedimiento con HC del

archivo. Hay uno o varios locales donde se archivan las HC, y no son utilizados para ninguna otra actividad administrativa o asistencial.

La selección de las HC puede realizarse a partir del número de orden de la apertura o por el apellido y nombre del paciente, en forma indistinta, independientemente del modo en que están ordenadas en los estantes (dígito terminal, número de orden u orden alfabético).

Nivel 2: Existe supervisión de H.C.

El responsable del Dpto. de Registros Médicos determinará la realización de revisiones periódicas del llenado de las HC con comunicación a los técnicos actuantes en la asistencia si se comprobasen deficiencias en el llenado de las mismas. De todo lo actuado, se informará a la Dirección Técnico-Médica.

Nivel 3: Existe una única HC, tanto para la atención ambulatoria como en internación.

Existe un Comité de H.C.

El movimiento de las HC está registrado y se hace un seguimiento de ruta.

Verificar en las HC de consultorio externo del día si existen registros de internaciones anteriores. Verificar en la misma muestra de HC mencionada en el nivel 1, si existen registros sobre atención ambulatoria. Se entiende por HC única, la concentración de todos los datos médicos de un paciente en un mismo sobre, carpeta o continente.

Se registran todos los movimientos de la HC en cuadernos, tarjetones o planillas donde figura fecha de salida, persona responsable, servicio y fecha de retorno. Si la HC debe ser derivada de un servicio a otro está previsto el mecanismo para informar al Archivo sobre el cambio de ruta.

Nivel 4: Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas.

El Archivo es atendido por personal exclusivo para esta finalidad. Si durante su horario de trabajo, dicho personal cumple otras tareas afines (como estadísticas, otras registraciones, turnos, etc.), debe ser considerado exclusivo si está siempre disponible para atender necesidades del Archivo. Está prevista la atención del Archivo las 24 horas, lo cual se puede verificar en la planilla de distribución del personal responsable del servicio.

III.3 Estadística

Nivel 1: Lleva registro estadístico de por lo menos los siguientes indicadores:

- consultas
- egresos
- nacimientos (partos, cesáreas)
- promedio de estadía
- intervenciones quirúrgicas

- fallecimientos
- porcentaje ocupacional
- giro de cama
- n° de camas
- hospitalidades

Solicitar a la autoridad médica del establecimiento la observación de los registros estadísticos, de las prestaciones realizadas durante el último año calendario. Por otra parte, los indicadores mencionados deberán encontrarse tabulados y procesados, por lo menos hasta tres meses antes del mes en que se realiza la evaluación, aunque no hayan sido volcados a una publicación interna.

Nivel 2: Existe personal específicamente dedicado a esta tarea, aunque no sea exclusivo.

Los registros, elaboración de planillas (tabulación) y procesamiento de indicadores estadísticos, son realizados por personal técnico especialmente capacitado (T.R.M.) o asignado a esta tarea, aunque además efectúe otras actividades diferentes.

Las internaciones se hallan clasificadas por las cuatro especialidades básicas: Medicina General, Cirugía, Pediatría y Ginecología.

La Estadística Médica se realizará de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades en vigencia; se elaborarán índices básicos (de diagnóstico, de operaciones, de causas de muerte, de médicos) y se procesará la información a los fines de la Auditoría Médica.

Nivel 3: Existe un Sector de estadísticas con personal técnico especializado (T.R.M.) que emite una publicación trimestral de la información y realiza reuniones periódicas para su discusión.

Interrogar al jefe del Departamento. Para considerarlo como tal, deberán depender de este sector -además de las estadísticas- el archivo de historias clínicas y la admisión es decir, debe estar constituido el Dpto. de Registros Médicos como tal.

III.4 Farmacia

Nivel 1: Cuenta con despacho de medicamentos con local habilitado por el Ministerio de Salud Pública, bajo la responsabilidad de un Químico Farmacéutico dependiente de la Dirección Técnica del Establecimiento.

Observar el sistema de control de stock y constatar la coincidencia entre el stock registrado y el stock real.

Nivel 2: El servicio tiene jefatura propia a cargo de un Químico Farmacéutico. Existe vademécum del establecimiento y se cuenta con Comité de Farmacia y Terapéutica.

Verificar la existencia de normas y vademecum.

Nivel 3: Cuenta con distribución de medicamentos por el

Sistema de Dosis Unitaria y existe Comité de Fármaco-Vigilancia.

III.5 Alimentación

Nivel 1: Cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista. No menos del 50% de una muestra de pacientes califica la comida como satisfactoria.

