

OPS/HSS/94.05
Original: Español
Portugués, Inglés, Francés

**DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO
DE LOS SISTEMAS LOCALES
DE SALUD EN LA TRANSFORMACION
DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD**

**ESTANDARES E INDICADORES PARA LA ACREDITACION
DE HOSPITALES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

Humberto de Moraes Novaes

José María Paganini



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
DIVISION DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

OPS/HSS/94.05
Original: Español
Portugués, Inglés, Francés

**DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO
DE LOS SISTEMAS LOCALES
DE SALUD EN LA TRANSFORMACION
DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD**

**ESTANDARES E INDICADORES PARA LA ACREDITACION
DE HOSPITALES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

Humberto de Moraes Novaes

José María Paganini

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
DIVISION DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Novaes, Humberto de Moraes

Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe / Humberto de Moraes Novaes, José María Paganini.

-- Washington, D.C.: OPS, c1994

xxvi, 109 p.

- | I. | Paganini, José María | II. Título |
|----|---|------------|
| 1. | GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD--
normas | |
| 2. | INDICADORES DE SERVICIOS--normas | |
| 3. | ACREDITACION | 4. OPAS |
- NLM W84.D88

© Organización Panamericana de la Salud. 1994

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Las entidades interesadas en reproducir en todo o en parte alguna publicación de la OPS, deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene, no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Organización Panamericana de la Salud
525 23rd. St., N.W., Washington, D.C., 20037-2895

INDICE GENERAL

Prólogo	vii
Introducción	ix

Manual de Acreditación

Marco conceptual e instrumentos	1
Instrumentos que regulan la calidad de la atención	2
Estrategia	4

Parte general

I. Consideraciones metodológicas	5
II. Interdependencia de los estándares	7
III. El contexto hospitalario de la atención de la salud en Latinoamérica y el Caribe	8
Conceptualización	8
Funciones del hospital	9
El hombre como eje del hospital	9
Derechos de los pacientes	10
Responsabilidades de los pacientes	13
IV. Instructivo preliminar y procedimientos	14
Condiciones para solicitar la acreditación	14
Recomendaciones para los procedimientos de solicitud de acreditación	15
Condiciones de calidad implícitas	15
V. Instructivo para el empleo e interpretación del manual	16
Estándares mínimos obligatorios	19
I. Organización de la atención médica	19
Continuidad de la atención médica	19
Derivaciones o referencia	21
Consultorios externos	23
Urgencias	24
Laboratorio de análisis clínicos	25
Diagnóstico por imágenes	28

Hemoterapia	30
Atención del nacimiento	32
Area quirúrgica	34
Anestesiología	36
Control de infecciones hospitalarias	37
II. Areas técnicas y de apoyo	39
Alimentación	39
Lavandería	41
Limpieza	42
Esterilización	43
Dispensa de medicamentos	44
Enfermería	45
Historias clínicas (HC) y archivo	47
Estadísticas	49
Gobierno hospitalario	50
Administración	52
Seguridad e higiene laboral	53
Seguridad general	54
Garantía de calidad	55
III. Documentación edilicia	56
Planos	56
IV. Estructura físico-funcional	57
Accesos	57
Circulaciones	58
V. Instalaciones	59
Sistema eléctrico	59
Control de excretas, residuos y potabilidad del agua	60
Confort en la internación	61
Estándares no obligatorios	62
Cuidados críticos	62
Neonatología	65
Medicina nuclear	67
Terapia radiante	68

Rehabilitación	70
Servicio social	72
Biblioteca	73
Apéndice	75
<i>Ejemplos de indicadores de calidad de la atención médica</i>	<i>77</i>
<i>especificados por servicios o especialidades para ser</i>	
<i>revisado y adaptado a las condiciones locales</i>	

PROLOGO

En septiembre de 1988, la Organización Panamericana de la Salud recibió el mandato de sus Cuerpos Directivos de reforzar las actividades de cooperación técnica a los Países Miembros, y de movilizar los recursos en la transformación de los sistemas nacionales de salud en base al desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS).*

Este mandato surge luego que los países de la Región, al evaluar los logros obtenidos para llegar a la meta de Salud para Todos en el Año 2000, coincidieron en la necesidad urgente de acelerar este proceso orientado a otorgar mayor prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud. En este contexto, hemos podido observar en los últimos años una profunda preocupación del sector por la calidad de la atención a la salud ofrecida por esta estructura de servicios.

La serie de publicaciones sobre Garantía de Calidad que la OPS/OMS, ofrece a los países de América Latina y el Caribe, representa un esfuerzo más para aumentar la calidad y la eficacia de la atención e incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles, contribuyendo, al mismo tiempo, al alcance de una mayor equidad en la prestación de los servicios de salud. El tema de Acreditación es un componente importante en ese esfuerzo y su adecuada implementación contribuirá a la realización de los objetivos y al aumento de la credibilidad de los casi 15,000 hospitales de la Región de América Latina y el Caribe.

Esperamos que los contenidos presentados en el Manual, sean de utilidad, para estudiosos de los servicios de salud y para los que están actualmente definiendo políticas y estrategias; así como, para los ejecutores y evaluadores de las acciones de salud.

Es nuestro interés que el debate y reflexión que produzca esta publicación, permita continuar y acelerar las actividades para lograr salud y bienestar para nuestros pueblos.

*Dr. Humberto de Moraes Novaes
Asesor Regional en Administración
de Hospitales y Sistemas de Salud.
División de Sistemas y Servicios de
Salud, OPS/OMS.*

*José María Paganini
Director, División de Sistemas y
Servicios de Salud, OPS/OMS.
Washington, D. C.*

* N. del Ed.: Resolución XV, de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo aprobada en la Décima Sesión Plenaria, 30 septiembre 1988.

INTRODUCCION

IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE*

En una reciente publicación de la Organización Panamericana de la Salud tuvimos la ocasión de definir el término "garantía de calidad" como "un subprograma de programación local de los servicios de salud que garantiza que cada paciente recibirá 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 riesgo 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 local de salud (SILOS)". (Novaes, 1992).

Así pues, para el desarrollo eficaz de programas de garantía de calidad se necesitarían las siguientes variables: i) calidad técnica de los profesionales; ii) uso eficiente de los recursos; iii) reducción al mínimo del riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos; iv) satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y acceso a los servicios de salud; y v) un sistema local de salud (SILOS) en el que los servicios intra y extrahospitalarios estén coordinados e integrados.

Para el cumplimiento de estas premisas, que se analizarán en el curso del presente trabajo, existen grandes desafíos que habrán de ser abordados por casi la totalidad de los cerca de 14.000 hospitales de esta Región (América Latina y el Caribe), ya que todavía no han sido alcanzadas algunas condiciones elementales. Burmeister (1992), en una presentación sobre las actividades desarrolladas por la Asociación Paulista de Medicina para mejorar la atención médica en los hospitales del estado de Sao Paulo, Brasil, mencionaba la existencia de un número importante de instituciones cuyos servicios de personal desconocían las calificaciones técnicas de los médicos que formaban parte de sus respectivos grupos clínicos. De esta forma, deben adoptarse medidas iniciales en lo que queda del siglo no solo para evaluar la calidad de la atención médica en América Latina sino más principalmente para garantizarla en el futuro próximo. Esta Región obtuvo grandes adelantos en cuanto a la expansión de los servicios de salud, presentando una cobertura básica razonable, y ahora necesita orientarse para la implantación de programas de calidad en esos mismos servicios y sus hospitales de referencia.

Para "garantizar" la calidad de la atención médica, se necesita primero definir: qué se evaluará, para qué, cuál será el fin (para el mejoramiento específico de la calidad clínica; para

* N. del Ed.: Este capítulo fue también publicado por el Dr. Humberto M. Novaes en la revista *Educación Médica y Salud*, Vol. 27, No. 3, pg. 357-375, 1993.

el control de los costos o reembolsos; para la acreditación de los hospitales) y cómo pretendemos dirigir el proceso de evaluación y las consiguientes correcciones de las deficiencias encontradas al nivel local. Se conoce poco sobre la duración del efecto de las medidas correctivas o de los incentivos en los hospitales de la América Latina para mejorar la calidad, tal como el papel de la formación de los funcionarios (debido al grado elevado de cambio de personal hospitalario), la suspensión del pago de los sueldos (práctica utilizada en los Estados Unidos para obligar a los médicos a completar el historial clínico de los pacientes admitidos), presiones por parte de los colegas del cuerpo clínico o modificaciones administrativas.

Si el objetivo es evaluar la calidad en una determinada zona geográfica o de captación, orientamos la observación a los aspectos estructurales, funcionales y de impacto de los servicios en las comunidades como, por ejemplo, en el estudio que realizamos en Niterói; Cali, Colombia, y Monterrey, México (Novaes, 1990). Si pretendemos evaluar una determinada prestación de servicios, pero con la finalidad de verificar la precisión de las cuentas hospitalarias para fines de reembolso, también se modifica la metodología. Cuando el proceso está orientado a evaluar el desempeño de los profesionales, debemos establecer otras reglas y métodos especiales y así sucesivamente.

Lo que queremos destacar es que, hasta el presente, la evaluación de la atención médica consiste, muchas veces, en apreciar más el "arte de curar" o los estilos, sobre la base de criterios subjetivos de las conductas médicas, de que, conforme a fórmulas cuantitativas exactas, y de esta manera, aumenta, en gran medida, la dificultad de realizar un proceso pragmático de evaluación. Si algunos años después tuviésemos que evaluar la calidad de los resultados de las diferentes técnicas de gastrectomía para el tratamiento quirúrgico de una úlcera de duodeno, por ejemplo, estaríamos frente a un problema casi sin solución ya que nos detendríamos más en la capacidad "artística" del cirujano que en parámetros científicamente medibles; en realidad, esas técnicas operativas caerían en desuso antes de que pudiesen ser "garantizadas" como de alta calidad, debido al éxito de la introducción de las terapéuticas clínicas.

Las conductas médicas están en continua evolución y los métodos de evaluación deben considerar estos adelantos aunque también la región o local que será objeto de observación, principalmente los valores y criterios de los profesionales y pacientes, para no caer en la imprudencia de establecer patrones con normas de calidad que están muy alejados de esa misma realidad local o regional.

En algunos países de América Latina, los curanderos llegan a tener más prestigio que los médicos, pudiendo hasta cobrar "consultas" a un precio más elevado que las de los "colegas" profesionales. El "arte de curar" de estos legos es notable y, en consecuencia, es apreciable la "satisfacción" de los pacientes por los servicios recibidos. La evaluación de la "satisfacción" del paciente y su familia, como medida de la evaluación de los resultados de la relación médico-paciente, depende siempre de la subjetividad de percepción, de los diferentes niveles educativos, sociales, económicos o lingüísticos que separan al profesional, y a los propios hospitales, de sus clientes.

La definición arriba indicada de calidad depende, pues, de la perspectiva de quién la define, según sus conocimientos, valores y recursos; para los clientes y sus familiares significa obtener un diagnóstico correcto y un tratamiento satisfactorio de acuerdo con sus propias percepciones; para los profesionales, prevalecen los criterios estrictamente técnicos de mejorar la calidad de la vida de los pacientes, que también son influenciados por sus propias percepciones, definidas por el contexto donde se trabaja, de la escuela médica responsable de su formación y de sus valores personales intrínsecos.

Casi siempre, la conducta médica tiene por base criterios implícitos y estos, en general, solo pueden ser evaluados por otro médico. Para superar esta dificultad es necesario exponer explícitamente estos criterios, mediante protocolos que describan todos los pasos lógicos seguidos por los profesionales para llegar a un diagnóstico o a una intervención terapéutica correcta, y que puedan ser comprendidos y seguidos por profesionales no médicos, eliminando así la posibilidad de la evaluación subjetiva exclusivamente médica. Este proceso es bastante complicado debido a las innumerables variables que pueden ocurrir en la evaluación clínica o el tratamiento de una determinada patología, así como también en relación con la edad, sexo y comorbilidades de los enfermos.

Estas conductas clínicas pueden observarse en los expedientes de los pacientes, pero sus principales limitaciones se deben a la omisión de eventos importantes, como la falta de informaciones sobre el estilo de la relación interpersonal entre el médico y el paciente y otras más comunes, como los propios errores en las anotaciones de observaciones clínicas o de su codificación. El historial clínico, entre tanto, es el principal instrumento de evaluación del proceso de atención de salud, e incluso esa modalidad tan básica para garantizar la calidad, en el caso de América Latina y del Caribe, está muy lejos de lo que se desea debido a deficiencias en los hospitales, bien sea de recursos humanos preparados para la organización de los servicios de archivo y estadísticas médicas, o de comisiones técnicas para realizar revisiones rutinarias de la calidad de sus expedientes.*

La garantía de la calidad institucional global, como hemos visto, es también compleja y difícil. Muchas veces, un hospital concentra la evaluación en aspectos secundarios, no por desearlo así sino más bien por ser más fácil. ¡Como en el caso del borracho que concentra su búsqueda de las llaves del automóvil debajo de un poste de luz no porque fuese en este lugar donde las perdió sino porque tiene más luz! (Vladeck, 1990) Algunos métodos se han aplicado para clasificar la gravedad de una enfermedad, ayudando al hospital a identificar problemas de calidad en la atención médica, en la utilización de los recursos apropiados y en el desempeño profesional.

* *N. del Ed.: Sobre el tema de los registros médicos e historiales clínicos, véase "Módulos de Aprendizaje", editado por el programa PALTEX de la OPS-OMS. Pueden ser adquiridos en las Representaciones de la OPS de las capitales en los países.*

En los Estados Unidos, por ejemplo, se utiliza con frecuencia APACHE II, desarrollado por la Universidad de George Washington, principalmente en pacientes críticos, utilizando 12 parámetros fisiológicos para categorizar y clasificar el caso. Otros sistemas fueron producidos por compañías privadas y tienen por base una revisión manual o por computadora del historial clínico, de los síntomas, signos, exámenes de laboratorio o radiológicos y demás escenarios clínicamente detectables. También se diseñaron "mapas", con una secuencia de criterios clínicos, científicamente comprobados, por ejemplo, para verificar si un clínico adopta una decisión correcta de hospitalización, en casos de dolor precordíaco.

No hay duda de que hasta el momento no existe un método único o mejor para evaluar la atención de salud en términos absolutos. Para la evaluación de la capacidad técnica, se utiliza el expediente; para la interacción entre el médico y el paciente o entre el hospital y el paciente se emplea la observación directa o cuestionarios. Cada método puede aplicarse en una situación específica, pero no en todas.

La evaluación de la "estructura" es siempre más fácil, rápida y objetiva, bien sea de los suministros, el personal, las calificaciones o incluso los aspectos gerenciales. Cabe recordar que la estructura más perfecta no garantiza la calidad, ya que el sistema logístico más perfecto para el suministro del mejor bisturí no evita que se corte una arteria. La revisión de las conductas llamada "evaluación del proceso" de la atención médica, tiene por base la revisión de las informaciones contenidas en los expedientes u observación directa de los procedimientos. Cabe observar, sin embargo, que un médico interno consagrado a su trabajo puede mantener un historial clínico minucioso pero de este documento pueden omitirse importantes datos subjetivos de todo el escenario clínico por no formar parte todavía de sus criterios clínicos implícitos. En la evaluación del proceso también se pueden analizar variables en cuanto a acceso de los pacientes al hospital, grado de utilización de los servicios, etc.

Por último, como la apreciación del efecto de la atención médica sobre la salud es la meta más importante, la "evaluación de los resultados" de la atención es el objetivo final de los programas de calidad. Esta, sin embargo es dificultada siempre por las distintas respuestas individuales a las agresiones físicas y psicológicas durante el período de observación u hospitalización, corroboradas por la ausencia de patrones de calidad explícitos para cada situación. También son complejas las evaluaciones de los impactos de la asistencia de salud en las comunidades.

Actualmente, estamos tratando de desarrollar una serie de indicadores que puedan "seguir" la calidad de la asistencia de salud en un sistema local, utilizando eventos específicos, tales como los siguientes:

- la amputación de un pie diabético indica, cuando seguimos retroactivamente la residencia del paciente, la inexistencia de un programa de control de los diabéticos por el centro de salud próximo a su vivienda;

- la atención en casos de aborto provocado por una adolescente, en el servicio de emergencia del hospital, pone de relieve una falta de calidad de los programas de planificación familiar del barrio;
- una pulmonía grave en un niño hospitalizado indica falta de atención a las enfermedades respiratorias en los niveles primarios de asistencia de este sistema local de salud.

Estos indicadores de los resultados actúan como señales de alerta para que las estructuras y procesos de los sistemas de salud vigentes sean mejorados y corregidos, sin necesidad de la realización de largos y costosos análisis epidemiológicos en determinados sistemas locales de salud o distritos sanitarios para detectar deficiencias en la calidad de la asistencia de salud, susceptibles de corrección inmediata mediante nuevas propuestas de conductas clínicas o modificaciones gerenciales.

Así, pues, en el ámbito de la evaluación, el para qué, por qué, cuál es el propósito y cómo, son preguntas básicas que tenemos que contestar antes de iniciar nuestros sistemas para "garantizar" la calidad. Cuando "garantizamos", asumimos un compromiso, no solamente para evaluar la calidad sino para mantenerla permanentemente.

CALIDAD TOTAL O MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Los Estados Unidos tienen una tradición muy antigua de subrayar la "calidad" en la atención médica mediante intervenciones que, en algunas ocasiones, fueron sumamente drásticas. En 1910, Abraham Flexner reveló para el país la pésima calidad de la formación médica y, en consecuencia, fueron cerradas 60 de las 155 facultades médicas durante el período hasta 1920 (Novaes, 1990). En 1916, E.A. Codman, médico del Estado de Massachusetts, estableció los principios sobre la importancia de la certificación del médico, acreditación de las instituciones y lo que se convirtió en una realidad ya en 1918, el establecimiento del Programa Nacional de Normalización Hospitalaria de acuerdo con el cual de un total de 692 hospitales solo fueron aprobados 90 (Graham, 1990).

En 1951, se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, de índole privada, que trataba en esa ocasión de introducir y subrayar en la cultura médico-hospitalaria nacional conceptos sobre análisis retrospectivos de casos, a través de las famosas auditorías médicas (1955). Progresivamente, esta "cultura de calidad" fue ocupando varios espacios académicos e institucionales en los Estados Unidos de América, obligando a las comunidades a presionar a los legisladores para la aprobación de leyes más complejas, la creación de entidades particulares en los estados para evaluar las cuentas pagadas por la seguridad social hasta que, en 1986, la Comisión Conjunta lanza un nuevo proyecto denominado "agenda for change" o "agenda para el cambio", cuya meta es desarrollar, hasta el año 2000, un proceso de monitoreo y evaluación de la calidad, orientado a los resultados clínicos, con hincapié en el desempeño institucional y del equipo de salud, utilizando indicadores específicos, identificados por sociedades científicas o grupos de expertos.