Interrogar al responsable médico de las áreas de internación sobre la modalidad mediante la cual se prescriben los regímenes dietéticos; verificar que dicho profesional disponga de un listado de regímenes estándar para las patologías principales y que los mismos se encuentren detallados con su composición de nutrientes, sus prescripciones dietéticas y sus menús diarios. El listado deberá contener por lo menos regímenes para: úlcera gastroduodenal, diabetes, blando intestinal, post-colecistectomía e insuficiencia renal. La responsabilidad de su confección original debe ser de una nutricionista. Interrogar al encargado de la cocina y verificar si dispone de los mismos regímenes que el responsable médico. Verificar la relación entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas, en una muestra representativa al azar no menor de veinte pacientes. En la misma muestra, interrogar si la comida resulta o no satisfactoria. Los pacientes deben ser entrevistados al egreso.

Nivel 2: Dispone de una nutricionista al menos para la organización del servicio, la visita diaria a los pacientes y la prescripción de regímenes personalizados. Cuenta con un área para

la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas.

Verificar en la oficina de Personal, si cuenta con una o más nutricionistas en su plantel, que cumplen un horario regular. En una muestra representativa al azar, no menor de veinte pacientes, verificar si fueron visitados por una nutricionista durante su internación. El servicio de cocina depende de una nutricionista, la cual se encarga de planificar la compra de provisiones, organizar la comida de cada día y supervisar la calidad de los alimentos que llegan a los pacientes. En el área de internación pediátrica, hay un local especial donde se preparan fórmulas lácteas; dispone de normas específicas con el modo de preparación de las distintas fórmulas, en un lenguaje accesible para personal no especializado.

Nivel 3: Existe un servicio médico de Nutrición que interviene en la supervisión de la alimentación de los pacientes nutricionalmente comprometidos. Tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral con nutribomba.

Verificar en el organigrama médico de la institución, la existencia de un servicio de Nutrición. Interrogar a el/los miembros de dicho servicio sobre las tareas que tienen específicamente asignadas. Entre los pacientes internados durante la evaluación, seleccionar todos los casos en los que intervino el servicio de Nutrición; revisar las historias clínicas de dichos casos y evaluar si el servicio ha tenido una influencia determinante en la nutrición del paciente durante la internación o si la interconsulta fue dedicada a consideraciones etiopatógenas

sobre el caso, solamente. Verificar la existencia de nutribombas para alimentación parenteral. Interrogar al responsable del servicio sobre los casos atendidos en estas modalidades durante los tres últimos meses; evaluar en las respectivas historias clínicas si el servicio intervino en la prescripción, dosificación y supervisión del esquema nutricional suministrado.

III.6 Lavandería

Están comprendidos dentro de este estándar los servicios propios, se encuentren o no ubicados dentro de la planta física del establecimiento, así como los servicios contratados.

Nivel 1: El proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado.

Interrogar al personal del servicio sobre las normas a las cuales responde el proceso de lavado de la ropa hospitalaria sucia; observar el texto de dichas normas y verificar que se encuentren accesibles para el personal. Observar su cumplimiento durante el proceso de lavado y cambio de ropa.

Nivel 2: Existe un circuito especial para el tratamiento de la ropa contaminada y la provisión es suficiente para cirugía.

Las normas prevén que la ropa contaminada con sangre o secreciones, sea trasladada separadamente en bolsas de

polietileno. Interrogar al personal al respecto y observar su cumplimiento durante el lavado.

Corroborar la provisión suficiente de ropa para cirugía y que no se suspenden intervenciones quirúrgicas por falta de ropa.

Nivel 3: Una muestra de pacientes, con vías abiertas o secreciones, manifiesta que el cambio de ropa es satisfactorio. El retiro de ropa sucia es diario durante todo el año y la entrega de ropa limpia se efectúa diariamente.

En una muestra al azar no menor de diez pacientes, que presenten vías abiertas de distinto tipo y/o secreciones anormales o patológicas, interrogar sobre su satisfacción respecto al cambio diario de la ropa de cama. Interrogar al responsable del servicio sobre la periodicidad del retiro y entrega de ropa a las salas; interrogar a las supervisoras de enfermería sobre el cumplimiento de la periodicidad programada.

III.7 Limpieza

Nivel 1: Todos los pisos son limpiados al menos una vez al día, con jabón, detergente o hipoclorito. Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio o circulación público.

Verificar a una muestra al azar de diez pacientes sobre

la frecuencia y modalidad con que se realiza el lavado de los pisos. Interrogar al personal del servicio sobre las instrucciones básicas que han recibido respecto a la limpieza de los pisos.

Nivel 2: Cuenta con un responsable de la limpieza y los procedimientos están normatizados, incluyendo instrucciones sobre el uso de desinfectantes. Existen normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonellosis).

Verificar en la oficina de Personal la existencia de la función y quién está a cargo. Constatar la existencia de normas de procedimiento escritas y que las mismas se encuentren al alcance del personal que las utiliza.

Constatar la existencia de dichas normas y que se encuentren al alcance del personal que las utiliza. Interrogar al personal del servicio sobre su aplicación.

Nivel 3: El comité de Infecciones y/o una enfermera epidemióloga, participan activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza.

Verificar su participación a través del texto de las normas y del interrogatorio al personal.

III.8 Gobierno hospitalario

Comprende a las autoridades, unipersonales o colegiadas, que fijan las políticas de la institución y controlan su ejecución.

Nivel 1: Institución conducida por un director. El director permanece un tiempo mínimo de seis horas los días hábiles y conduce la programación de las actividades.

Verificar el registro de firmas, e interrogar a varios miembros del personal no jerarquizado, sobre la permanencia del director en el establecimiento, así como su participación activa en las decisiones cotidianas. **Nota:** caso de hospitales distritales rurales (pequeños) y clínicas privadas con dirección unipersonal.

Nivel 2: Institución que cuenta con un director, un jefe médico y un jefe administrativo. El director tiene formación gerencial para administrar servicios de salud. Existen manuales de normas y procedimientos.⁽²⁾ Se elabora un presupuesto anual, y se realiza un seguimiento presupuestario. Se elabora un balance anual.

Contactar en la jefatura de Personal la documentación que acredite a la formación de personas en técnicos administrativos. Analizar el presupuesto de los dos últimos períodos y

(2) N. del Ed.: Sobre Manual de Normas y Procedimientos vea publicación en el Programa PALTEX de la OPS/OMS, Serie SILOS, No. 25, en las Representaciones de la Organización en los países.

comparar la ejecución presupuestaria. Evaluación del balance del último período. Solicitar memorándums comunicados por dirección y jefatura médica y administrativa. Interrogar sobre realización de reuniones periódicas de jefaturas de departamentos o servicios.

Nivel 3: La institución cuenta además con: Un Comité Técnico Asesor con participación de los Jefes de Servicio. Como elementos importantes de asesoramiento a la dirección/jefe médico y jefe administrativo, se elaboran estados financieros anuales auditados por una empresa de reconocido prestigio u organismos públicos autorizados.

Verificar las reuniones periódicas de los consejos técnico, médico y administrativo (ver actas). Evaluar los estados financieros de las dos últimas gestiones. Verificar el dictamen de los auditores realizados, de naturalización pública con representación en la comunidad privada.

Nivel 4: La institución cuenta con un Directorio (Consejo Directivo), que se constituye en órgano superior o máxima instancia hospitalaria, encargado de formular y establecer políticas generales, definir y aprobar la planificación operativa, administrativa y financiera, fiscalizar su cumplimiento y controlar los resultados de su ejecución, además de fijar prioridades, aprobar los programas de servicio y otras atribuciones a definir de acuerdo a la naturaleza de la institución (pública, privada, gubernamental, no gubernamental, académica, etc.). Existe una secretaria general, un servicio de auditoría interna dependientes de Directorios. Se elaboran estados

financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoría.

Verificar la realización de reuniones de directorio de acuerdo a normas estatutarias de la institución. Interrogar sobre seguimiento y ejecución por sector operativo de las resoluciones emitidas por el Directorio. Analizar informes de Auditoría Interna. Evaluar memoria anual e investigar sobre observaciones realizadas por auditores externos de los estados financieros anuales de las dos últimas gestiones. Analizar el concepto de depreciación de infraestructura física y operativa en el balance anual.

III.9 Administración

Nivel 1: Existe un responsable del área Administrativa. Hay registro de certificaciones del personal profesional. Cuenta con un manual de procedimientos administrativos y legajo de todo el personal.

El establecimiento cuenta con por lo menos una persona que tiene a su cargo:

-la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables

-los registros, liquidación de haberes y contralor de los recursos humanos

-la administración de los recursos financieros, la facturación y cobranzas a entidades prestatarias, y el control presupuestario general.