En los Estados Unidos de América, para implantar este ambicioso programa, se tuvo que superar una serie de etapas históricas anteriores que ciertamente contribuyeron a alcanzar el desarrollo actual. Son modelos de estos nuevos indicadores puntuales de la calidad, por ejemplo, en anestesia: la "presencia de lesiones cerebrales o medulares postanestésicas" o "pulmonía por aspiración"; en clínicas quirúrgicas: "infección de heridas postoperatorias", "úlceras de decúbito", etc.*

Los objetivos de esta "agenda" son concentrar la evaluación en eventos clínicos más comunes y que seguramente indican fallas en la atención médica, bien se deban a responsabilidad institucional o por parte de los profesionales. Subrayan también, en la evaluación clínica inicial, el uso inapropiado de exámenes diagnósticos con modalidades inadecuadas de tratamiento y de orientación después de darse de alta al paciente. Para que estos hospitales sean acreditados es indispensable monitorear continuamente estos compromisos para mejora de la calidad total de la atención médica. Estos objetivos deben figurar en la planificación futura del hospital, en la asignación de los recursos, en la evaluación del desempeño, en la distribución de premios o incentivos. En estos programas no basta ya con describir las funciones de cada miembro de la junta directiva del hospital sino que también se exige una eficaz comprobación de que estos directores demuestren, en la práctica, compromisos con los principios propuestos sobre calidad.

Es evidente que los países latinoamericanos tienen un largo camino que recorrer en este sentido. Tal vez por una tradición que se remonta a la época colonial, nuestra cultura se forjó admitiendo que la legislación autoritaria, de arriba a abajo, puede ser un sustituto de una larga etapa de práctica social que debería preceder a las reglamentaciones gubernamentales. Si fuese por "decretos ley", América Latina no presentaría más casos de infecciones hospitalarias en sus hospitales...

En los Estados Unidos de América, al menos en una buena mayoría de sus hospitales, ya se superaron estas etapas de evaluación de la estructura (física, organizacional, cuadro de personal, manuales de rutinas, normas y procedimientos), de proceso (evaluación de los historiales clínicos) y se concentran hoy en la identificación más exacta de los resultados, mediante los indicadores, clínicos o gerenciales, ya mencionados. Cabe resaltar que el período de las décadas de 1950 a 1980 en este país se caracteriza por una gran ausencia de participación médica en los temas de la gestión hospitalaria; varios aspectos de la administración de la salud dependieron de la orientación principal de profesionales no médicos, puesto que aquellos se sintieron mucho más atraídos por los grandes beneficios que ofrecía la clínica individual privada. En fecha más reciente se vuelve a sentir la presencia de los médicos tanto en la publicación de documentos administrativos como en la realización de seminarios sobre la evaluación de la calidad total.

* N. del Ed.: Pueden verse numerosos ejemplos de estos indicadores en el Anexo.

En el Brasil, en la década de 1970, ya hubo también una iniciativa en el Instituto del Corazón de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo (INCOR) de implantar programas de calidad total que se perpetuaran hasta el presente. En esta ocasión nos

concentraremos en dos etapas preliminares para establecer una mejor calidad para esa institución (Novaes, 1975).

1. El mejor equipo profesional, no solo en lo que respecta al área médica sino también a la enfermería, asistencia social, nutrición, fisioterapia, área de física médica, bioingeniería, farmacia-bioquímica y todos los demás miembros de la gran familia de profesionales que trabajan en un hospital complejo.
2. Para cada actividad se identificaron los "agentes" y las "tareas" correspondientes. Si consideramos como ejemplo la simple aplicación de un medicamento (o un error en este procedimiento), advertimos que intervienen en este proceso diversos agentes, desde el médico que examina y receta hasta el farmacéutico que envía la dosis específica, para un determinado paciente y a una determinada hora. Durante esta rutina operativa, pueden ocurrir fallas de procesamiento en cualquier punto, con los consiguientes problemas gravísimos para el paciente. Si recomendásemos a estos "agentes" que participan en el proceso que debatieron estas u otras rutinas en horas y días fijos, estaríamos constituyendo lo que se están llamando "grupos de calidad" o "círculos de calidad".*

En el ejemplo arriba citado, deseamos subrayar que la calidad no es un proceso pasivo de arriba a abajo sino, más bien, un proceso dinámico, no interrumpido y exhaustivo, de identificación permanente de fallas en las rutinas y procedimientos, que precisa ser periódicamente revisado, actualizado y difundido, con gran compromiso desde la más alta dirección del hospital hasta sus funcionarios más fundamentales. Un ayudante de enfermería no comprometido con los procedimientos de control de la infección tendrá tanta responsabilidad en la propagación de infecciones intrahospitalarias como la falta de pericia de un cirujano en la contaminación de una herida operatoria.

Como dijimos anteriormente, los mecanismos de incentivos para la calidad de la asistencia de salud en los Estados Unidos tuvieron raíces históricas muy profundas, más que en cualquier otro país europeo o asiático, en gran parte debido a una participación excepcional y presión de la comunidad para conseguir servicios médicos mejores y más accesibles, generando en consecuencia un movimiento constante de establecimiento de instrumentos y métodos, inclusive de índole jurídica, tendientes a alcanzar mayores niveles de calidad.

* *N. del Ed.: Para mayor información sobre numerosas rutinas operacionales y procedimientos, que ocurren en un hospital, véase el libro "Manual de Operaciones y Procedimientos Hospitalarios", editado por el Programa PALTEX, OPS/OMS.*

La "teoría de la mejora continua" de la calidad tuvo por referencia el éxito de las experiencias en el proceso de producción de las industrias japonesas, introducidas en los Estados Unidos por W. Edwards Deming y Joseph M. Jurán, y que tienen por base la comprensión y revisión de estos mismos procesos. Estas experiencias, utilizadas hace algunos años en el sector industrial, produjeron en fecha reciente graves lecciones para el sector salud norteamericano (Berwick, 1992).

Neuhauser (1990) describe los principales puntos de la doctrina de Deming para implantar un proceso continuo de mejora de la calidad. Estos son los siguientes:

1. "Promover constancia de propósitos para el mejoramiento del producto y el servicio".
2. "Adoptar una nueva filosofía".
3. "Abandonar la dependencia de inspecciones para alcanzar la calidad".
4. "No valorar un producto con base exclusiva en el precio".
5. "Mejorar, constantemente y siempre, cada proceso de planificación, producción y servicio.
6. "Implantar la capacitación en el servicio".
7. "Instituir el liderazgo".
8. "Eliminar el miedo".
9. "Romper las barreras entre las áreas técnicas".
10. "Eliminar frases hechas, exhortaciones y metas para los trabajadores".
11. "Eliminar las cuotas numéricas para los trabajadores y las metas cuantitativas para la gerencia".
12. "Eliminar las barreras que privan al personal de orgullo por el trabajo que realizan".
13. "Instituir un vigoroso programa de educación y automejoramiento para todos".
14. "Colocar a todos los miembros de la empresa a trabajar por el logro de una transformación".

Todas las personas que trabajan en hospitales, como en los demás servicios de salud, tienen enormes contribuciones que hacer, bien para su mejoramiento intrínseco como en cuanto

a las necesidades de las propias comunidades a las que sirven, pues juntos, con sus respectivas familias, también reciben informaciones valiosísimas sobre las demandas y respuestas de servicios a la población, así como sobre la competencia clínica de los servicios que ofrecen. Por tanto, al igual que para Deming, los «clientes» más importantes de la institución son sus propios funcionarios y sus sugerencias deben ser objeto de profundas reflexiones para adoptar posteriormente decisiones correspondientes, reflejadas en la planificación estratégica de la organización. Por tanto, el órgano directivo (consejos, directorios, asociaciones de profesionales, etc.) y otros órganos de dirección, deben prestar atención a utilizar sus conocimientos, habilidades o aptitudes, así como sus visiones del futuro, para incorporar estos aportes del personal hospitalar y comprometer a la institución en su conjunto al mejoramiento continuo de la calidad.

La extrapolación de técnicas de garantía de calidad industrial para el sector salud tropieza siempre con el conflicto semántico entre "la atención de salud" y la "la salud propiamente dicha". En lo que respecta al primer término, se refiere a todos los mecanismos logísticos de la producción de la atención médica; el segundo, que trata de la "salud" tiene connotaciones mucho más amplias así como su respectivo control de la calidad. Tal como ha dicho Dever (1991), la importancia de factores tales como el estilo de vida, la genética y el medio ambiente, son más importantes que la propia organización de los servicios de salud, pues, las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebro-vasculares, los accidentes automovilísticos, los homicidios, etc., son más dependientes de los estilos de vida que de los demás factores.

Por otro lado, volvemos siempre a la visión más restringida cuando comparamos que, de la misma forma que los pasajeros de un autobús quieren llegar al fin del viaje sin accidentes, conducidos por el mejor conductor, con una recepcionista amable, los enfermos también esperan recibir la mejor atención y volver a convivir en la comunidad sin secuelas, después del "viaje" a través de los servicios de salud. En estos procesos de tantas variables difícilmente conseguimos dejar de comparar los éxitos alcanzados, al final de este siglo, por el sector de la producción industrial con el incipiente proceso de evaluación de la calidad en la industria de los servicios de salud, como ocurre en los hospitales de América Latina.

La calidad es un factor principal y condición para la supervivencia de una empresa, sobre todo en los mercados muy competitivos como en los Estados Unidos de América donde el control de la "calidad total" es la herramienta indispensable y preliminar para alcanzar patrones ("normas") previamente establecidos de la calidad que aseguren la satisfacción de las demandas del cliente. Con este enfoque, en una industria, la calidad no puede medirse solamente tomando en cuenta la presencia de personal, máquinas y equipos, si sus propios miembros no están inmersos en una "cultura" de calidad, o sea, los trabajadores, en su totalidad, están profundamente comprometidos al cumplimiento de las metas, políticas, objetivos y programas de su organización. De acuerdo con el enfoque de "calidad total", es indispensable que el trabajador se sienta orgulloso del producto que fabrica antes de que este se ofrezca a la venta en el mercado. Para ello, participa en la identificación y solución de todos los problemas que surgen en su servicio. Estos equipos de mejoramiento continuo son los mismos que citamos

anteriormente, los cuales fueron instituidos en "InCor" (Instituto del Corazón, Sao Paulo) para poner en funcionamiento este gran hospital. Estos "grupos de participación", "círculos de calidad" o "círculos de servicio" solo son «agentes» que ejecutan tareas dentro de la cadena programada de producción hospitalaria.

Las limitaciones para la implantación de esta propuesta en América Latina emanan de la ausencia, de los "grupos" de debate, de un actor principal, que es el médico, sujeto siempre a distintas obligaciones profesionales, en general con varios empleos, que le impiden permanecer en los servicios por más de unas horas. Son infructuosas las tentativas de organizar grupos polifuncionales si no se hallan presentes uno o dos elementos básicos, a veces conflictivos. Otros aspectos que limitan el método son los sueldos bajos, la falta de motivación que resulta en un constante cambio de personal o la presión de los sindicatos, casi siempre contraria a los dirigentes de la institución, pues estas actividades multiprofesionales pueden debilitar las reivindicaciones corporativas aisladas. Las dificultades se deben también a las propias limitaciones de la ciencia médica, en la que varias áreas carecen de definición exacta de los patrones de referencia y por las deficiencias de los actuales sistemas de divulgación científica y de otros sistemas de información técnica.

No hay duda de que cualquier cambio institucional que interactúe con el comportamiento organizacional del empleado hospitalario, empleando técnicas de dinámica de grupo, es válido y ha de ser ensayado. Su implantación solo tendrá valor, sin embargo, cuando exista un fuerte estímulo y participación de los órganos directivos más altos del hospital y con una clara aceptación de las recomendaciones sugeridas, incorporándolas en las rutinas del establecimiento. Esta, como todas las demás propuestas, de un pasado reciente, sobre el desarrollo organizacional, lamentablemente, no puede ser generalizada a todas las organizaciones debido a barreras individuales o a resistencias de la cultura institucional al trabajo en equipo.

Para implantar un programa de calidad total, es necesario que la institución sea vista como un todo único; que la necesidad de cada servicio sea compartida por todos; que los equipos de personal estén suficientemente preparados para la gigantesca tarea; y que los indicadores de calidad de los eventos de mayor frecuencia, de alto riesgo o más propensos a problemas sean identificados con base en patrones referencia.

Creemos que si se alcanzase parte de los objetivos arriba indicados, la calidad sería su consecuencia natural. Pero, ¿cuántos de los 5.000 hospitales brasileños estarían preparados para hacer frente a este desafío? ¿Qué intensidad de fuerza de motivación sería suficiente para movilizarlos a fin de reconsiderar gran parte de sus procedimientos? ¿Para qué? ¿Es que no deberíamos comenzar por procedimientos más simples y más factibles, aplicables a la mayoría de las instituciones públicas y privadas? Estas son preguntas cuyas respuestas se sitúan en general en el terreno de las reflexiones empíricas.

ACREDITACION DE LOS HOSPITALES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

América Latina y el Caribe tienen cerca de 70% de sus hospitales con menos de 70 camas. Si bien existen grandes centros médicos públicos o privados, comparables a los más avanzados de cualquier otro continente, una cantidad razonable de estos hospitales no resistiría una mínima evaluación para garantizar una calidad permanente.

Frente a este escenario, la OPS/OMS, junto con la Federación Latinoamericana de Hospitales, elaboró un modelo de acreditación hospitalaria apropiado para las características de esta Región, suficientemente flexible, a fin de adaptarse a las diferencias pronunciadas entre una región y la otra, que fuese ampliamente debatido al nivel de países (Novaes, 1992).

Este modelo de Manual de Acreditación* para América Latina y el Caribe abarca todos los servicios de un hospital general para el tratamiento de los casos agudos. Su relación tuvo por objetivo no establecer paradigmas sino proporcionar una guía para servir de ilustración a las comisiones nacionales multiinstitucionales cuando elaborasen sus propios instrumentos de evaluación. Ya han tenido lugar reuniones en los países de habla inglesa del Caribe, en Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Paraguay y Venezuela, y están programados seminarios en los demás países, así como reuniones subregionales para los países del Cono Sur, la subregión andina, América Central y México. Y en 1993 se deberá celebrar una conferencia para América Latina y el Caribe en la propia sede de la OPS.

Para cada servicio hospitalario se establecieron "patrones", o sea, el nivel de atención, práctica o método óptimo esperado, definido por peritos o asociaciones de profesionales. En cada situación, el estándar o patrón inicial es el límite mínimo de calidad exigido. Se espera que ningún hospital del país se sitúe por debajo de ese nivel dentro de un período de dos años, por ejemplo. A medida que estos patrones iniciales son alcanzados, pasan al estándar o patrón siguiente. Por ejemplo:

Historiales o expedientes clínicos (HC) y archivo médico

Patrón Nivel I: Tienen HC de todas las personas atendidas en el establecimiento, tanto en régimen ambulatorio como interno. Un HC es legible, es firmado por el médico acompañante y tiene un fin (postevaluación, resumen o diagnóstico de alta). Existen normas difundidas y conocidas sobre la elaboración de los HC. Más de 80% de una muestra de HC de pacientes internados fue actualizada en el día anterior de la evaluación.

* N. del Ed.: El "Manual de Acreditación" puede adquirirse en las Representaciones OPS/OMS en las capitales de los países Latinoamericanos. Programa Paltex.

Tiene un local exclusivo para esta finalidad. El registro de HC está organizado por entrada doble: por número de orden y por orden alfabético.

Explicación a los evaluadores: Interrogar, en primera instancia, a la autoridad médica máxima del establecimiento y comprobar lo siguiente:

- si el HC se produce en todos los casos
- diferentes lugares donde se archivan
- el mecanismo administrativo de apertura del HC y de entrega a los profesionales a petición de estos
- preguntar específicamente sobre los HC de hospitalización, consultas externas, personal de emergencias y principales servicios
- en una muestra de 20 HC seleccionados entre las últimas hospitalizaciones registradas en el libro de altas, verificar si están firmados, si son legibles y si tienen postevaluación. Preguntar a la autoridad médica sobre la existencia de normas (patrones), de qué forma se divulgaron e informó al personal profesional. Verificar si ejemplares de estas normas están disponibles en las áreas de descanso de los médicos, puestos de enfermería, etc.
- interrogar a distintos profesionales en relación con su conocimiento de las normas
- sacar una muestra representativa de las áreas de hospitalización, incluyendo a los pacientes críticos, seleccionada de forma aleatoria, de al menos 20 HC en los establecimientos de más de 20 camas de hospital. Verificar si está registrada la evolución del día hábil antes de la evaluación, por lo menos en 80% de los HC revisadas. Seguir el mismo procedimiento con los HC de archivo.

Existen uno o varios lugares donde están archivados las HC y estos no son utilizados para ninguna otra actividad administrativa o de atención. Puede efectuarse una selección de los HC a partir del número de orden de apertura o por el apellido y nombre del paciente, de forma indistinta independientemente del modo en que estén ordenados en los estantes (dígito terminal, número de orden u orden alfabético).

Patrón Nivel 2: Existe supervisión de los HC

Patrón Nivel 3: Existe un HC único, tanto para atención ambulatoria como interna. Se registra el movimiento de HC y se efectúa un seguimiento de ruta.

Explicación a los evaluadores: Verificar en los HC de ambulatorio del día si existen registros de hospitalizaciones anteriores. Verificar en la misma muestra de HC, citada en el nivel 1, si existen registros sobre atención ambulatoria. Se entiende por HC único una concentración de todos los datos médicos en un sobre, fichero o contenedor único.

Se registran todos los movimientos de HC en cuadernos, fichas o cartones donde figuran los datos de salida, el personal responsable, el servicio y datos de regreso. Si el HC ha de transferirse de un servicio a otro, está previsto el mecanismo para informar al archivo acerca del cambio de ruta o encaminamiento.

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

Explicación a los evaluadores: El archivo es atendido por personal exclusivo para este fin. Si durante el horario de trabajo este personal realiza otras tareas afines (tales como estadísticas, otros registros, personal, etc.), debe considerarse como exclusivo si está siempre disponible para atender las necesidades del archivo. Está prevista la atención del archivo las 24 horas del día, lo que puede comprobarse en el plan de distribución del personal responsable del servicio.

En el ejemplo arriba citado (Manual de Acreditación, OPS/Federación Latinoamericana de Hospitales), cuando se alcanza la norma o estándar del Nivel 1, el paso siguiente consiste en alcanzar los Niveles 2 y 3, y así sucesivamente. Puesto que un hospital no está constituido por servicios independientes o aislados, es necesario, para que este sea acreditado, y para que presente una reputación consiguiente de buena calidad de atención médica, que todos los servicios, desde la lavandería hasta el centro quirúrgico, desde el servicio de personal hasta la unidad de terapia intensiva, hayan alcanzado al menos los estándares del Nivel 1.

No se "acredita" un servicio aislado. Incluso si una unidad del hospital está ya montada totalmente y es de calidad excepcional, con niveles de perfeccionamiento No. 3 o 4, por ejemplo, la institución continuará como acreditada al primer nivel, pues los otros servicios no pasaron de la escala 1. Esta metodología tiene por objetivo reforzar el hecho de que las estructuras y procesos del hospital están de tal forma interconectados que el mal funcionamiento de un componente interfiere en todo el conjunto y en el resultado final. Así, pues, el hospital "está" o "no está" acreditado. No se establecen niveles de acreditación distintos para cada uno de los servicios.

La acreditación es un método de consenso, racionalización y ordenamiento del hospital. El primer instrumento de evaluación técnica, explícita, objetiva de la calidad es el propio Manual de Acreditación y el segundo, de gran importancia, es la Comisión de Acreditación, que deberá ser apolítica, de representación múltiple, y realizar su tarea silenciosa y periódicamente. Cuando esta Comisión funciona bajo la tutela exclusiva del gobierno, sufre frecuentes distorsiones, debido a las numerosas presiones políticas a que se someten los gobernantes, y en consecuencia los hospitales, o no se someten al proceso de acreditación, o no se toman las medidas correctivas

aconsejadas por la Comisión de Acreditación. Principalmente en nuestro medio, es prácticamente imposible que una institución única se convierta en juez, jurado y promotor público al mismo tiempo.

Por otro lado, el sector privado latinoamericano, debido a toda su tradición cultural de dependencia del sector público, necesitará aún durante algunos años apoyo estatal para el desarrollo de las acciones sociales, de las cuales la salud es una parte importante y necesita frecuentes subvenciones financieras para corregir las deficiencias en sus sistemas de atención médica y, en especial, de las poblaciones más necesitadas. En el caso de que estas comisiones funcionen bajo la tutela exclusiva del sector privado, perdería la fuerza de los incentivos que, en América Latina, son casi siempre de iniciativa gubernamental.

En las reuniones patrocinadas por la OPS, en varios países, observamos que las mejores recomendaciones para la composición de estas comisiones están siempre orientadas a:

1. La representación de los sectores públicos (en especial, el Ministerio de Salud y la seguridad social) y los sectores privados.
2. La participación de las asociaciones profesionales.
3. La representación de los más distinguidos consejos o academias médicas del país.

Por otro lado, el debate del perfil de los evaluadores sugeridos en estas mismas reuniones se concentra en aquellos profesionales de indiscutible prestigio y experiencia, ya que se necesitarán individuos con estas características personales para formular recomendaciones pertinentes y asesorar a la mayoría en el funcionamiento de los hospitales mediante visitas, que pueden durar varios días, y debates internos posteriores para la solución de los problemas encontrados. La acreditación siempre es periódica, confidencial, con establecimiento de plazos para la corrección de las fallas encontradas. Su reglamentación puede establecerse a los niveles regionales, con el objetivo de compatibilizar el desarrollo local con los criterios de evaluación.

Hemos visto anteriormente que los médicos utilizan con frecuencia criterios explícitos, subjetivos, para determinar la calidad de la atención médica. Por otro lado, cada hospital debe localmente formular sus propios criterios explícitos para garantizar la calidad, previamente establecidos con precisión por parte de sus propias autoridades médicas, de enfermería o de salud, proponiendo, por ejemplo, criterios explícitos para exámenes, cuando se trate de la realización de una determinada intervención quirúrgica; para que el diagnóstico de estreptococos pueda ser confirmado por el cultivo microbiológico; para que los plazos de entrega sean los mínimos aceptables para la devolución de los resultados de una gasimetría. Estos criterios explícitos facilitan la evaluación por el personal no médico, simplificando los procedimientos futuros de acreditación.

CONCLUSIONES

La utilización de programas de *Acreditación* como enfoque inicial para implantar y garantizar la calidad de los servicios contribuye a que ocurra un cambio progresivo planificado de hábitos hospitalarios, a fin de promover en los profesionales de todos los niveles y servicios un nuevo estímulo para evaluar las debilidades y puntos fuertes de la Institución, establecimiento de metas claras y movilización constante para el logro de los objetivos a fin de garantizar la calidad de la atención médica.

Antes, durante y después de la evaluación para la acreditación, los proveedores de los servicios van presentando paulatinamente intereses para identificar y distinguir las discrepancias existentes entre las prácticas y los patrones aceptables de calidad, encontrando los medios para corregir o reducir las deficiencias, sin miedo a denunciar fallas, debido al prestigio institucional que adquiere quien apunta más problemas y presenta soluciones pertinentes para su resolución.

Deberán identificarse nuevos canales de comunicación, promoviendo los cambios necesarios y superando la resistencia para la implantación de los patrones de calidad, compatibilizados con los sistemas de valores de la comunidad hospitalaria y del contexto social, apoyados en sólidos mecanismos de incentivos a los equipos de los distintos servicios y no a proveedores aislados de servicios. En este proceso, es fundamental el papel del cuerpo de enfermeros y enfermeras comprometido con un programa de calidad ya que son, de todos los que trabajan en los hospitales, el único grupo profesional con presencia permanente, familiarizado durante y después de la formación académica con temas gerenciales y de auditoría clínica, y con habilidades sin igual para asesorar en la implantación y monitoreo de todo el proceso.

En la revisión de las propuestas de cambio, los hospitales no deben perder de vista que están insertos en un contexto social donde siempre existen otros servicios de salud y que por más recursos humanos y materiales que se comprometan al mejoramiento de la calidad, una gran parte de los problemas no depende de los éxitos alcanzados en la institución. Siempre es saludable recordar que en la América Latina, de 50% a 70% de los servicios de atención médica en las emergencias de los hospitales corresponden a casos de atención primaria que abruma estos servicios, desorganizan la asistencia y podrían ser atendidos con gran tranquilidad y calidad al nivel de puestos, centros de salud o policlínicas razonablemente equipados, geográficamente situados en el área de captación del hospital y pertenecientes al mismo sistema de salud local o SILOS (Distritos Sanitarios).

Las inversiones de recursos en estos niveles primarios, mucho antes que humanísticos, están encaminadas a la propia supervivencia funcional del hospital como organización médica de alta reputación. Los recursos invertidos en el diagnóstico y tratamiento de los casos que pueden ser atendidos por la red ambulatoria local representan aportes económicos importantes a los hospitales por la no atención de estas patologías más simples. Lo más grave es que estos mismos hospitales no realizan, con la debida calidad, la atención médica de estos casos pues casi

siempre la presión de la demanda obliga al personal de atención a concentrarse en la queja principal del paciente sin subrayar importantes aspectos de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que se realizan con mucha mayor eficiencia al nivel de puestos o centros de salud.

Para implantar un programa de garantía de la calidad, el hospital ha de estar sometido permanentemente a escrutinio gerencial, redistribuyendo los recursos según las prioridades contingentes de los servicios, manteniendo un equilibrio constante entre los objetivos a corto y largo plazos. Los nuevos programas desarrollados como consecuencia del hincapié en los aspectos de la calidad contribuyen a la renovación de ideas, sustituyendo antiguos conceptos o hábitos. Los verdaderos líderes hospitalarios que supieren aprovechar este estímulo, introducirán conceptos "nuevos" sobre la misión social de la organización para brindar servicios de calidad excelente, en los que la responsabilidad no es individual sino más bien de toda la "familia" hospitalaria. El establecimiento de objetivos exactos medibles, a corto y largo plazos, y su frecuente vigilancia, orientarán los planes para la acción, la estrategia de organización y la implantación de programas. Durante esta percepción futura y estratégica de la misión del hospital, surgirán naturalmente las necesidades de interpretar todos los aspectos de la sociología de la atención médica, con análisis del ambiente externo del hospital, la facilidad de acceso de los pacientes a la institución y la adecuación del hospital a las demandas de la comunidad.

Como destacamos al comienzo de este trabajo, se alcanzarán pocos éxitos si no hay una participación clara del órgano directivo del hospital, que se refleje no solamente en las recomendaciones escritas sino en el ejemplo de las actitudes. Los directores de los hospitales de América Latina que aspiran a iniciar un movimiento de mejoramiento de la calidad y permanecen en el hospital un par de horas solamente estarán condenados al fracaso.

Finalmente, jamás se podrá implantar un programa de calidad si el cuerpo clínico no está calificado, y probablemente, los aspectos de la formación, certificación y recertificación de la profesión médica en América Latina serán quizás el mayor desafío del sector salud en el próximo siglo. La contratación, promoción, evaluación y retención del personal hospitalario, más en especial los conocimientos y destrezas del cuerpo clínico, son parte inherente de los programas de calidad de la Región, siendo intolerable continuar aceptando pasivamente las condiciones de la enseñanza médica con facultades de medicina que no disponen de servicios adecuados para el adiestramiento, "residencias médicas", sin orientación, preceptoría o falta de leyes pertinentes sobre evaluaciones periódicas de la práctica médica.

Los Estados Unidos son, sin duda, el país más avanzado en lo que respecta al control de la atención médico-hospitalaria, con mecanismos diversos de evaluación, teniendo más de 5.000 hospitales acreditados por rigurosos patrones de calidad de la estructura, procesos y resultados. Todos estos instrumentos no impidieron, empero que su industria de salud fuese el blanco de acciones judiciales. A pesar de que los principales paradigmas mundiales sobre formación médica y la calidad de la atención se encuentran en este país, los costos de estos programas se harán prohibitivos. Las acciones legales contra los médicos y los hospitales, por falta de pericia

o por negligencia, distorsionan todo el sistema de evaluación de la calidad, transformando en gran parte la atención médica de este país en una actividad sumamente defensiva, apartando a los profesionales de los pacientes o, como en el caso de los hospitales, obligándoles a recurrir a verdaderos "habeas corpus" preventivos para defenderse de acciones eventuales de indemnización.

Las comisiones hospitalarias de "gestión del riesgo" ("risk management") en los Estados Unidos son casi oficinas de abogacía preventiva cuyo principal propósito real es proteger el patrimonio financiero del hospital, evitando eventos no deseables, perdiéndose así la perspectiva del objetivo principal del análisis de la calidad que es la observación del efecto de la atención en la salud de la población.

Si no se implantan con urgencia en América Latina mecanismos de control de la calidad de la formación médica, que incluyan su instrucción continua, y de los hospitales, encontraremos en un futuro no muy distante las mismas situaciones que tanto se interponen a la calidad de la atención médica en los Estados Unidos y que podrán también convertirse en una realidad de nuestro entorno, tan vulnerable a las acciones legales, bien sea por negligencia hospitalaria o por falta de pericia médica.

Esto deberá evitarse a cualquier precio, mucho antes que la ausencia actual de control de la calidad favorezca, no la implantación de mecanismo de autoevaluación o el control externo por las comisiones de acreditación sino por fuerzas económicas ajenas al sistema.

REFERENCIAS

Berwick, D.M.: "Caja de Resonancia - El Mejoramiento Continuo como Ideal en la Atención de la Salud". EN: La Garantía de Calidad - Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Ed. J.M. Paganini y H.M. Novaes, OPS/OMS - Federación Latinoamericana de Hospitales. Ed. PALTEX, OPS, 1992.

Burmeister, H.: "Experiencias da Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina". Ponencia presentada durante el Seminario sobre "Acreditación de los Servicios de Salud como Instrumento de Control de la Calidad". Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Brasilia, abril de 1992.

Dever, G.E.A.: "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud". Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Ed. PALTEX, Washington, D.C., 1991.

Graham, N.O.: "Historical Perspective and Regulation Regarding Quality Assessment". EN: Quality Assurance in Hospitals. Ed. Aspen, Rockville, MD, 1990.

Neuhauser, D.: "The Quality of Medical Care and the 14 Points of Edwards Deming". EN: Anthony Kovner & Duncan Neuhauser. Health Services Management. Health Administration Press. Ann Harbor, Michigan, 1990.

Novaes, H.M.: "Organização Funcional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo". Observaciones inéditas, 1976.

Novaes, H.M.: "Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) - Análise Conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina". PROAHSA, São Paulo. Ed. Livraria Pioneira e Editora, São Paulo, 1990.

Novaes, H.M.: "Garantía de qualidade em Hospitais da América Latina e do Caribe". EM: "Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe". Organización Panamericana de Hospitales/Organización Mundial de la Salud - Federación Latinoamericana de Hospitales. Ed. Federación Brasileña de Hospitales, Serie SILOS No. 13, Brasilia, 1992.

Novaes, H.M. & Paganini, J.M.: "Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe". Organización Panamericana de Hospitales/Organización Mundial de la Salud - Federación Latinoamericana de Hospitales. Ed. Federación Brasileña de Hospitales, Serie SILOS No. 13, Brasilia, 1992.

Vladeck, B.C.: "Quality Assurance through External Controls". EN: Quality Assurance in Hospitals, Nancy O. Graham. Ed. Aspen Public., Rockville, Maryland, 1990.

MANUAL DE ACREDITACION'

MARCO CONCEPTUAL E INSTRUMENTOS

Los países de América Latina y el Caribe presentan una gran riqueza de experiencias sociales y políticas, las cuales aún enmarcándose en un contorno de crisis económico financieras muestran los inequívocos signos de una sociedad en transformación y maduración.

En varios países de la Región, el sector salud se ha desarrollado, a lo largo de los años sin un plan regulador o concepción política estable que oriente las inversiones y el desarrollo de los servicios asistenciales. Por ello, las políticas aplicadas tuvieron metas y resultados sólo parciales, no logrando la reformulación o el ordenamiento de todo el sector, sino de alguna de sus partes.

A su vez, el crecimiento espontáneo de algunos de los subsectores determinó la separación neta entre la actividad privada, el sector público y la seguridad social, configurando una modalidad prestadora que presenta su propia problemática, independiente en sus orígenes, pero que potencia los efectos de la crisis económico financiera presente en los países de la Región.

La organización y morfología del sistema prestador muestran la existencia de compartimientos ocupados por los subsectores profesionales (médicos, odontólogos, enfermeras, etc.), los establecimientos asistenciales, y el mercado de medicamentos. Cada uno de ellos, organizado en función de los intereses comunes a cada actividad y sometidos a una ilógica puja,

-
- * *N. del Ed.: La primera versión de este Manual (1990) fue preparada por el Dr. Hugo Arce y por el Dr. Camilo Marracino, bajo los términos de referencia y la supervisión de la División de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS, dentro del "Acuerdo General de Cooperación" firmado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales. La preparación de la primera versión estuvo basada en una extensa bibliografía sobre el tema, publicada por los países de la Región de las Américas. Posteriormente, este documento recibió varias contribuciones de expertos de Asociaciones de Hospitales de varios países, así como de Instituciones de Seguridad Social, Organismos de Prépago, Ministerios de Salud y otras ONGs, entidades científicas y profesionales, para ajustarse a las características de los hospitales de la Región, donde la gran mayoría de las instituciones tienen menos de 70 camas. Su presentación oficial fue hecha en la Sede de OPS/OMS, en Washington, D.C. (mayo, 1991) a Representantes de 22 países, los cuales aportaron nuevas sugerencias ya incorporadas al presente Manual. En 1994, todos los países de la Región ya realizaron sus reuniones nacionales para la implementación de la propuesta. El Manual fue también publicado por el Programa PALTEX, de la OPS/OMS para los países de habla española y por la Federación Brasileña de Hospitales para los países de habla portuguesa, incluyendo Angola y Mozambique. Lo que se presenta a continuación es una versión revisada como consecuencia de los aportes recibidos.*

2 ▽ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Muchos de los actuales sistemas descuidaron la evaluación de la calidad de atención individual e institucional sistemática, dando lugar a un incremento innecesario de los costos. En forma inversa se genera una tendencia en la Seguridad Social a bajar el gasto independiente de las necesidades reales de cobertura. El resultado de esta ecuación es un incremento de la insuficiencia global del sistema, con aumento en los costos de la atención médica y disminución de la calidad.

En base a lo analizado, surge como necesidad básica el incorporar modificaciones sustanciales y suficientes como para enfrentar el deterioro de los sistemas de salud.

Si se analizan los factores que deterioran la eficiencia del sector salud, surge que el déficit en la planificación posibilita la existencia de instituciones que frecuentemente carecen de las mínimas condiciones para su habilitación, no responden a las necesidades reales de la población y brindan servicios que no cumplen con estándares de calidad mínimo.

Filosóficamente, y desde el punto de vista teórico, es imposible negar la necesidad de implementar normas referentes al mejoramiento de la calidad de atención médica. Sin embargo, las dificultades por las que atraviesan los distintos países, inducen con frecuencia a posponer estas acciones, pensando que no serían factibles, ni prácticas. Esta falacia debe ser aclarada demostrando que una forma eficaz de corregir el déficit señalado es el de actuar sobre la calidad de la atención optimizando la relación costo-beneficio.

Ante esta realidad, la utilización de métodos aptos para el reordenamiento constituye una actitud válida que actúa como guía, manteniendo su vigencia aún frente a una posible modificación del sistema de coberturas y financiamientos.

INSTRUMENTOS QUE REGULAN LA CALIDAD DE LA ATENCION

Por lo expuesto se propone 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 y para los sectores participantes. Para tal efecto y en una primera instancia nos limitamos a los procedimientos de evaluación de los establecimientos asistenciales, públicos o privados, estos son:

Acreditación: Es el 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.

Podría decirse que un establecimiento asistencial "acredita" o es "acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

Categorización: 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 prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización según tipo de establecimientos y permitiendo configurar en el futuro una red de servicios en los Sistema Locales de Salud (SILOS).*

Habilitación: Es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. 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 autoevaluación: Algunos métodos de monitoreo son ya conocidos en América Latina y el Caribe, tales como: las reuniones anatómo-patológicas postmortem, las discusiones de casos clínicos o las revisiones de registros médicos.

No obstante, existen otros tipos de autoevaluación los cuales tienen siempre en común el hecho de definirse contra criterios explícitos y aceptables de desempeño, que son comparados con la atención ofrecida. Por otro lado, se pueden aplicar diferentes técnicas antes de la propia admisión del paciente en la institución, en la cual se analiza la validez de la internación, o misión del paciente en el hospital donde se investiga el tipo de asistencia médica o de enfermería, después del alta, a corto o largo plazo, evaluándose las indicaciones para seguimiento. La referencia y contra referencia entre la red de servicios utilizando indicadores trazadores, las secuelas clínicas y la satisfacción individual y de los familiares por la atención recibida, son otros ejemplos de evaluación.

Las herramientas de trabajo utilizadas son epidemiológicas, sociológicas, administrativas

* N. del Ed.: La "categorización" de hospitales, con fines de pago para las internaciones, con "estrellas" o "cruces", a similitud de los hoteles, no presenta todavía consenso en América Latina debido a tres restricciones principales: Primero, el que se refiere a los aspectos de equidad, pues se admite que para un mismo cuadro patológico, en individuos biológicamente semejantes, en un mismo medio ambiente, la calidad de la atención y los consecuentes costos de los diagnósticos y tratamientos pertinentes, deberían ser prácticamente los mismos - la diferencia corresponde al lujo de la hotelaría. Segundo, el papel del grado de conocimientos y habilidades del médico responsable por el caso, no se mide todavía por "cruces" o "estrellas". Son mencionados en situaciones de emergencias, diversos tratamientos exitosos, de alta calidad, de casos complejos, clínicos o quirúrgicos, en hospitales de baja complejidad, que probablemente no podrían ser categorizados con mas "cruces" o "estrellas". Por último, la tercera observación se refiere al espiral inflacionario, que esta "categorización" podría determinar en la adquisición de tecnologías poco apropiadas o indeseables, en una determinada área geográfica, solamente adquiridas para aumentar el grado o el puntaje en la "categoría" del hospital.