Por lo menos el personal profesional, tiene registrados sus títulos habilitantes en dicha administración, lo cual se evidencia revisando los legajos de los profesionales que aparecen anunciados en las carteleras y, especialmente, los de guardia. Los procedimientos administrativos y los trámites de rutina se encuentran compendiados en un manual que registra los principales pasos de cada circuito. En dicho compendio deben figurar por lo menos los procedimientos relacionados con las funciones enunciadas más arriba. La totalidad del personal -profesional o no profesional- tiene legajo en la oficina destinada a este fin, donde se archivan las certificaciones de cursos de capacitación realizados con anterioridad o en servicio. Tomar una muestra representativa al azar de cuarenta agentes, de distintos servicios y niveles jerárquicos, a partir del listado de personal de planta, y estudiar los respectivos legajos.

Nivel 2: El Responsable del Area Administrativa debetener capacitación específica. Existe un Area de Personal y un Area contable.

Nivel 3: Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión.

Nivel 4: Existe un sistema de control de gestión.

IV. SEGURIDAD E INSTALACIONES FISICAS

1. Documentación edilicia

1.1 -Habilitaciones vigentes:

Nivel único: Cuenta con habilitaciones de:

Higiene Ambiental
Dirección Nacional de Bomberos (medidas contra el fuego)
M.S.P. (Coordinación y control)
DINATEN (Rayos X)
Intendencia Municipal - Hab. Municipal
- Hab. Ascensores
Ministerio de Industria y Energía (Calderas)
UTE

1.2 -Planos:

Nivel 1: Cuenta con planos y memorias de albañilería y hormigón armado actualizados. Escala mínima 1:100

Nivel 2: Cuenta con planos y memorias de todas las instalaciones actualizadas. Escala mínima 1:100

Nivel 3: Cuenta con un Plan Director donde conste ampliaciones y remodelaciones previstas a corto, mediano y largo plazo que respondan a políticas definidas de la Institución.

La Institución posee y están a disposición del evaluador las habilitaciones y planos que se han detallado.

2. Estructura Físico-Funcional

2.1 -Accesos:

Nivel 1: Posee accesos diferenciados para los pacientes, de los del personal y aprovisionamiento. El acceso de los pacientes no se hace directamente desde una vía de circulación vehicular de intensidad media o alta sino que hay como mínimo un ensanche para el descenso de los vehículos y protección por alero o similar.

Nivel 2: Posee accesos diferenciados de los pacientes que lleguen en forma peatonal, de los que lleguen transportados.

Nivel 3: Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de emergencia, con señalización adecuada y cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público las 24 hs.

El área de estacionamiento y maniobras de vehículos de servicios de aprovisionamiento, del público o del personal, no se superpone con la de vehículos que llegan al área de acceso del servicio de emergencia.

Constatar en la oficina de personal los turnos para horario nocturno y feriados de personal en los accesos entrena-

do en la orientación al público.

Para todos los niveles deberá observarse :

-Condiciones de seguridad del tránsito vehicular externo al establecimiento.

-Protección de las inclemencias del tiempo, para el paciente peatón y el que, accede en vehículo o ambulancia.

-Accesibilidad total en el mismo plano o a través de rampas que no superen el 10 % de pendiente.

2.2 -Circulaciones:

Nivel 1: Posee circulaciones caracterizadas en general y técnica y en las áreas de mayores condiciones de asepsia en : semirrestringida y restringida sin entrecruzamiento de circulaciones sucia y limpia.

En circulaciones de uso público general que no se prevea circulación de sillas de rueda, camillas o carros, tienen un ancho mínimo de 1 m.20.

En el caso de que se prevea alguno de estos vehículos tienen un ancho mínimo de 1 m.80.

En las diferencias de altura de nivel y no existiendo ascensor cuenta con una rampa con un máximo de 10 % de pendiente.

En todos los casos si hay pacientes en planta alta cuenta con circulaciones verticales mecanizadas.

Existen pasamanos en todas las escaleras y en por lo menos un toilet público con destino a discapacitados.

Cuenta con señalización por servicio.

Nivel 2: Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas, en los servicios de atención de pacientes.

Especialialmente se constata la independencia del CTI y Block Quirúrgico.

Existen escaleras de seguridad contra incendio.

Todos los baños para pacientes cuentan con pasamano.

Hay señalización local por local.

Existe señalización de seguridad para la evaluación en caso de necesidad.

Nivel 3: Posee independencia circulatoria entre áreas técnicas y públicas en todo el establecimiento.