4 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

patológica, registros médicos, etc. Estas actividades representan lo que se viene impulsando por la OPS en Latinoamérica y el Caribe, o sea la "epidemiología hospitalaria".

ESTRATEGIA

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

Así, la habilitación sería el paso inicial para la puesta en marcha de un establecimiento asistencial, la Categorización la clasificación de acuerdo con la complejidad y suministraría los determinantes de las prestaciones que se pueden realizar y la constitución de redes de establecimientos, y la Acreditación conduciría a la elevación progresiva del nivel de calidad institucional de la atención. Los métodos de autoevaluación son procedimientos intrainstitucionales específicos. La implementación de los instrumentos de referencia o contra-referencia pueden adquirir un ordenamiento condicionado por la realidad regional o local. Las estrategias posibles incluyen el abordaje a través de los instrumentos descritos en forma individual, secuencial o simultáneo.

De acuerdo con lo expuesto, el desarrollo de programas de "Garantía de Calidad" en los distintos países de América Latina y el Caribe, puede seguir las vías de abordaje que se consideren más aptas o adecuadas, pero aceptando que el asumir la existencia de dichos programas es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales.

Varios han sido los esfuerzos y aportes que la OPS ha realizado a los efectos de facilitar e impulsar dichas iniciativas, las cuales se han concentrado en el tema **acreditación y control de la infección hospitalaria** ya que los mismos proveen resultados apropiados inmediatos a las necesidades expuestas, además de resultar desencadenadores de otras acciones convergentes.

En función de lo expuesto y frente a las distintas variables observadas, se elaboró e implementó en 1990 un convenio entre la Organización Panamericana de Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales, mediante el cual se acordó impulsar el desarrollo de un Manual de "Estándares de Acreditación para América Latina" por entender que el mismo aportará un fuerte impulso a tales iniciativas, así como permitirá la definición de estándares adecuados, viables, creíbles, fundamentados y avalados por expertos del más alto nivel en los países de la Región.

PARTE GENERAL

I. CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

La elaboración de requisitos de calidad de atención médica constituye un instrumento normativo destinado a evaluar servicios o instituciones con **objetivos previamente definidos**. En este sentido la objetividad del instrumento de evaluación utilizado, depende más de la claridad de los objetivos establecidos que de la imparcialidad con que se seleccionen los indicadores que deben verificar los evaluadores.

La realización de un programa de acreditación está vinculada a una racionalización de la oferta de servicios -que se configuran como tendencia histórica en los últimos años- mediante un mecanismo de selección basado en la evaluación de la calidad de la atención médica. Este proceso de racionalización es una consecuencia previsible de la expansión de la capacidad instalada asistencial, a expensas de establecimientos de infraestructura precaria o por remodelación de edificios construidos con otra finalidad. De este modo surge la necesidad de establecer un piso de calidad y seguridad asistencial, por debajo del cual debe desalentarse la prestación de servicios a la Seguridad Social.

Por otro lado una parte importante de los establecimientos públicos, construidos en las décadas del 40 y 50, presentan actualmente un alto grado de obsolescencia, por insuficiente mantenimiento edilicio o por no haberse adaptado a los cambios de la tecnología médica.

Con un mayor o menor peso de la capacidad privada respecto de la pública, una variable participación de la Seguridad Social en la financiación de la salud, o diferentes circunstancias históricas y político-económicas, la situación actual de la capacidad instalada hospitalaria de los países latinoamericanos presenta marcadas similitudes.

La disparidad de los niveles de calidad existentes, está también facilitada por una gran variedad de normas y legislación de habilitación, que en algunos casos están actualizadas y en otros son obsoletas o se aplican inadecuadamente. Esta heterogeneidad normativa se encuentra entre distintas provincias y municipios en los países de Latino América y el Caribe. De manera que para establecer estándares de calidad, no se puede partir de una base de normas habilitadoras comunes, que garanticen niveles mínimos de acreditación.

Para elaborar los estándares de acreditación, se partió de un conjunto de criterios, que conviene mencionar previamente:

- a) el análisis de la relación costo/beneficio no debe ser ajeno a la consideración de los procedimientos de evaluación de calidad de atención médica. Un procedimiento excesivamente detallado, cuya aplicación dé buenos resultados en tanto relevamiento de datos representativos de la institución evaluada, puede ser excesivamente costoso en cuanto a la inversión necesaria de personal calificado para efectuar cada evaluación.

6 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- b) la detección de indicadores de calidad en un establecimiento no debe procurar una descripción exhaustiva de los servicios hospitalarios, sino la verificación de los datos más representativos de la realidad existente, cuyo análisis permita arribar a conclusiones eficaces en forma sencilla.
- c) la simplificación del procedimiento de acreditación hace necesaria la utilización de indicadores esencialmente cualitativos, cuya verificación no requiera prolongados recuentos de eventos, sino la observación de ciertos datos cuya presencia permita suponer condiciones de calidad. (Ver Apéndice).
- d) los indicadores a seleccionar deberán ser fácilmente verificables, en lo posible por la sola observación, evitando estándares cuya evaluación implique revisiones extensas de documentación.
- e) los estándares procurarán evaluar -dentro de un mismo servicio- aspectos de estructura, proceso y resultados, buscando indicadores dinámicos que reflejen con la mayor amplitud la calidad de las prestaciones. Aunque la evaluación de resultados ofrece frecuentes dificultades -dado que los propios establecimientos evaluados no la realizan- los indicadores preferentemente deben considerar condiciones estructurales previas al acto médico, así como la calidad con que se desenvuelve el proceso de atención.
- f) cada estándar debe prever distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes. Los diferentes grados de satisfacción no deben apuntar a contemplar la variedad de complejidades de los establecimientos, sino los distintos niveles de calidad logrados en la satisfacción del requisito.
- g) el rango de amplitud de los estándares debe abarcar desde un mínimo cuya satisfacción exprese de por sí un aceptable nivel de calidad, hasta un óptimo, que debe encontrarse presente en algún establecimiento de la Región. El óptimo no debe ser ideal, sino lo mejor que la realidad existente permite.
- h) los diferentes grados de satisfacción de un estándar deben ser correlativos entre sí, no corresponden a distintas características de jerarquías paralelas. Los niveles de satisfacción superiores implican haber satisfecho los niveles inferiores.

Acerca de la elaboración de ciertos estándares, conviene comentar además, algunos conceptos adicionales:

- a) los servicios de Medicina Crítica, tanto Terapia Intensiva como Neonatología, dependen de manera sustantiva de la infraestructura tecnológica disponible y, en particular, de la concentración de la tecnología por cada plaza de atención intensiva. En este caso los distintos niveles de satisfacción de los estándares reflejan, en parte, grados de complejidad tecnológica del servicio; si bien se han contemplado algunos aspectos de calidad del proceso de atención médica, tienen un contenido descriptivo del equipamiento

existente. En algunos casos, como la Unidad de Reanimación o la atención del recién nacido normal, las características se superponen con actividades requeridas para los estándares de Urgencias y de Atención del Nacimiento, respectivamente. Esta superposición expresa los aspectos "obligatorios" y "no obligatorios" de dichas áreas, como veremos mas adelante.

- b) también los estándares de Terapia Radiante y de Medicina Nuclear tienen un marcado acento en la infraestructura tecnológica; se ha procurado, asimismo, incluir aspectos de calidad del proceso de atención médica.
- c) el estándar de Anestesiología debe ser considerado un servicio mínimo y obligatorio; sin embargo, en la práctica estas actividades funcionan como una dependencia del Area Quirúrgica en forma indiferenciada. En algunos países en cambio, dependen de este servicio, tanto Terapia Intensiva, como la responsabilidad del cuidado clínico del paciente durante el acto quirúrgico. Cuando funcionan en forma indiferenciada dentro del Area Quirúrgica, incluso la responsabilidad del cuidado de las complicaciones cardiovasculares intraoperatorias, está a cargo de cardiólogos y no de anesestesiólogos.
- d) no fueron considerados en este Manual los servicios de asistencia respiratoria en forma diferenciada, ya que éstos funcionan siempre como parte de Terapia Intensiva; salvo cuando se trata de establecimientos monovalentes especializados en enfermedades respiratorias, en cuyo caso, quedan fuera de los alcances de este Manual.

II. INTERDEPENDENCIA DE LOS ESTANDARES

Se centran bajo esta denominación, un conjunto de exigencias que surgen de la necesidad de los establecimientos de funcionar como un conglomerado armónico de servicios y, a su vez, como parte de una red local de establecimientos integrados (SILOS).

Para definir estas necesidades interdependientes conviene tener en cuenta tres conceptos organizativos:

- **el desarrollo armónico** de los distintos componentes de un establecimiento, favorece la eficiencia organizativa y evita crecimientos desmesurados de algunos servicios no sustentados en una adecuada infraestructura técnica de la institución.
- el concepto que debe definir la categorización de los establecimientos es el de **riesgo de la atención médica**, antes que el de complejidad tecnológica, procurando que la institución se encuentre armónicamente preparada para absorber un determinado nivel de riesgo y derive los casos que lo superen.

8 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- el enfoque de la oferta local de servicios como un sistema, induce a considerar como parte de un establecimiento, servicios que se encuentran fuera de su planta física, e incluso sin pertenecer patrimonialmente al mismo propietario; de manera que la **disponibilidad local de servicios**, es un recurso de la institución hospitalaria que debe ser incluido en la evaluación.

En líneas generales, como en el instructivo para la interpretación del Manual, la coherencia "horizontal" de los niveles de satisfacción de los distintos estándares, expresa una aproximación primaria de requisitos interdependientes. En segunda instancia, los servicios de Medicina Crítica -Terapia Intensiva y Neonatología- plantean un conjunto de exigencias en lo referente a medios de diagnóstico disponibles. Asimismo, el Area Quirúrgica, el Servicio de Urgencias y las Derivaciones, agregan un conjunto de exigencias interdependientes que deben ser tenidas en cuenta.

III. EL CONTEXTO HOSPITALARIO DE LA ATENCION DE LA SALUD EN LATINOAMERICA Y EL CARIBE

Conceptualización

Se considera hospital en el presente Manual, todo establecimiento -independientemente de su denominación- dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de la Seguridad Social; de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscripta su admisión a un sector de ella.

Los objetivos del presente instrumento evaluativo, se limitan a los establecimientos polivalentes de agudos con internación, sin perjuicio de la denominación genérica que posean. Esta definición requiere una aclaración de los términos empleados:

- Denominación del establecimiento: hospital, instituto, centro médico, policlínico, clínica, sanatorio, o cualquier otra equivalente.
- Establecimiento polivalente: presta atención en las cuatro clínicas básicas (Clínica Médica, Cirugía General, Pediatría y Toco-Ginecología) ya sea a través de profesionales especializados o por medio de médicos generalistas.
- Establecimiento de agudos: dedicado a la resolución de enfermedades en plazos breves, independientemente de la naturaleza aguda o crónica del proceso patológico; se excluyen los nosocomios destinados al albergue por períodos prolongados de pacientes con incapacidades permanentes o las residencias permanentes con atención médica auxiliar.
- Establecimiento con internación: debe ofrecer internación con atención ambulatoria o sin ella, aunque ambas fases de la atención médica se lleven a cabo en edificios diferentes; la internación debe constituir uno de los objetivos principales de la institución y no

solamente un servicio accesorio, como camas de recuperación de operaciones ambulatorias, camas de observación u "hospital de día" para tratamientos ambulatorios.

Funciones del hospital

Adoptando un enfoque sistémico, los hospitales forman parte de una red de servicios de atención de la salud, asociados geográficamente, ya sea por una organización planificada o como consecuencia de un ordenamiento espontáneo de los factores asistenciales existentes. Este criterio, que abarca la totalidad de la oferta de servicios disponibles en un territorio determinado, se integra en los "sistemas locales de salud" (SILOS).

En este contexto debe enunciarse el papel específico que deben cumplir los establecimientos hospitalarios, en el sentido amplio con que han sido caracterizados mas arriba:

- atención médica continuada: concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible, para reintegrar rápidamente el paciente a su medio;
- atención médica integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente;
- atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red, garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver cada caso;
- área programática: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones;
- efector de los programas de salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria.

El Hombre como eje del hospital*

El desarrollo de programas de Garantía de Calidad es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales. Toda institución hospitalaria, dada su misión esencial en favor del Hombre, debe preocuparse por un mejoramiento permanente en tal forma que logre una integración armónica de las áreas médicas, tecnológicas, administrativas, económicas, asistenciales y si fuere el caso, también, de las áreas docentes e investigativas.

A diferencia de otras empresas en un hospital o institución de salud la materia prima que ingresa es el hombre enfermo y lo que la Institución debe entregar es salud. Consecuentemente,

* *N. del Ed.: Contribución de la Asociación Colombiana de Hospitales. "Hombre" en el texto tiene la connotación de ser humano, o sea hombre/mujer.*

10 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

el concepto de "persona humana" es consubstancial al ser de estas Instituciones, que adquieren pleno sentido cuando se conciben en razón y servicios del hombre.

Es el hombre cuyo organismo no funciona adecuadamente, es el Hombre que padece, que sufre, que se desequilibra, que se debilita en sus capacidades, en su desarrollo personal o en sus relaciones con la sociedad, es ese hombre el que le da la razón de la existencia a la entidad de salud.

Esa persona debe ser recibida, tratada, comprendida y aceptada con todo lo que es en su ser finito, pero también con su destino trascendente.

Ella posee en sí misma una riqueza insondable, unos valores y tesoros ocultos en su interior y que no siempre aparecen ante el ojo clínico del Profesional de la Salud, ni pueden someterse a exámenes de laboratorio ni pueden descubrirse mediante los más sofisticados aparatos, llámense escanógrafos o de medicina nuclear o los que vendrán próximamente.

Un "Manual de Acreditación de Hospitales" adquiere su pleno sentido cuando al determinar los criterios para evaluar las diferentes áreas, integra el concepto de la Institución como un lugar donde se recuperan y se tratan los profundos valores humanos, donde todos los participantes activos en la recuperación de la salud son conscientes de que están tratando con "seres humanos", cuando aceptan que ayudan a aliviar dolores, sufrimientos, desequilibrios humanos y así entregan lo mejor de sí mismos para devolver a sus pacientes la felicidad, la paz, la armonía, el equilibrio con las personas y cosas que los rodean, en una palabra, para producir alegría en sus semejantes.

Derechos de los pacientes*

Acceso al tratamiento

A todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible o que se indique médicamente, sin considerar su raza, creencia, sexo, origen nacional o procedencia del pago para del tratamiento.

Respeto y dignidad

El paciente tiene el derecho de recibir el tratamiento respetuoso en todo momento y bajo todas circunstancias, como reconocimiento de su dignidad personal.

* N. del Ed.: Extraído de la versión en español del Manual de la Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones de Salud, Chicago, USA, 1985.

Privacidad y confidencialidad

El paciente tiene derecho, de acuerdo a la ley, a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

- El derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con el hospital, incluyendo visitantes o personas oficialmente relacionadas con el hospital pero no involucradas directamente en su tratamiento.
- El derecho de usar el vestido personal apropiado, así como otros objetos religiosos simbólicos, siempre que no interfieran con los procedimientos del diagnóstico o del tratamiento.
- El derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo presente durante ciertas partes de un examen médico, durante el tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a no permanecer desnudo durante mas tiempo que el necesario para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió desnudarse.
- El derecho a esperar que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y que no haya gente presente que no esté directamente involucrada en su tratamiento, presente sin su consentimiento.
- El derecho a que su expediente médico sea leído solamente por aquellos directamente involucrados en su tratamiento o de supervisar la calidad de éste; así como por otras personas solamente con su autorización previa por escrito, o la de su representante legal autorizado.
- A esperar que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo la proveniencia del pago, sean tratados confidencialmente.
- El derecho a que se le dé el aislamiento y la protección que se consideren necesarios para su seguridad personal.

Seguridad personal

El paciente tiene el derecho a esperar una seguridad razonable en la medida que las prácticas y las instalaciones del hospital lo permitan.

Identidad

El paciente tiene el derecho a saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios, así como el derecho a saber qué médico o

12 ▽ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

profesional de la salud está principalmente a cargo de su tratamiento. Esto incluye el derecho del paciente a saber si existe alguna relación profesional entre los individuos que lo están tratando, así como la relación con otras instituciones de salud o educativas involucradas en su tratamiento. La participación de un paciente en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósitos de investigación, deberá ser voluntaria.

Información

El paciente tiene el derecho a obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico (hasta donde se sepa), su tratamiento o cualquier pronóstico. Dicha información deberá comunicarse al paciente de manera que se pueda esperar la comprensión de éste. Cuando no se considere médicamente aconsejable dar esta información al paciente, dicha información será puesta a la disposición de un individuo autorizado.

Comunicación

El paciente tiene el derecho al acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas de manera verbal y escrita. Cuando el paciente no hable, ni entienda el idioma predominante de la comunidad, deberá tener acceso a un intérprete. Esto es de particular importancia cuando dichas barreras idiomáticas representen un problema continuo.

Consentimiento

El paciente tiene el derecho a participar, razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. Hasta donde sea posible, esto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su condición y de todos los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo la posibilidad de cualquier riesgo de muerte o reacciones serias, de problemas relacionados con su recuperación y su posible salida satisfactoria. El paciente no deberá estar sujeto a ningún procedimiento sin su consentimiento voluntario, competente y cuerdo, o el de su representante autorizado legalmente. Cuando haya alternativas médicas significativas para su tratamiento, también se le deberá informar al paciente.

El paciente tiene el derecho a saber quién es el responsable de autorizar y llevar a cabo los procedimientos o el tratamiento.

Al paciente se le deberá mantener informado si el hospital se propone realizar o emprender experimentación humana o algún otro proyecto educativo o de investigación que afecten su salud o su tratamiento. Asimismo, el paciente tiene el derecho de rehusarse a participar en dichas actividades.

Consultas

Bajo petición y a su cuenta, el paciente tiene derecho a consultar con un especialista.

Denegación del tratamiento

El paciente podrá rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente, impida la prestación del tratamiento adecuado según las normas profesionales, la relación con el paciente se dará por terminada previo acuerdo.

Responsabilidades de los pacientes

Suministro de información

El paciente tiene la responsabilidad de suministrar, bajo su mejor entendimiento, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. El paciente tiene la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición, al profesional responsable. El paciente también es responsable de informar si entiende claramente el curso de acción contemplado y lo que se espera de él.

Cumplimiento con las instrucciones

El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional principalmente responsable de su cuidado. Esto puede incluir seguir las instrucciones de enfermeras y personal de cuidado asociado en el desempeño del plan de salud coordinado y en llevar a cabo las órdenes del profesional responsable y en el cumplimiento de los reglamentos y estatutos del hospital. El paciente es responsable de cumplir con sus citas y, cuando sea incapaz por cualquier razón, de notificar al profesional responsable del hospital.

Denegación de tratamiento

El paciente es responsable de sus acciones si rehusa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del practicante.

Reglamentos y estatutos del hospital

El paciente es responsable de observar reglamentos y estatutos del hospital que afecten el tratamiento y la conducta del paciente.

Respeto y consideración

El paciente es responsable de ser considerado con los derechos de los demás pacientes y personal del hospital, y de ayudar en el control del ruido, humo y del número de visitantes. El paciente es responsable de ser respetuoso de la propiedad de otras personas y del hospital.

IV. INSTRUCTIVO PRELIMINAR Y PROCEDIMIENTOS

Condiciones para solicitar la acreditación

Todo establecimiento sanitario, que responda a la definición de "hospital polivalente de agudos con internación", mencionada en el capítulo anterior, puede someterse al presente método de evaluación, siempre que se encuentre ubicado dentro del territorio jurisdiccional del ente evaluador que tenga a su cargo la ejecución del procedimiento de acreditación.

Para solicitar la acreditación, el establecimiento postulante deberá reunir los siguientes requisitos preliminares:

- . estar habilitado por la autoridad sanitaria nacional, provincial o municipal que corresponda;
- . que tenga por lo menos un año de funcionamiento continuado, legalmente habilitado;
- . que mantenga sus instalaciones en funcionamiento los 365 días del año;
- . que mantenga instalaciones, camas y servicios disponibles en forma continuada las 24 horas del día;
- . que cuente con un cuerpo médico propio que garantice la continuidad de la atención en forma permanente;
- . que se asegure que, todo profesional que tenga acceso al uso de sus instalaciones se encuentre habilitado para ejercer sus actividades específicas;
- . si los consultorios en casos que se posean, están:
 - contruidos con tabique que impidan escuchar conversaciones en los locales vecinos;
 - ventilación directa al exterior o indirecta a través de conductos especiales;
 - sistema de calefacción ambiental, según temperatura invernal media de la zona;
 - facilidades para el lavado de manos: lavabo, jabón, toalla o seca manos, ya sea en el propio local o en una circulación técnica contigua.

Recomendaciones para los procedimientos de solicitud de acreditación

Para solicitar la acreditación, el establecimiento deberá dirigirse por escrito a la sede del ente evaluador correspondiente a su jurisdicción, de acuerdo a las siguiente normas de procedimiento:

- . confeccionar un formulario de pedido en el que se certifiquen los requisitos preliminares consignados en el apartado anterior;
- . pagar el costo de la evaluación de acuerdo al arancel estipulado por el ente evaluador;
- . Cuatro semanas antes de la evaluación, el establecimiento recibirá el Manual de Acreditación que se habrá de emplear en el reconocimiento;
- . con una semana de anticipación, las autoridades deberán comunicar al público, al personal y a los pacientes, en forma clara y visible que -durante la fecha estipulada- estarán presentes los evaluadores que realizarán el reconocimiento;
- . deberá instruirse especialmente al público, personal y pacientes internados para que contesten a todos los requerimientos de los evaluadores;
- . al término del proceso de acreditación, los evaluadores informarán a las autoridades del establecimiento, los resultados de la aplicación del instrumento de evaluación y la decisión que recomendarán al ente evaluador. Asimismo, asesorarán al establecimiento sobre los objetivos hacia los que deberá orientar sus inversiones en el futuro inmediato, de acuerdo al instructivo de interpretación;
- . el dictamen final será comunicado a las autoridades del establecimiento en forma confidencial, por el ente evaluador;
- . La facultad de dar a conocer públicamente el resultado de la evaluación, quedará exclusivamente a cargo del establecimiento;
- . el resultado de la evaluación podrá ser apelado ante la máxima autoridad del ente evaluador, la cual emitirá un dictamen final inapelable;

Condiciones de calidad implícitas

Las características metodológicas del formulario de acreditación se orientan a analizar *algunos indicadores representativos* de los servicios evaluados y no a describir la totalidad de las condiciones de calidad requeridas. Esta diferencia entre la descripción exhaustiva y los datos más representativos, elegida en función de la relación costo-beneficio de la evaluación, requiere señalar algunos requisitos elementales no incluidos entre los indicadores de calidad, pero que

16 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

deben considerarse condiciones exigibles implícitas en todo establecimiento hospitalario. Entre estas condiciones pueden señalarse las siguientes:

- . paredes descascaradas o con reboques deteriorados;
- . superficies rugosas en áreas de circulación restringida (quirófanos, esterilización, terapia intensiva, etc);
- . goteras o humedad en los cielorrasos y/o paredes, no reparadas;
- . disponibilidad de agua interrumpida o restringida, en algunas horas del día;
- . ubicación edilicia en zona inundable;
- . pintura de las paredes y carpinterías, deteriorada o antigua;
- . animales domésticos dentro del edificio, presencia de cucarachas o roedores;
- . uniformes del personal sucios, desaliñados o de aspecto desprolijo;
- . escombros y/o basura acumulados fuera de los lugares destinados a este fin;
- . carencia de instalaciones para la circulación vertical de camillas y sillas de rueda (rampas, ascensores) en establecimientos de más de una planta.

V. INSTRUCTIVO PARA EL EMPLEO E INTERPRETACION DEL MANUAL

El presente instructivo está destinado a establecer los criterios mediante los cuales se definirá el resultado final de la acreditación, a partir de los indicadores evaluados, teniendo en cuenta que el conjunto de los datos relevados debe desembocar en una decisión taxativa sobre si el establecimiento queda o no acreditado. Estas pautas son orientadoras y estarán sujetas a la revisión de los responsables del programa de cada país, de acuerdo a:

- las políticas en que se encuadre el procedimiento de evaluación
- las realidades locales de los servicios de salud
- los niveles de desarrollo de los establecimientos existentes

El Manual se compone de dos grupos de requisitos de acreditación, estándares obligatorios y no obligatorios. Los estándares incluidos en el primer grupo deben ser considerados mínimos y obligatorios para todo establecimiento que solicite la acreditación. Los comprendidos en el segundo grupo, dependerán de la existencia o no del servicio en la institución evaluada o de la decisión de cada país o región de incluirlos entre las exigencias.

Todos los estándares están ordenados por niveles de satisfacción crecientes y correlativos, de manera que para alcanzar un nivel de calidad superior, *deben haberse satisfecho necesariamente los niveles anteriores*. Para determinar el nivel al que se accede en cada estándar, debe iniciarse la evaluación por los niveles menores, hasta encontrar el nivel cuyos requisitos no son totalmente satisfechos. En cada estándar deberá considerarse acreditado el nivel cuyas exigencias son totalmente satisfechas; los requisitos son indivisibles cuando se refieren a más de una cualidad: si una de éstas no es satisfecha deberá consignarse la satisfacción del nivel anterior.

Para cada interpretación de los resultados de la evaluación, aplicando el conjunto de los estándares mínimos obligatorios, deberán considerarse los siguientes criterios:

- a) para ser acreditado, el establecimiento debe cumplir por lo menos el nivel 1 de satisfacción de calidad de todos los estándares;
- b) cuando de uno a tres estándares, los requisitos de calidad *no se cumplan totalmente*, por deficiencias que pueden subsanarse dentro de un año, podrá otorgarse la acreditación provisoria por ese plazo;
- c) los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles; los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al programa de acreditación;
- d) los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tienen por finalidad promover el desarrollo armónico del establecimiento, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí. Los niveles son para manejo interno y exclusivo del ente evaluador y de las autoridades del establecimiento, no toman estado público. El resultado público es por sí o no, acreditado.
- e) el asesoramiento de los evaluadores a las autoridades del establecimiento, deberá estar orientado hacia la manera de canalizar las inversiones para lograr una mayor coherencia "horizontal" en el nivel de satisfacción de los distintos servicios. Debe tenerse en cuenta que los niveles se refieren a satisfacción de requisitos de calidad y no a categorías o grados de complejidad asistencial.
- f) la acreditación plena se otorgará por tres años; luego deberá ser renovada. La acreditación provisoria lo será por un año; después de este plazo se otorgará la acreditación plena por dos años más o se denegará, si las deficiencias apuntadas en la evaluación no han sido satisfechas. Los establecimientos no acreditados deberán esperar por lo menos un año para solicitar una nueva evaluación.
- g) las sucesivas acreditaciones conllevarán un aumento progresivo en los niveles de exigencia. En este sentido, los distintos grados de satisfacción cumplen la finalidad de orientar los objetivos hacia los cuales los establecimientos deben dirigir sus esfuerzos de mejoramiento en el futuro.

18 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- h) en los establecimientos de zonas de aislamiento geográfico, de dimensiones reducidas y de patologías de bajo riesgo de atención médica, la interpretación del formulario de acreditación tendrá una mayor flexibilidad y admitirá la insatisfacción de hasta cinco estándares para la acreditación consolidada y de hasta diez estándares para la acreditación provisoria. Se entiende por estos establecimientos a los ubicados en localidades pequeñas, que frecuentemente constituyen el único servicio disponible de la zona, de acuerdo a criterios locales de distancia y población.

La interpretación de los estándares para servicios no obligatorios, se basará en los siguientes criterios:

- a) cada país, distrito o región, decidirá qué estándares incorpora, al iniciar su programa de acreditación. Una vez incorporado un estándar, todos los establecimientos deben ser sometidos a su evaluación. La incorporación también podrá depender de la existencia o inexistencia del servicio en el establecimiento.
- b) los estándares incluidos, serán considerados de la misma manera que el conjunto de los estándares mínimos obligatorios.

ESTANDARES MINIMOS OBLIGATORIOS

I. ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA*

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 los médicos de guardia. Cuenta con 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 internación, cuando no hay otro personal médico en la institución. Interroga 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. Solicita en la oficina de personal el listado de médicos de guardia, con su distribución por día y horario; verifica en cada caso el registro de las matrículas 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 de cabecera, 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.

* *N. del Ed.: Cada nivel de satisfacción en "letra negrita" un pequeño instructivo para el evaluador y evaluado. Estos instructivos deberán posteriormente ser desarrollados en detalle por los comités de evaluación de cada una de las sub-regiones o SILOS.*

20 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

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.

Derivaciones o referencia

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

Los pacientes cubiertos por alguna entidad financiadora cuentan habitualmente con un listado de servicios contratados a los que deben ser derivados para efectuar estudios especializados de diagnóstico o prestaciones de mayor complejidad, que la existente en el establecimiento donde son atendidos. Cuando esto no ocurre, el servicio de Urgencias debe tener indicaciones precisas acerca de los establecimientos a los que deben derivarse las distintas necesidades que puedan surgir en una guardia. Interrogar al respecto al médico de guardia y verificar que el listado de centros de referencia de 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 los médicos de sala disponen de un listado de establecimientos de menor grado de riesgo ubicados en la área de influencia del SILOS, 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:

22 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- **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 terapéutico, 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.

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 más importantes según determine cada SILOS 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 secretarías y enfermeras exclusivas.

Verificar en la oficina de Personal y en la jefatura de enfermería, si está prevista la asignación de secretaria y enfermera, 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.

24 \triangle Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Urgencias

Nivel 1: Cuenta con un médico en guardia activa 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 la matrícula 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 pasiva: 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 activa 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 pasiva 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 pasiva.

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 y 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 para las regiones.

Nivel 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A y cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva 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 facturación a las entidades financiadoras. Verificar el listado de técnicos y/o bioquímicos en guardia pasiva, 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 determinaciones.

Nivel 3: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, gases en sangre y antibiogramas cuantitativos. Cuenta con técnicos y/o bioquímicos en guardia activa 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 bioquímico en guardia activa, así como el listado de personal de guardia previsto para cada día. Constatar la disponibilidad de facilidades para su descanso nocturno, en habitaciones que no se utilicen para la internación de pacientes. Verificar la existencia de peachímetro, equipos para pO₂ y pCO₂, con electrodos utilizables y cargas de gas disponibles. Interrogar al responsable sobre la frecuencia con que realiza

26 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

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 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 habilitación para el uso de material radioactivo, emitida por la autoridad competente en la jurisdicción que corresponda al establecimiento. 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:

- amilasemia
- bacterioscopía directa
- coagulograma básico
- colesterol
- creatinina
- creatinfosfoquinasa (CPK)
- Chagas, reacción para
- glucemia
- grupo sanguíneo
- hemograma
- hepatograma
- láctico dehidrogenasa (LDH)
- látex para artritis reumatoidea
- orina completa
- parasitológico de materias fecales
- sangre oculta en materia fecal
- triglicéridos
- uremia
- VDRL cualitativa
- otros

Anexo B:

- antígeno australiano (AgAU)
- antígeno carcino-embriionario (CEA)

- **estriol**
- **foliculoestimulante (FSH)**
- **luteinizante (LH)**
- **prolactina**
- **tiroxina (T4)**
- **triiodotironina (T3)**

- **tirotrofina (TSH)**
- **otros**

28 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Diagnóstico por imágenes

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

- **Radiológicos: convencionales, poliotomografías, 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 del Servicio de Radiofísica Sanitaria de la jurisdicción correspondiente. Cuenta con equipo fijo de 100 mA, con dispositivo Potter Bucky sin seriógrafo.

Solicitar el certificado de habilitación, expedido por el Servicio de Radiofísica Sanitaria o la autoridad jurisdiccional que corresponda; 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 radioscopía. 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 radioscopía, 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 activa 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.

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 activa 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 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.

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 la autoridad sanitaria correspondiente 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.

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 o matrona) y médico pediatra, en guardia pasiva. Los nacimientos se asisten en una sala de partos diferenciada, dentro del Area Quirúrgica.

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, apoyo de enfermería, instrumental, medicamentos y materiales descartables en vitrinas y alacenas, así como un local contiguo con lavatorio.

Nivel 2: Cuenta con médicos obstetras en guardia activa y pediatras en guardia pasiva y hay un local exclusivo para recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios para atender un embarazo de alto riesgo, con monitoreo pre y perinatal. Garantiza una atención mínima adecuada del neonato y su madre hasta su traslado a un centro de mayor complejidad.

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. El local dedicado a la recepción del recién nacido está ambientado con temperatura adecuada, contiguo a la sala de partos, está provisto de agua caliente las 24 horas y se puede bañar al recién nacido si es necesario. Cuenta con laringoscopio, balanza, oxígeno, aspiración y aire comprimido; dispone de una incubadora de transporte. Si fuera necesario, la madre puede ser rápidamente trasladada a un quirófano vecino, o la sala de partos se adapta, con todos los medios idóneos para funcionar como quirófano. (Ver normas para área quirúrgica).

Nivel 3: Cuenta con un médico pediatra en guardia activa. Posee un sector destinado a la atención del recién nacido patológico (RNP), claramente diferenciado del sector de recién nacidos normales, que puede resolver los principales síndromes respiratorios del recién nacido, incluyendo asistencia respiratoria mecánica.

Los diferentes ambientes de la zona de atención del RNP constituyen una unidad funcional diferenciada, ubicada en un área de circulación restringida. Cuenta con estación de enfermería propia de este sector. Posee equipos completos de: reanimación, exanguíneo-transfusión, drenaje de neumotórax, canalización de arteria umbilical y presión venosa central. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos neonatales, monitor transcutáneo de oxígeno, oxímetro, equipo de presión positiva continua y bomba de aspiración negativa. El equipo médico realiza ateneos semanales e informa diariamente a los padres sobre la evolución del caso.

Area 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. 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. No ingresa a este sector de apoyo, personal que proviene de otras áreas del establecimiento, sin haberse cambiado con ropa propia del área quirúrgica. 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, incluso respecto a los médicos.

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 prevista 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, bomba de circulación extracorpórea en el de Cirugía Cardiovascular, 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.

Anestesiología

Nivel 1: Los anestesiistas 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 anestesiistas con sus respectivos medios de comunicación.

Nivel 2: Cuenta con un listado de anestesiistas organizados en guardias pasivas o activas, cada día de la semana.

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 anestesiistas que cumplen guardias pasivas. Realizan visitas preanestésicas.

Verificar la capacitación especializada del responsable y los anestesiistas 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 activa por anestesiistas y médicos residentes de la especialidad (que actúan como auxiliares) o técnicos auxiliares.

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.

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.

38 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

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 último 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. AREAS TECNICAS Y DE APOYO

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

40 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

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.

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 cumplimentación 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.

Limpieza

Nivel 1: Todos los pisos son limpiados al menos una vez al día, con jabón, detergente o lavandina. 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.

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 puertas 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: deben tener certificado de técnico en esterilización o 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.

44 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Dispensa de medicamentos

Nivel 1: Cuenta con un depósito de medicamentos con local propio y una heladera para la conservación de drogas. Está administrado por el director del establecimiento, provee medicamentos a los pacientes internados en horario restringido y lleva control de stock.

La heladera debe estar conectada al sistema alternativo de energía eléctrica. Observar el sistema de control de stock y constatar, en por lo menos diez medicamentos, la coincidencia entre el stock registrado y el stock real.

Nivel 2: Existen y se actualizan normas de profilaxis antibiótica pre-quirúrgico y vademecum para uso del establecimiento.

Verificar la existencia de normas y vademecum.

Nivel 3: Cuenta con personal de guardia las 24 horas, integrado por farmacéuticos técnicos, para la atención de pacientes internados y ambulatorios.

Verificar en la oficina de Personal el listado de profesionales y técnicos, la distribución de horarios y la programación de guardias rotativas.

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco-vigilancia.

El Comité de Farmacia debe estar integrado por el responsable de Farmacia, bacteriólogos y jefes de sala. Observar las normas impresas y constatar el conocimiento que tienen de ellas los médicos de sala. Las compras de medicamentos se programan en base al Vademecum.

Enfermería

Deberá verificarse previamente en la oficina de Personal, el número total de enfermeras profesionales, auxiliares y empíricas con que cuenta el establecimiento, así como los procedimientos de selección de este personal.

Nivel 1: La responsable del servicio tiene título de enfermera. Se registran los parámetros vitales de los pacientes internados con una periodicidad no mayor de ocho horas y los datos son registrados en la historia clínica. La distribución del personal se ajusta a las normas locales.

Verificar en la oficina de Personal el registro del título de la responsable del servicio, otorgado por institución pública o privada reconocida. Los parámetros vitales incluyen pulso, temperatura, respiración y tensión arterial y la periodicidad de ocho horas debe excluir a las áreas de pacientes críticos o a los que tienen indicación específica diferente; el registro de los controles debe hacerse en planillas al lado de las camas o en la hoja de enfermería de la historia clínica. La relación enfermera/camas surgirá de la dotación general por turno.

Nivel 2: La responsable del servicio y la mayoría de las supervisoras tienen título de enfermera. Todo el personal ingresado hace menos de un año ha recibido instrucción específica en el establecimiento.

Verificar en la oficina de Personal el registro del título de la responsable y de más de la mitad de las supervisoras. Solicitar el listado de personal ingresado en el último año e interrogarlo acerca de la capacitación recibida dentro del establecimiento; la instrucción puede haber sido proporcionada por las jefaturas del servicio durante no menos de quince días o por un curso teórico-práctico interno.