Brinda facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes y para equipamiento.

Todas las circulaciones, general y técnica, tienen un mínimo de 1 m 80 de ancho.

Todas las circulaciones de pacientes cuentan con pasamano. Existen usos diferenciados en los ascensores.

3. Instalaciones

3.1 -Sistema Eléctrico :

Nivel 1: Cumple con la reglamentación vigente de UTE.

Cumple normas de seguridad para pacientes, personal y público.

Posee sistemas alternativos de generación de energía para

las áreas críticas.

Existe mantenimiento preventivo en todas las instalaciones eléctricas.

Posee instalación de pararrayos.

Los circuitos eléctricos de las áreas críticas y las salidas de emergencia disponen de una fuente alternativa de generación de energía (grupo electrógeno) cuyo adecuado funcionamiento deberá comprobarse durante la evaluación. El grupo generador debe estar registrado y aprobado por UTE.

Nivel 2: Posee sistema de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento. El Block Quirúrgico posee pisos conductivos.

Verificar la existencia de un dispositivo electrógeno central, en compañía de personal técnico especializado y constatar que sus mecanismos funcionen plenamente en el momento de la evaluación.

Dicho dispositivo deberá estar conectado al tablero central y contará con una llave central de transferencia de la fuente de energía. El grupo generador deberá estar registrado y aprobado por UTE.

3.2 -Gases Medicinales :

Nivel 1: Cuenta con instalación central de oxígeno y vacío en Block Quirúrgico, Obstétrico y Emergencia.

Nivel 2: Cuenta con instalación central de oxígeno y vacío en internación.

Cuenta con instalación central de protóxido en Block Quirúrgico y Obstétrico.

Nivel 3: Cuenta con instalación de aire comprimido en Block Quirúrgico.

4. Control de excretas, residuos y potabilidad del agua

Nivel 1: Se ajustan a normas municipales y de OSE.

Tienen servicio de agua potable y sistema de eliminación de excretas con tratamiento de los afluentes en caso de no existir red pública de evacuación. Cuenta con sistema de salida especial para residuos en condiciones de seguridad en bolsas plásticas resistentes dentro de recipientes de paredes rígidas.

La recolección se efectúa por el servicio público.

Nivel 2: Existe mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitarias. Los residuos sólidos de alto riesgo son identificados y reciben un tratamiento diferenciado.

Por lo menos cada tres meses, personal de mantenimiento verifica el correcto funcionamiento de toda la instalación sanitaria. Los residuos sólidos (excepto alimentos) contaminados de alto riesgo, no se mezclan con residuos comunes.

Nivel 3: Cuenta con personal técnico especializado.

Tiene un área específica para almacenamiento y disposición de los residuos sólidos que son evacuados por una puerta destinada a este fin exclusivo.

5. Confort del paciente y del personal

Nivel 1: Todos los ambientes en que acceden pacientes o se trabaje :

-Tienen iluminación y ventilación natural. En casos especiales se podrá aceptar iluminación indirecta y/o ventilación forzada.

-Tienen calefacción con sistemas que no consuman oxígeno ambiente. Si existe Block Quirúrgico y/u Obstétrico deberá tener aire acondicionado.

-Los baños de la internación y de vestuarios del personal disponen de agua fría y caliente.

-Las salas de internación tienen un máximo de 2 (dos) camas con un mínimo de 7 m² por cama y un baño privado.

-Los servicios en que se manipule material contaminado cuentan con un área aislada para tal fin con un lavabo.

-Cuentan con baños, vestuarios y tisanerías para el personal.

-Cuenta con medidas para la privacidad del paciente (vestidores, interrogatorios aislados, toma de muestras aislados).

-Las terminaciones de los locales son de fácil limpieza y con colores no agresivos.

Nivel 2: El Block Quirúrgico y Obstétrico, C.T.I., Neonatología y Emergencia cuentan con :

-Equipo centralizado de aire acondicionado.

-Estares para personal.

-Sala de espera con baños para familiares en C.T.I. y Neonatología.

-Zona de estar para pacientes y visitantes en la internación.

-Asoleamiento mínimo de un 20% de las horas de sol en salas de internación.

-Plantas y/o jardinería deben estar integradas a áreas de estar o espera de pacientes y público.

6. Comunicaciones

Nivel 1 : Cuenta con atención telefónica las 24 hs. del día, todos los días del año, con capacidad de derivar llamadas a cualquier sitio del hospital.

Nivel 2 : Cuenta con sistema de espera automatizada.