Nivel 3: La proporción de empíricas es menor que la del personal capacitado. Se registran en la historia clínica las observaciones sobre la evolución de los pacientes. Existen normas escritas en todas las oficinas.

Interrogar a la responsable del servicio sobre la distribución y tareas que cumple el personal que no tiene título de enfermera o auxiliar de enfermería. En una muestra al azar de veinte historias clínicas, verificar el registro de novedades del paciente en la hoja de enfermería. En no menos de tres oficinas solicitar las normas escritas, que deben estar accesibles; por lo menos deben tener instrucciones sobre la toma de signos vitales y la preparación de inyectables.

46 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Nivel 4: Existe un Departamento de Enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de Enfermería.

La totalidad del personal de enfermería depende administrativamente de un departamento central. El personal asignado en forma permanente a un sector especializado (Area Quirúrgica, Esterilización, etc), depende técnicamente del responsable de dicho sector, pero administrativamente de la jefatura de Enfermería. La responsable del Departamento reporta directamente a uno de los Directores, de quien dependen todos los servicios técnicos.

Historias clínicas (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 accesibles ejemplares de las normas en las áreas de descanso de médicos, oficinas de 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.

* *N. del Ed.: Ver Serie Paltex/OPS: "El Departamento de Registros Médicos: Guía para su Organización, No. 19", "Módulos de Aprendizaje Nos. 1, 2, 3, 4, 5 y del Instructor sobre Registros Médicos y de Salud". Las publicaciones Paltex pueden ser adquiridas en las oficinas de la OPS en el país.*

48 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

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.

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 2, 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.

Estadísticas

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

- consultas
- egresos clínicos y quirúrgicos
- nacimientos (partos, cesáreas)
- promedio de estadía
- intervenciones quirúrgicas
- fallecimientos

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 especialmente capacitado o asignado a esta tarea, aunque además efectúe otras actividades diferentes.

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

Los registros estadísticos incluyen una clasificación de las internaciones por patología, en alguna de las siguientes modalidades:

- **clasificación de la OMS de 2 ó 3 dígitos**
- **principales síndromes en las internaciones clínicas, y por aparatos en las quirúrgicas**
- **por diagnóstico clínico preciso y por código de la operación**

Nivel 4: Existe un departamento de estadísticas con personal técnico afín que emite una publicación mensual 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 oficina de admisión y egresos. Solicitar las publicaciones mensuales realizadas durante el último año, las cuales deberán llegar por lo menos hasta tres meses antes al mes de evaluación. Interrogar al jefe del Departamento y a los jefes de los principales servicios, sobre la fecha de la última reunión realizada, para discutir la información publicada y la periodicidad con que éstas ocurren; es esperable una periodicidad no mayor de cada 3 meses.

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, en caso que el director lo haga, 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.* 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 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 consejo técnico médico, un consejo técnico-administrativo. 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.

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

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 secretaría 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.

52 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

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 todos los agentes que incluye la certificación de capacitación.

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 debe ser profesional. 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.

Seguridad e higiene laboral

Nivel 1: Existe un programa de control sanitario del personal, de acuerdo a la legislación vigente en cada país. Está prevista la atención de accidentes de trabajo. El personal dispone de duchas.

Cada agente tiene archivada una ficha clínica donde se registran los resultados de los controles y las novedades de salud ocurridas. Verificar el cumplimiento de este requisito en una muestra de las fichas de cuarenta agentes, de distintos sectores y jerarquías. Observar en los distintos vestuarios del personal, la disponibilidad de duchas con agua fría y caliente. Interrogar a la jefatura de Personal sobre el procedimiento mediante el cual se denuncian y tratan los accidentes de trabajo; verificar en particular si existe cobertura con esta finalidad específica. Interrogar al personal que denunció accidentes en los últimos seis meses, sobre la satisfacción por la atención recibida.

Nivel 2: Se dispone de un Manual de Procedimientos en el que se describen los atinentes a los definidos en las normas de cada país.

En las oficinas de enfermería, salas de descanso de médicos y carteleras, se exhiben instrucciones sobre los riesgos del contacto con las enfermedades mencionadas y las precauciones que se deben adoptar.

Nivel 3: El personal está clasificado por grupos de riesgo y, para cada uno de ellos, están previstos los programas preventivos correspondientes. Está prevista la provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado y la provisión de elementos de bioseguridad.

La totalidad del personal está clasificada por grupos de riesgo, según las tareas específicas y el grado de exposición a distintas noxas. En base a este mapa de riesgos se elaboran programas preventivos para hepatitis B, tuberculosis, accidentes eléctricos, radioactividad, explosiones, otras patologías infecciosas, etc. Interrogar a la jefatura de Personal sobre el contenido de estos programas preventivos y quiénes están a cargo de su implementación. Tanto la provisión de ropa de trabajo y uniformes del personal, como su descontaminación y lavado, están a cargo del establecimiento; a través de un servicio propio o contratado. Interrogar al respecto a la jefatura de Personal y a distintos agentes que utilicen ropa de trabajo o uniformes; verificar en particular si la reposición de ropa sucia ocurre oportunamente.

Seguridad general

Nivel 1: Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas, y plan de evacuación con entrenamiento del personal. Posee un sistema de prevención y extinción de incendios.

Recorrer en compañía de personal de mantenimiento todas las salidas de emergencia, verificando que estén claramente señalizadas y que, en los lugares de circulación de público, existan flechas visibles que orienten hacia las salidas de emergencia. Es recomendable que las puertas abran hacia afuera. El personal ha recibido instrucción específica sobre la forma de evacuar las instalaciones en caso de alarma general; existen también instrucciones exhibidas en lugar visible sobre cómo proceder en estos casos.

Mediante el asesoramiento de personal técnico o de empresas especializadas el establecimiento cuenta con un sistema de prevención y extinción de incendios adecuado; la carga de los matafuegos es revisada cada seis meses. Interrogar a la autoridad administrativa sobre el programa existente, observar el texto de la programación inicial y verificar que se hayan cumplido sus recomendaciones. Recorrer el 40% de los matafuegos de distintos sectores y verificar la fecha de la última recarga.

Nivel 2: Posee programa para situaciones de desastres de acuerdo al riesgo, aprobado por autoridad competente.

Según los riesgos de cada lugar deben preverse otras catástrofes (terremotos, inundaciones). Los programas para emergencias y catástrofes deben estar aprobados por los bomberos, defensa civil u otra autoridad competente. Controlar simulacros periódicos.

Nivel 3: Posee personal de vigilancia y mantenimiento las 24 horas.

Verificar en la oficina de Personal el plantel asignado, la distribución de horarios y la programación de guardias rotativas. si fuera un servicio contratado, revisar los términos del contrato y si el mismo prevé adecuadamente la cobertura de las 24 horas.

Nivel 4: Posee dispositivo de alarma general y está integrado al programa de defensa civil.

Mediante algún mecanismo acústico o luminoso se percibe la existencia de alarma general, desde cualquier lugar del establecimiento. Requerir los folletos y especificaciones técnicas del dispositivo instalado y verificar si funciona. El dispositivo de alarma general deberá estar integrado a los programas de defensa civil de la comunidad local, tanto para la atención de los daños del establecimiento, cuanto para la recepción de damnificados por el desastre.

Garantía de calidad

Nivel 1: Desarrolla actividades destinadas a evaluar la calidad de la atención. La calidad de la actuación profesional dentro del establecimiento está garantizada por:

- actualización periódica del "currículum" y registro de certificados de capacitación especializada
- ingreso por selección de antecedentes

El registro de antecedentes debe alcanzar, tanto a los profesionales que revistan en relación de dependencia como los que concurren a demanda, y estará dirigido a todos los profesionales de la salud. Verificar en la oficina de Personal los legajos de una muestra representativa al azar no menor de cuarenta profesionales (para los establecimientos de más de esa cantidad): deberán contener antecedentes curriculares hasta el año anterior, así como copia de los respectivos certificados de capacitación especializada para la actividad que ejerce.

Nivel 2: Posee organización y programas destinados al control de la calidad de la atención médica.

Interrogar a las autoridades sobre la frecuencia, naturaleza y modalidad de organización de ateneos o reuniones de evaluación. Observar el listado de casos previstos para la próxima reunión, así como la selección de temas de exposición actualizada, programada para los próximos tres meses, con sus respectivos expositores. Interrogar al equipo de salud acerca de su participación e impresión sobre dichos ateneos, y si éstos se realizan con criterios multidisciplinarios.

Nivel 3: Cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros. Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.

Dichos comités funcionan en forma interdisciplinaria, con la participación de distintos servicios. Tienen objetivos definidos, un programa anual de actividades, y registran las tareas que se desarrollan en actas o informes. Sus recomendaciones son tomadas en forma directa por la conducción del establecimiento y se comunican a todos los servicios las decisiones que de ellas resultan. Interrogar a las autoridades sobre las encuestas realizadas, sus objetivos, las preguntas del formulario y el dimensionamiento de la muestra. Pedir y observar el informe de resultados y análisis de la última encuesta.

Nivel 4: Posee un servicio de epidemiología hospitalaria, cuenta con profesionales especializados y con programa de investigaciones dirigidas a garantía de calidad.

III. DOCUMENTACION EDILICIA

Planos

Nivel 1: Posee planos actualizados conforme a obra, de planta y estructura aprobados.

Nivel 2: Posee planos actualizados conforme a obra de instalaciones de agua, gas, electricidad y desagües.

Planos actualizados son aquellos que responden fielmente a la situación real de la estructura edilicia al momento de la evaluación. Deben encontrarse disponibles en el establecimiento a requerimiento del evaluador. Los planos de planta física, instalaciones sanitarias y de instalaciones eléctricas deberán tener una escala mínima de 1:100. Constatar que los planos exhibidos coincidan con la disposición de los locales, instalaciones y servicios en todas las áreas del establecimientos.

Nivel 3: Posee planos de los servicios e instalaciones existentes, aprobados por autoridad competente.

Se entiende por autoridad competente, aquella que sea responsable de la habilitación de establecimientos e instalaciones, según lo requerido por la legislación vigente en esa jurisdicción, ya sean normas nacionales, provinciales o municipales. La aprobación correspondiente debe figurar en los respectivos planos o en certificados con membrete oficial.

Nivel 4: Posee plan arquitectónico director, dinámico, de obras en ejecución o a ejecutar.

Se entiende por plan arquitectónico director, el programa de objetivos de desarrollo funcional a corto, mediano o largo plazo, que respondan a las políticas definidas por la institución. El plan director debe estar disponible en el establecimiento a requerimiento del evaluador; debe estar escrito y especificar claramente los propósitos y medios para alcanzarlos. Verificar especialmente el grado de conocimiento del plan con que cuentan el director y los jefes de servicios.

IV. ESTRUCTURA FISICO-FUNCIONAL

Accesos

Para todos los niveles deberán observarse las condiciones de seguridad y la protección de las inclemencias del tiempo, que se brindan a los pacientes que acceden a la institución en ambulancia o vehículo.

Nivel 1: Posee facilidades para el ascenso y descenso de pacientes, en condiciones de seguridad y protección adecuadas y además cuenta con barreras arquitectónicas.

El ascenso y descenso de pacientes transportados no deberá realizarse sobre vías de circulación vehicular de intensidad media y alta. Cuando así ocurra, la vereda deberá contar con una dársena para el estacionamiento de vehículos y una marquesina o alero de protección sobre la vereda.

Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.

Los pacientes ambulatorios acceden al edificio por una entrada diferente de la que se destina al ingreso de pacientes transportados.

Nivel 3: Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de emergencias, con señalización adecuada.

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 emergencias.

Nivel 4: Cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público, las 24 horas.

Todos los accesos habilitados al público las 24 horas, cuentan con personal debidamente entrenado para orientar adecuadamente a los concurrentes. Este personal no realiza otro tipo de tareas durante el horario asignado a esa función. Constatar en la oficina de Personal la programación de turnos para cubrir esta función y verificar en horarios nocturnos o feriados, la presencia de personal en los accesos habilitados.

58 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Circulaciones

Nivel 1: Tiene una caracterización de la circulación de acuerdo a los siguientes criterios: general, técnica, semi-restringida y restringida. Posee señalización de fácil comprensión en los circuitos de circulación (en todas las áreas).

Verificar que la señalización permita al usuario que ingresa por primera vez, acceder a los sectores de mayor utilización (urgencias, consultorios, servicios de diagnóstico y tratamiento, baños, etc.) sin necesidad de preguntar.

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

Verificar que las áreas de atención de pacientes, se encuentren sobre circulaciones técnicas generales o técnicas específicas, con control selectivo de acceso. Constatar especialmente que no existan entrecruzamiento de circulación general en terapia intensiva y área quirúrgica.

Nivel 3: Brindar facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes.

Constatar que en todos los niveles puedan circular camillas y sillas de ruedas, así como pasamanos en todas las escaleras y en los baños para el público.

Nivel 4: Posee independencia circulatoria entre áreas técnicas y públicas en todo el establecimiento.

Verificar la diferenciación circulatoria en todas sus categorías, mediante una recorrida por todo el establecimiento; especialmente constatar la total independencia de la circulación general respecto del resto de las categorías.

V. INSTALACIONES

Sistema eléctrico

Nivel 1: Cumple normas de seguridad para pacientes, personal y público. Posee sistemas alternativos de iluminación para las áreas críticas.

El control del sistema eléctrico deberá estar distribuido con un tablero central o tableros sectoriales por pisos. Verificar la existencia de iluminación de emergencia en las áreas críticas y las salidas de emergencia; el funcionamiento de dichos sistemas alternativos deberá ser constatado por el evaluador.

Nivel 2: Posee sistemas alternativos de generación de energía para las áreas críticas.

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 constatarse durante la evaluación.

Nivel 3: Posee sistemas de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento de salud.

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.

60 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Control de excretas, residuos y potabilidad del agua

Nivel 1: Se ajustan a normas municipales, provinciales o nacionales.

Solicitar antecedentes sobre las normas a las cuales se ajustan estos servicios, ya sea que estén archivadas en el establecimiento o sean requeridas previamente a la autoridad fiscalizadora local. Los tanques de agua deben estar permanentemente cubiertos.

Nivel 2: Tiene servicio de agua potable y sistema de eliminación de excretas. Cuenta con sistema de salida especial para residuos en condiciones de seguridad.

Tanto el agua potable como la disposición final de las aguas servidas están provistas por una red pública; cuando esta última no provea agua potable, se verificará la cantidad de agua bebible almacenada. Mediante interrogatorio al personal de mantenimiento, descartar la existencia de pozo ciego domiciliario y de pozo de agua con bombeo. Los residuos se disponen a través de una salida "sucias" especial, acondicionados en bolsas plásticas resistentes, dentro de recipientes de paredes rígidas, de manera de evitar pinchazos del personal que las manipula.

Nivel 3: 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 todas las canillas, depósitos de inodoros, sistemas de calentamiento del agua (calefones, termotanques, calderas) y bocas de inspección de aguas servidas. Los residuos sólidos -excepto alimentos- contaminados de alto riesgo, son almacenados en bolsas resistentes -rotuladas o de color diferenciado- manipuladas con guantes, y no se mezclan con los residuos sólidos comunes; verificar este requisito con personal de maestranza.

Nivel 4: Cuenta con personal técnico especializado propio o servicio contratado para este fin. Tiene un área específica para almacenamiento y disposición de los residuos sólidos y éstos se recolectan dos veces por día.

El servicio de mantenimiento para estas áreas está a cargo de personal técnico especializado (ingeniero sanitario o de seguridad laboral, o título equivalente), ya sea en relación de dependencia o por contrato de una empresa especializada. Hay un local específico y exclusivo para almacenamiento de los residuos sólidos que son evacuados por una puerta destinada a este fin únicamente. Dos veces por día se recolectan los residuos y se depositan en este local, el cual es lavado una vez por día, después de la recolección final por el servicio público.

Confort en la internación

Nivel 1: Todos los ambientes cumplen condiciones de confort adecuados a las necesidades de la región.

En horario diurno contarán con iluminación natural. Deberán contar con ventilación directa al exterior a través de aberturas con paños móviles. En las zonas geográficas donde la temperatura media invernal supere los trece grados centígrados, los requisitos de calefacción serán optativos, debiendo contar las habitaciones con artefactos que no consumen oxígeno ambiente y eliminan al exterior los gases de combustión (sistema térmico central, estufa a gas de tiro balanceado, aire acondicionado, estufa eléctrica de cuarzo fijada en la pared).

Nivel 2: Todos los baños disponen de agua fría y caliente de acuerdo a las necesidades de la región.

Los baños disponen de suministro de agua fría y caliente, por lo menos en el lavatorio y la ducha. Interrogar a una muestra de diez pacientes de distintos sectores, sobre la existencia de agua caliente a toda hora. Este requisito depende de las características climatológicas de cada región.

Nivel 3: Dispone de baño privado en todas las instalaciones de acuerdo a lo establecido por la Oficina de Ingeniería Sanitaria de la región.

Todas las habitaciones, independientemente del número de camas, cuenta con un baño al que se accede por una puerta interior de la habitación.

ESTANDARES NO OBLIGATORIOS*

Cuidados críticos

Se encuentran comprendidos en esta denominación los servicios destinados a la atención de pacientes en riesgo inminente de muerte, de edad adulta.

Nivel 1: Cuenta con una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) dotada con los recursos tecnológicos básicos y atendida por personal propio en forma permanente.

Es un servicio destinado a pacientes con responsabilidades de recuperación total o parcial, que requieran para su supervivencia de servicios de atención médica y de enfermería en forma constante y permanente. Deberá contar con una dotación médica y de enfermería, asignada con exclusividad, de manera de cubrir con la misma intensidad las 24 horas. Deberá contar con:

- stock de medicamentos y materiales descartables
- osciloscopios monitores
- sincronizador-desfibrilador
- marcapasos interno transitorio
- carro para intubación endotraqueal
- electrocardiógrafos
- respirador mecánico volumétrico
- equipos para punción raquídea o torácica
- equipos para cateterización nasogástrica, vesical o venosa
- laboratorio de análisis clínicos, servicios de Hemoterapia y de Radiología, disponibles las 24 horas con guardia pasiva
- oxígeno; aire comprimido y aspiración centrales
- fuente alternativa de alimentación eléctrica
- estación central de enfermería

* *N. del Ed.: Están comprendidos dentro de los ejemplos de estándares no obligatorios, tanto los servicios de diagnóstico y tratamiento que requieren inversiones en equipamiento de alta complejidad tecnológica (Cuidados Críticos, Neonatología, Medicina Nuclear, Terapia Radiante, Rehabilitación), como los servicios de apoyo cuya presencia contribuye de manera sustancial al mejoramiento de la calidad de la atención médica, aunque frecuentemente no son previstos en las organizaciones hospitalarias que constituyen el objeto de este Manual (Servicio Social, Biblioteca, Garantía de Calidad). En el caso de los servicios mencionados en primer lugar, se establece un conjunto de requerimientos respecto de su equipamiento, que sólo tienen un carácter orientador y estarán sujetos a las normas específicas vigentes en cada país. Cuando los servicios no pertenecen al establecimiento, sino que han sido contratados, la institución debe responsabilizarse del cumplimiento de estas normas por parte de dichos servicios.*

El responsable de la Unidad recorre diariamente las camas con el médico de guardia de la Unidad, y mantiene intercambio cotidiano con los médicos de sala. Interrogar al respecto a los posibles interlocutores de esas interconsultas.

Nivel 2: Cuenta con una UTI completamente dotada, complementada con una Unidad de Terapia Intermedia. Anexo A

La U.T. Intermedia está destinada a pacientes que requieren cuidados constantes y permanentes de enfermería que no puedan ser brindados en la internación general. Deberá contar con equipamiento similar a la UTI tratada en el nivel anterior; el personal de la enfermería debe ser exclusivo, el personal médico puede ser el de la UTI o el de la sala, que extienden el seguimiento de los pacientes a la U.T. Intermedia; sólo será requerida en los establecimientos que tengan una Terapia Intensiva completamente dotada. La UTI dotada con recursos tecnológicos completos, deberá contar con:

- **equipamiento similar al mencionado para la UTI de recursos básicos, concentrados de manera que se encuentren disponibles en todo momento para cada paciente**
- **dotación de personal médico y enfermería de alto grado de capacitación, asignado con exclusividad, las 24 horas**
- **laboratorio de análisis clínicos, Banco de Sangre y servicio de Radiología, disponibles las 24 horas con guardia activa**

El cuerpo médico de ambas Unidades se reúne en ateneo por lo menos una vez por mes y los médicos responsables del sector participan semanalmente de los ateneos de sala, con el fin de procurar el seguimiento entre distintos niveles de intensidad de cuidado. Durante el último año las enfermeras de la Unidad han recibido cursos de capacitación específica por parte de los médicos del servicio.

Anexo A: Equipamiento, instrumental e insumos mínimos para una UTI de dotación completa

- **stock de medicamentos y materiales descartables que cubran la dosificación de 24 horas, de las patologías propias de esta intensidad de cuidado**
- **osciloscopio-monitor: uno cada dos camas**
- **sincronizador-desfibrilador: uno cada dos camas**
- **marcapasos externos transitorio a demanda con dos cablecatéteres: una cada cuatro camas**
- **carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo y drogas necesarias para tratar el paro cardiorespiratorio: uno cada cuatro camas**
- **respirador mecánico a presión positiva volumétrica: uno cada cuatro camas**
- **equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa**
- **equipos completos para punción raquídea, torácica y abdominal**

64 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- **equipo para diálisis peritoneal**
- **aspirador portátil para drenaje: uno cada cuatro camas**
- **oxígeno, aire comprimido y aspiración central con picos individuales para cada cama**

Neonatología

Se encuentran comprendidos en esta denominación los servicios e instalaciones destinados a la atención del recién nacido normal (RNN) y patológicos (RNP), así como las unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para recién nacidos con síndromes clínicos y quirúrgicos graves.

Nivel 1: Cuenta con un local destinado a la atención del recién nacido normal o con patologías de bajo riesgo.

El local debe reunir condiciones para recibir al RNN. Debe estar ambientado con temperatura adecuada; estar provista de agua caliente las 24 horas y se puede bañar al recién nacido si es necesario. Cuenta con laringoscopio, balanza, oxígeno, aspiración y aire comprimido. Dispone de una incubadora de transporte para trasladar al niño a un medio adecuado, si se complica clínicamente. Los médicos que reciben a los RNN forman parte del servicio de Pediatría del establecimiento y están vinculados a UTIN a través de ateneos y seguimiento de casos. Interrogar al respecto a los posibles interlocutores de estas interconsultas.

Nivel 2: Cuenta con un sector destinado a la atención del recién nacido patológico, claramente diferenciado del de recién nacido normal, que puede resolver los principales síndromes clínicos del recién nacido de mediano riesgo.

Los diferentes ambientes de la zona de atención del RNP constituye una unidad funcional diferenciada, ubicada en un área de circulación restringida. Puede recibir niños nacidos en el mismo establecimiento o derivados de establecimientos cercanos. El personal médico y de enfermería está asignado exclusivamente a este sector; verificar en la oficina de Personal la programación de los recursos humanos las 24 horas todos los días de la semana. Posee equipos completos de: reanimación, exanguíneo-transfusión, drenaje de neumotórax y canalización de arteria umbilical. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos neonatales, monitor transcutáneo de oxígeno, oxímetro y presión positiva continua. El responsable médico del servicio recorre diariamente las plazas con el médico de guardia del servicio. El personal de enfermería ha recibido cursos de instrucción específica durante el último año, por parte de los médicos del servicio.

Nivel 3: Cuenta con una UTIN, diferenciada y organizada en forma semiautónoma, que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona.

La UTIN constituye un complejo asistencial con personal médico, de enfermería y de apoyo propio y una administración propia de los insumos y el equipamiento. Tiene un área de recepción, sala de espera, estación de enfermería, locales para las incubadoras, local de descanso de los médicos, lugar de descanso de las madres, depósito de insumos, etc. La UTIN deberá contar con:

66 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- **equipamiento disponible según el anexo A**
- **dotación de personal médico y de enfermería de alto grado de capacitación, asignado con exclusividad las 24 horas**
- **laboratorio de análisis clínicos, Banco de Sangre y servicio de Radiología, disponibles las 24 horas con guardia activa dentro del establecimiento**
- **equipo de cirugía pediátrica**

El cuerpo médico se reúne en ateneo semanalmente y el responsable de la UTIN recorre diariamente las plazas. El personal de enfermería recibe clases de instrucción y capacitación en forma regular y por lo menos una vez por mes.

Anexo A: Equipamiento mínimo para una UTIN.

- **stock de medicamentos y materiales descartables para 24 horas**
- **incubadoras convencionales**
- **monitor transcutáneo de oxígeno: una cada cinco plazas**
- **oxímetro de pulso: una cada cinco plazas**
- **equipos de reanimación, exanguíneo-transfusión, presión venosa central, canalización de arteria umbilical, drenaje de neumotórax: dos de cada uno en el área**
- **tensiómetro oscilométrico: uno cada seis incubadoras**
- **electrocardiógrafo: uno en el área**
- **monitor de apneas: uno cada tres incubadoras**
- **transiluminador de fibras ópticas: uno en el área**
- **osciloscopio-desfibrilador: uno en el área**
- **respirador neonatal: uno cada cinco plazas**
- **equipo de presión positiva continua: uno cada cuatro incubadoras**
- **bombas de perfusión continua: uno cada tres incubadoras**
- **bomba de aspiración negativa: uno cada tres respiradores**
- **mezclador de gases: una cada seis incubadoras**
- **calentadores humidificadores: uno cada tres incubadoras.**

Medicina nuclear

Nivel 1: Cuenta con la infraestructura necesaria para las diversas aplicaciones diagnósticas "in vivo" de los radioisótopos, en forma de trazadores radiactivos, y aquellas terapéuticas que deriven de los mismos. Se deben cumplimentar las Normas Nacionales de protección radioactivas.

Está a cargo de un profesional médico, especialista en Medicina Nuclear, y cuenta con las habilitaciones de la autoridad jurisdiccional competente; los respectivos certificados deben estar exhibidos en lugar visible. Cuenta con un centellógrafo lineal, calibrador de actividades y detector manual de tipo "pozo". Los trazadores radiactivos deberán estar acondicionados en un lugar para depósito, que cumpla con las normas dictadas por la autoridad competente. Cada equipo de medición deberá estar en un local exclusivo.

Nivel 2: Cuenta con una unidad de Medicina Nuclear.

El responsable está asistido por uno o más técnicos que acreditan capacitación específica en el manejo de los equipos y manipulación del material radioactivo, ya sea por cursos especiales o por instrucción en servicio. Puede o no tener centellógrafo lineal. Cuenta con un detector para mediciones "in vivo" y la Cámara Gamma deberá tener procesamiento computado de imágenes y mediciones. Cada equipo de medición deberá estar en un local exclusivo.

Nivel 3: Cuenta con más de un profesional especialista en Medicina Nuclear. Cubre funciones asistenciales, docentes y de investigación.

El responsable está asistido por otro (u otros) profesional químico, bioquímico, físico o farmacéutico, autorizado para el uso de radioisótopos. Cuenta con un monitor portátil y puede o no disponer de centellógrafo de cuerpo entero. Dispone de un cuarto para descontaminación radiactiva; cuenta con facilidades para el procesamiento de películas fotosensibles. Desarrolla actividades docentes de pre y/o postgrado, así como programas de investigación aplicada, basados en actividades del servicio.

Terapia radiante

El servicio debe cumplir con las normas dictadas por las autoridades competentes, que correspondan en cada jurisdicción, respecto a instalaciones de Radiofísica Sanitaria y Energía Nuclear. Hay dos tipos de servicios: teleterapia y braquiterapia. La braquiterapia por sí sola no constituye un servicio de Terapia Radiante. Puede estar incluida en cualquiera de los tres niveles sin que ello signifique cambios en el nivel de exigencias; si existe esta técnica, debe disponerse de las autorizaciones correspondientes. Están comprendidos bajo el término braquiterapia, los tratamientos con radioisótopos infundidos o implantados, como la colocación de agujas o tubos de Radium 226-Cesio 137 (cáncer de cuello uterino), dosis terapéuticas de Iodo 131 (cáncer de tiroides) o soluciones intracavitarias (derrames neoplásicos), o implantes intersticiales de Iridio 192 (cancer de mama).

Nivel 1: Cuenta con equipo de cobalto-terapia, con o sin equipamiento para radioterapia superficial. Debe estar a cargo de un médico especialista y cuenta con protocolos terapéuticos por patología.

Debe estar a cargo de un médico especialista en Terapia Radiante, quién debe contar con las autorizaciones de la autoridad de control de radiaciones correspondiente; dichas certificaciones deben exhibirse en lugar visible. Cumple con las disposiciones legales sobre protección de la exposición a radiaciones para todo el personal. Observar la documentación correspondiente. Verificar en la oficina de Personal el título de especialista del radioterapeuta. Observar el compendio de protocolos terapéuticos e interrogar al titular sobre su efectiva aplicación. Debe tener técnicos especializados y asesoría de un físico-médico para calibración del equipo, dosimetría clínica y planificación del tratamiento.

Nivel 2: Cuenta con acelerador lineal de hasta 6 MeV, sin capacidad para la utilización de electrones. Cuenta con simulador localizador. Interviene en grupos colaborativos de tratamiento del cáncer.

El acelerador lineal es un equipo que produce Rayos X por impacto de un haz de electrones, previamente acelerado, contra un ánodo especial. El simulador-localizador es un equipo radiológico de baja potencia con igual geometría que el de terapia radiante, que permite -por medio de placas radiográficas con o sin ayuda de intensificador de imágenes- localizar los volúmenes a irradiar y simular los campos de tratamiento, permitiendo circunscribir con precisión el campo a irradiar. El/los profesionales del servicio participan en grupos colaborativos de abordaje integral del cáncer, en el que intervienen oncólogos, físico-médicos, oncólogos-quimioterapéutas, cirujanos y clínicos, ya sea pertenecientes a la misma institución o a otros establecimientos.

Nivel 3: Cuenta con acelerador lineal de más de 6 MeV, que puede irradiar Rayos X o electrones, a decisión del terapeuta. Cuenta con dosimetría computada de los tratamientos.

La dosimetría computada permite calcular exactamente la dosis radiante a entregar; mediante el cálculo del haz efectivo, áreas de penumbra y curvas de isodosis, disminuye el riesgo de irradiación de tejidos sanos; esta información se presenta en un gráfico y en base a ella se dispone el simulador-localizador. Con posterioridad a la conclusión del tratamiento, los pacientes son citados para evaluar su evolución, con una periodicidad establecida para cada patología. Interrogar sobre el mecanismo mediante el cual se lleva a cabo dicho seguimiento y evaluar su efectivo cumplimiento.

Rehabilitación

Nivel 1: Cuenta con personal especializado que efectúa tratamientos de rehabilitación primaria en internación general y/o terapia intensiva, según lo prescrito por el cuerpo médico de cada servicio.

El personal especializado está compuesto por kinesiólogos o terapeutas físicos, cuyos títulos habilitantes deberán verificarse en la oficina de Personal, revisten o no en relación de dependencia. Efectúan por lo menos tratamientos de kinesiología respiratoria y kinesiología neurológica en agudo.

Nivel 2: Cuenta con un servicio de rehabilitación física que trata pacientes ambulatorios. Dispone de las instalaciones necesarias mínimas. Está a cargo de un profesional universitario especializado en rehabilitación.

El servicio también está compuesto por fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales. Las instalaciones están constituidas, como mínimo, por: consultorio, taller de terapia ocupacional con equipamiento suficiente para ejercitación en actividades de la vida diaria y gimnasia para rehabilitación neurológica cardiovascular y ortopédica. El equipamiento del gimnasio deberá tener paralelas, espejo de pared, escalera/plano inclinado, bicicleta fija, colchonetas y poleas; también deberá contar con horno de Bier, onda corta, rayos infrarrojos y ultravioletas, en el sector de fisioterapia.

Nivel 3: Cuenta con un servicio integral de Rehabilitación, equipado para desarrollar la mayor parte de los tratamientos de la especialidad, ambulatoriamente y en internación. Está a cargo de un médico especialista en Rehabilitación, con apoyo de otras especialidades. Existe un mecanismo de seguimiento mediato de los pacientes tratados.

Un servicio integral debe realizar los siguientes tratamientos:

- **fisioterapia:** onda corta, horno de Bier, ultrasonido, rayos infrarrojos y ultravioletas, electroterapia, iontoforesis, tracción cervical
- **kinesiología:** masajes, movilización, reeducación muscular, ejercicios terapéuticos, rehabilitación respiratoria y cardíaca.
- **tratamiento de:** amputados, malformaciones, neuropatías congénitas y adquiridas
- **terapia ocupacional**
- **fonoaudiología diagnóstica y terapéutica**
- **psicopedagogía**

Deberá estar a cargo de un médico fisiatra o especialidad afín, con otros especialistas de apoyo (neurólogo, traumatólogo, otorrinolaringólogo, etc) y profesionales auxiliares (kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos). Los profesionales

del servicio mantienen intercambio con el resto de los servicios y participan en los ateneos. Registran sus programas terapéuticos en las historias clínicas. Con posterioridad a la conclusión del tratamiento, los pacientes son citados para evaluar su evolución, con una periodicidad establecida para cada patología. Interrogar sobre el mecanismo mediante el cual se lleva a cabo dicho seguimiento y evaluar su efectivo cumplimiento.

72 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Servicio social

Nivel 1: Cuenta con por lo menos un profesional de servicio social y un ámbito adecuado para el desarrollo de su tarea.

Verificar en la oficina de Personal el registro del listado de capacitación por institución pública o privada reconocida. Constatar la existencia de un local con aislamiento acústico y visual, tiempo disponible para entrevistas y reuniones, con el fin de garantizar reserva e intimidad.

Nivel 2: Existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente.

Revisar las normas existentes, su disponibilidad, la fecha de la última actualización y el conocimiento que de ellas tienen los miembros del servicio. Observar los archivos de informes socio-económicos de los pacientes y el registro de las tareas que se realizan.

Nivel 3: El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional.

Verificar su participación en ateneos y reuniones y el registro de sus actividades, en un listado de diez historias clínicas proporcionado por el propio servicio. Interrogar a no menos de dos responsables de servicios, sobre la frecuencia con que interviene el Servicio Social.

Nivel 4: Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.

Verificar en los registros del servicio: fichero de recursos comunitarios, informes de visitas domiciliarias, archivo de notas e informes, etc. Observar la existencia de estadísticas sociales del área de influencia del establecimiento, derivaciones a otras instituciones, gestiones ante entidades de bien público para obtener beneficios para pacientes, etc.

Biblioteca

Nivel 1: Existen publicaciones actualizadas acerca de las cuatro clínicas básicas y emergencias, en forma de tratados o manuales escritos en el idioma vernáculo.

Cuenta con tratados o manuales, publicados en el idioma vernáculo, de no más de cinco años de antigüedad, referidos por lo menos a: Clínica Médica, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Emergencias. Los textos están disponibles en la Dirección o en una sala de descanso de los médicos y sólo pueden ser consultados dentro del establecimiento.

Nivel 2: Se halla a cargo de personal que lleva control de ingresos y egresos. Las incorporaciones de material no son programadas. Cuenta con suscripción a determinadas revistas científicas. Cuenta con textos de otras especialidades.

El personal asignado es administrativo y realiza otras tareas, además de las específicas de la biblioteca. Las incorporaciones de material bibliográfico se hacen a demanda del cuerpo médico o por donaciones no evaluadas (se incorpora todo el material que sea donado). Existe suscripción a por lo menos dos revistas científicas.

Nivel 3: Cuenta con personal exclusivo. Existe un programa de incorporación de material bibliográfico, a cargo de la dirección médica y a propuesta del cuerpo médico. Funciona por lo menos seis horas diarias y dispone de índices internacionales.

El personal está asignado con exclusividad a la biblioteca. El programa define las publicaciones a incorporar y las que deben ser dadas de baja. Los índices internacionales están actualizados hasta por lo menos un año antes. Mediante un mecanismo anual de consulta a los jefes de servicio, se definen cada año las publicaciones que será necesario adquirir y, en base a estos pedidos, se elabora el presupuesto bibliográfico del ejercicio.

Nivel 4: Existe un comité de profesionales, que elabora el programa bibliográfico anual, del cual forma parte el encargado de la biblioteca. Este último tiene formación bibliotecológica especializada. Dispone de acceso a bancos informáticos internacionales, de selección de bibliografía. Es deseable que edite una publicación propia.

74 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

El comité de biblioteca elabora un programa anual, destinado a:

- **incorporar material bibliográfico**
- **informar al cuerpo profesional sobre la disponibilidad de materiales**
- **dar de baja el material obsoleto o inservible**
- **elaborar el presupuesto del sector**

Existe fotocopiadora a disposición de la Biblioteca durante todo el horario de funcionamiento de la misma. Dispone de computadora con programas de archivo y conexión con bases de datos internacionales. La publicación propia será considerada relevante, cuando se edite con periodicidad fija, que sea canjeable por otras similares refleje las actividades asistenciales y de investigación del establecimiento.

APENDICE

EJEMPLOS DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA ESPECIFICADOS POR SERVICIOS O ESPECIALIDADES PARA SER REVISADO Y ADAPTADO A LAS CONDICIONES LOCALES*

TABLA DE CONTENIDO

INDICADORES DE AREAS TECNICAS O ADMINISTRATIVAS

Servicio de Admisión	78
Servicio de Registros Médicos	78
Servicio de Atención Ambulatoria	78
Servicio de Emergencia	79
Otros Indicadores para Pacientes Ambulatorios y Emergencia	80
Enfermería	83
Otros Eventos en la Atención de Enfermería/Apoyo	84
Servicios de Enfermería en la Sala de Emergencia	85
Enfermería Obstétrica	85
Quirófano	86
Sala de Recuperación Postoperatoria	86
Servicios Sociales	87
Otros indicadores de Trabajo Social	87
Farmacia	87
Algunos Ejemplos de Medicamentos Marcadores e Indicadores Resultantes	88
Laboratorio	88
Servicio de Radiología	89
Otros Indicadores de Laboratorio, Radiología, Hemoterapia	90
Servicio de Medicina Nuclear	92
Servicio de Electroencefalogramas	93
Servicio de Hemodialisis	93
Terapia Respiratoria	93
Unidad de Atención Coronaria/Cuidado Intensivo	94
Unidades de Atención Especial	95
Servicios de Atención Domiciliara	95
Abastecimiento Central	96
Oficina de Cuentas	96
Servicios de Limpieza	96
Alimentación/Nutrición	97

* *N. del Ed.: Los ejemplos de indicadores marcadores o "sentinelas" de fallas de la calidad, mencionados fueron seleccionados por uno de los editores, Dr. Humberto M. Novaes, Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud.*

INDICADORES DE ESPECIALIDADES

Anestesia	97
Otros Indicadores Clínicos Específicos Relacionados con la Anestesia	98
Factores de Riesgo en la Atención Anestésica	99
Cirugía General	100
Cirugía el Mismo Día	100
Médico Quirúrgicos	101
Otolaringología/Endoscopia	102
Oral/Maxilofacial/Dental	102
Medicina Interna	103
Pediatría	103
Indicadores Clínicos en la Atención Obstétrica	104
Otros Eventos Obstétricos	105
Urología	108
Ortopedia	109
Rehabilitación	109
Medicina Ocupacional	109
Dermatología	110
Psiquiatría	110
Servicio de Rehabilitación de Alcohólicos	110

INDICADORES DE AREAS TECNICAS O ADMINISTRATIVAS

Servicio de admisión

- Puntualidad en los procedimientos de admisión.
- Exactitud en la recolección de datos (por ejemplo: datos personales, seguro social, dirección, etc.).
- Precisión en los registros médicos y en el número de cuenta asignado en hospitales privados.
- Cumplimiento con el requisito de obtener el consentimiento del paciente.
- Quejas del paciente.

Servicio de registros médicos

- Puntualidad en la recolección de datos y en el informe.
- Registros perdidos/extraviados.
- Exactitud de la codificación.
- Puntualidad y exactitud de los servicios de transcripción.
- Satisfacción del médico.
- Cumplimiento con los procedimientos para manejar las solicitudes de información confidencial.
- Puntualidad en la solicitud de registros antiguos.
- Exactitud en la notificación de censo.
- Porcentaje de evaluaciones cualitativas de historias clínicas.

Servicio de atención ambulatoria

- Capacidad en la vigilancia de los pacientes por medio de monitores.
- Puntualidad y precisión de la documentación.

78 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Incidentes con los pacientes.
- Exactitud del sistema de citas de pacientes.
- Cumplimiento con los criterios para dar de alta.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones.
- Quejas de los pacientes.
- Quejas de los médicos.
- Espera del paciente por más de "x" horas.
- Admisión de pacientes para observación durante la noche.
- Número de primera consultas versus consultas de emergencia.

Servicio de emergencia

- Precisión en el seguimiento de casos con resultados de pruebas anormales.
- Satisfacción del paciente.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Pertinencia de las instrucciones al paciente al darlo de alta.
- Incidentes de los pacientes, fuera errores en las medicaciones.
- Mortalidad en las primeras veinticuatro horas.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Pertinencia en el manejo de pacientes.
- Período de tiempo entre la admisión y la evaluación por parte de la enfermera.
- Satisfacción de los médicos con las facilidades del Servicio.
- Lesiones con agujas contaminadas.
- Cumplimiento con los protocolos de atención al paciente.

- Intentos de respiración cardiopulmonar sin éxito.
- Pacientes que esperan más de "x" horas.
- Reingresos debido a tratamiento inadecuado/innecesario.
- Reclamos por incompetencia profesional.

Otros indicadores para pacientes de ambulatorios y de emergencia

- Registro médico imposible de localizar.
- Dotación de personal.
- Todas las admisiones con fecha, hora y firma.
- Historia de alergias no documentada.
- Evento clínico-administrativo no documentado.
- Incidente ocurrido en la clínica.
- Complicaciones de flebotomía.
- Complicación del tratamiento.
- Muerte de un paciente dentro de menos de 24 horas de la visita a la clínica.
- Varianza diagnóstica del electrocardiograma, Rayos X u otra prueba.
- Error en la administración de medicamentos o reacción adversa.
- Anafilaxis.
- Transferencia de emergencia a otra instalación.
- Reacción adversa o emergencia en área especial de cuidados operativos.
- Transferencia y muerte en la sala de emergencia en las primeras cuatro horas de admisión.
- La lectura de Rayos X de la sala de Emergencia difiere de la lectura del servicio de Radiología.

80 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Falta de entrevista al paciente con manifestaciones suicidas/vocalizadas.
- Falta de respuesta a la terapia.
- Hospitalizado dentro de cuarenta y ocho horas de la visita a la sala de emergencia.
- Manuscrito ilegible.
- Documentación inapropiada/inadecuada de inmunizaciones.
- Tramitación (diagnóstico/tratamiento) inapropiado de paciente con enfermedad de transmisión sexual.
- Seguimiento inadecuado o referencia inoportuna.
- Retraso inapropiado en ver al paciente con enfermedad aguda/compromiso agudo.
- Lista resumida e incompleta de problemas.
- Error de medicación endovenosa.
- Resultados de laboratorio o resultados de Rayos X documentados/valores anómalos sin seguimiento.
- Cuestiones de laboratorio/radiología.
 - Datos incorrectos declarados.
 - No realización de la prueba ordenada.
 - Espécimen perdido o mal rotulado.
 - Estudio incorrecto ordenado.
 - Preparación inapropiada para el procedimiento.
 - Sin médico/lugar solicitante en el formulario de petición
 - Retraso prolongado en comunicar los resultados de las pruebas, con efectos adversos.

- **Apoyo de laboratorio/radiología.**
 - **Resultados del laboratorio/Rayos X no registrados.**
 - **Tiempo prolongado en declarar los resultados afecta adversamente a la atención al paciente.**
 - **No realización del procedimiento diagnóstico.**
 - **Diagnóstico o espécimen perdido.**
- **Neonato con menos de seis semanas de edad no evaluado por pediatras.**
- **Consentimiento no obtenido para procedimiento invasivo.**
- **Falta de documentación de instrucciones del paciente o documentación inadecuada o incorrecta.**
- **Deterioro o falla de órgano:**
 - **Paro cardiopulmonar ocurrido antes de la admisión a la sala de emergencia, éxito en la resucitación cardiopulmonar.**
 - **Paro cardiopulmonar ocurrido antes de la admisión a la sala de emergencia, sin éxito en la resucitación cardiopulmonar.**
 - **Paro cardiopulmonar en la sala de emergencia, con éxito en la resucitación cardiopulmonar.**
 - **Paro cardiopulmonar en la sala de emergencia, sin éxito en la resucitación cardiopulmonar.**
- **Paciente llega muerto al hospital.**
- **Queja del paciente o su familia, sala de admisión.**
- **Queja del paciente o su familia, sala de emergencia.**
- **Lesión del paciente durante los diagnósticos/tratamientos.**
- **Instrucciones del paciente en la emergencia no figura en el cuadro.**
- **El paciente sale sin ser visto o sale contra el asesoramiento médico.**

82 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- El paciente se niega a recibir el tratamiento.
- Alta del paciente sin documentación de instrucción.
- Paciente permanece en la clínica o ambulatorio por más de cuatro horas.
- Paciente en la sala de emergencia por más de cuatro horas.
- Paciente visto en la sala de emergencia con complicaciones de atención ambulatoria.
- Diagnóstico por "eliminación de posibilidades" después de dos visitas a la clínica.
- Lesión del personal.
- Gesto o intento de suicidio.
- Abuso sexual sospechado sin declaración.
- Abuso sospechado de cónyuge o hijo sin declaración de medidas de seguimiento.
- Tiempo para ver al médico, más de sesenta minutos.
- Admisión no planificada en la clínica, o ambulatorio.
- Admisión al hospital no planificada del paciente, menos de cuarenta y ocho horas de la visita clínica.
- Reingreso no planificado a la clínica o ambulatorio.
- Reingreso no programado por el mismo problema en menos de cuarenta y ocho ó setenta y dos horas.
- Signos vitales no registrados en cada visita.
- Tiempo de espera más de dos horas.
- Infección de la herida resultante del procedimiento.

Enfermería

- Exactitud en la evaluación de los pacientes.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.

- Reconocimiento precoz de síntomas que cambian la situación del paciente.
- Satisfacción del paciente/médico.
- Equivocaciones en la medicación.
- Cumplimiento con los protocolos sobre el manejo de pacientes.
- Incidentes de los pacientes.
- Pertinencia de las intervenciones de las enfermeras de acuerdo con la condición del paciente.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Puntualidad en la administración de medicamentos.

Otros eventos en la atención de enfermería/apoyo

- Procedimiento o terapia cancelados debido a preparación inadecuada del paciente.
- Aparición de úlcera por decúbito o escara de presión en lecho.
- Infección nosocomial identificada.
- Eliminación inadecuada de agujas.
- Preparación o administración inadecuada de medicamentos por la vía intravenosa.
- Documentación de enfermería incompleta.
- Transcripción incorrecta de las órdenes del médico.
- Personal de enfermería insuficiente para las necesidades de atención de los pacientes.
- Falta de evaluación documentada por la enfermera titulada < veinticuatro horas.
- Falta de equipo o equipo en mal estado de funcionamiento.
- Realización del procedimiento o prueba diagnóstica sin orden del médico.
- Tiempo prolongado para especimen/resultado.

84 **△ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales**

- Enfermera titulada no notifica al médico la existencia de cambios importantes en la condición del paciente.
- Tratamiento o procedimiento programados omitidos:
 - Signos vitales ordenados con una frecuencia mayor de cada cuatro veces.
 - Cambio de vendaje.
 - Prueba de laboratorio (por ejemplo, sangre, orina).
 - Entrada/Salida (de fluidos) no registrada.
 - Pesos diarios.
- Separación no planificada de un tubo invasivo.
- Uso de medios de sujeción del paciente resultantes en pérdida de la circulación en extremidad o en otros daños al paciente.
- Lesión a un visitante.

Servicios de enfermería en la sala de emergencia

- Signos vitales cardíacos cada quince minutos o menos a no ser que se ordene otra cosa.
- No se cotejaron las órdenes del médico.
- Error en los medicamentos.
- Evento o problema administrativo de enfermería.

Enfermería obstétrica

- Retraso en comunicar complicaciones al médico.
- Monitoreo inadecuado de la sala de partos.
- Monitoreo inadecuado del paciente.
- Paciente dio a luz en la antesala de parto.

Quirófano

- Período de tiempo que transcurre entre casos.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Incidentes de los pacientes.
- Período de tiempo entre la hora planificada para la intervención quirúrgica y el momento real de la intervención.
- Extravío de los resultados de las pruebas preoperatorias en el momento de la intervención quirúrgica.
- Administración apropiada de los medicamentos.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Fallecimientos en el quirófano.
- Correlación entre un mismo equipo quirúrgico e infecciones en la herida operatoria.

Sala de recuperación postoperatoria

- Cumplimiento con los criterios para dar de alta.
- Incidentes de los pacientes.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Cumplimiento con los procedimientos de controles de infecciones y de seguridad.
- Satisfacción del médico.
- Equivocaciones en la medicación.
- Evaluaciones apropiadas de los pacientes.

86 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Servicios sociales

- Puntualidad en la respuesta a la solicitud de servicios.
- Evaluaciones apropiadas de los pacientes.
- Satisfacción paciente/médico.
- Pertinencia de los arreglos después de dar de alta.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Medición de metas.
- Quejas de los familiares.
- Quejas de las fuentes de referimiento.
- Referimientos recibidos con retraso.
- Demoras en las visitas a los pacientes.
- Referimientos inadecuados/innesarios.
- Referimientos perdidos.

Otros indicadores de trabajo social

- Falta de reconocimiento de desorden psiquiátrico.
- Plan de alta inadecuado.
- Ausencia de plan de alta.
- Abuso repetido del cónyuge o hijo.

Farmacia

- Errores en la dispensación: transcripción de receta, interpretación de la prescripción, despacho (cantidad y tipo de medicamento dispensado).
- Número de medicamentos que se requiere reenvasar (mide la garantía de calidad del medicamento hasta su uso).

- Existencia de información escrita hacia el paciente sobre el cumplimiento de la farmacoterapia y riesgos del medicamento.
- Existencia del perfil farmacoterapéutico y objetivo de su uso que permite conocer la existencia de farmacovigilancia.
- Número de medicamentos del Cuadro Básico que no tienen existencia durante siete días (indica la oportunidad en el suministro que asegure la terapia).
- Número de dosis no administradas a pacientes hospitalizados y causa (mide el cumplimiento de la farmacoterapia).
- Existencia de receta médica por paciente internado (indica la existencia de la dispensación como parte de la atención de salud).
- Número de recetas/Número de prescripciones por paciente (permite medir el grado de polifarmacia).
- Número de medicamentos incluido en Cuadro Básico/Número de medicamentos en Cuadro Básico que usa el hospital (mide la racionalidad en la prescripción).
- Uso del nombre genérico de los medicamentos en la prescripción (indica la racionalidad en la prescripción).
- Funcionamiento del Comité de Farmacia y Terapéutica y profesionales que lo integran (indica la integración del médico y enfermera en el proceso del suministro de los medicamentos y su uso racional).

Algunos ejemplos de medicamentos marcadores potenciales e indicadores resultantes

Medicamentos	Resultados Adversos
- Anticoagulantes	- Pérdida de sangre
- Aminoglicósicos	- Deficiencia renal
- Penicilina	- Reacción alérgica
- Cefalosporinas	- Costos elevados

Laboratorio

- Puntualidad en la respuesta a las solicitudes.
- Resultados dudosos de pruebas.

88 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Recolección apropiada de especímenes.
- Resultados de colorantes Gram contra informes finales de cultivo.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Venipunturas innecesarias.
- Incidentes de los pacientes.
- Cumplimiento con la preparación de especímenes para pruebas especiales.
- Puntualidad en los informes.
- Períodos de espera de los pacientes ambulatorios.
- Exactitud de los informes sobre resultados de pruebas.
- Especímenes perdidos.
- Satisfacción del paciente/médico.

Servicio de radiología

- Reacciones alérgicas/adversas.
- Proporción de películas dañadas/repetidas/rechazadas.
- Pertinencia de la explicación al paciente sobre el procedimiento.
- Períodos de espera de los pacientes ambulatorios.
- Puntualidad en la respuesta a las solicitudes.
- Puntualidad del informe.
- Películas perdidas/extraviadas.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y de seguridad.
- Pertinencia del regreso del paciente para repetir los procedimientos.
- Calidad de los Rayos X realizados en el quirófano.

- Solicitud contra prueba realizada.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Control periódico de parámetros técnicos del equipo.
- Control de dosis de radiaciones.
- Calificación del personal.
- Incidente de los pacientes.
- Satisfacción paciente/médico.

Otros indicadores de laboratorio, radiología, hemoterapia

- Aspiración durante serie gastrointestinal superior.
- Incumplimiento de requisito de seguridad contra la radiación.
- Paro cardíaco o respiratorio.
- Reacción de contraste (que requiere intervención).
- Unidades de sangre destruidas.
- Distribución de emergencia de sangre no cruzada.
- Evidencia de trombosis después del procedimiento.
- Tiempo de espera excesivo de los pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Extravasación de contraste.
- No identificación de especímenes potencialmente peligrosos.
- No recopilación adecuada de la muestra (tubo, anticoagulante, etc.).
- Hematoma en el lugar de la inyección que requiere intervención.
- Rótulo inadecuado en el espécimen.
- Preparación inadecuada del paciente para el procedimiento.

90 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Espécimen inapropiado presentado para los procedimientos solicitados.
- Interpretación inexacta de los resultados de las pruebas o el procedimiento.
- Examen inadecuado antes de los Rayos X.
- Nueva radiografía debido a posición o técnica inadecuada.
- Preparación inadecuada del intestino grueso para estudios de fluoro/radiología.
- Tiempo de espera inapropiado para el resultado.
- Infracción de la política hospitalaria relativa a enfermedades infecciosas.
- Reactivos insuficientes.
- Resultados inválidos del paciente transmitidos por el laboratorio.
- Ordenes de urgencia inmediata invalidadas.
- Infarto del miocardio/accidente cerebrovascular durante el procedimiento o dentro de las cuarenta y ocho horas del procedimiento.
- Administración inapropiada de radioisotopo.
- Película mal archivada.
- Exámenes múltiples o historia vaga.
- Pruebas de laboratorio pedidas no realizadas.
- Lesión o accidente del paciente.
- Incumplimiento de la política de tratamiento/apoyo a los pacientes.
- Paciente pinchado más de dos veces para prueba de sangre.
- Perforación durante enema de bario.
- Neumotórax después de procedimiento invasivo.
- Calidad deficiente en película portátil.
- Dolor de cabeza después de mielograma (que requiere intervención).

- Repetición del procedimiento debido a resultados no satisfactorios.
- No se adoptó acción sobre los datos declarados.
- Acceso dentro de un período inferior a las veinticuatro horas del procedimiento.
- Transfusión de una única unidad de sangre.
- Tubos o muestras no rotulados.
- Examen no autorizado.
- Datos no declarados que inciden adversamente en la atención del paciente.
- Examen incorrecto realizado en el paciente.
- Estudio incorrecto ordenado.
- Los resultados de los Rayos X no se hallan en el registro.

Servicio de medicina nuclear

- Cumplimiento con los procedimientos de control de calidad.
- Puntualidad en la respuesta a las solicitudes.
- Período de espera de los pacientes ambulatorios.
- Incidentes de los pacientes.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Calidad de las películas destinadas a diagnóstico.
- Exámenes repetidos.
- Cumplimiento con los procedimientos de eliminación de isótopos expirados.
- Solicitud contra pruebas realizadas.

92 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Puntualidad en los informes.
- Satisfacción paciente/médico.

Servicio de electroencefalogramas

- Puntualidad en la respuesta a las solicitudes.
- Solicitud contra prueba realizada.
- Incidentes de los pacientes.
- Calidad del electroencefalograma.
- Tiempo de producción de los informes.
- Satisfacción del médico con los servicios.

Servicio de hemodiálisis

- Incidentes de los pacientes.
- Cumplimiento con los protocolos sobre manejo de pacientes.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Satisfacción de los pacientes/médicos.

Terapia respiratoria

- Cumplimiento con los protocolos sobre manejo de pacientes.
- Incidentes con los pacientes.
- Tratamientos perdidos.
- Solicitud contraria al tratamiento administrado.
- Puntualidad de la respuesta a las solicitudes.
- Calidad del manejo de los procedimientos críticos.

- Reconocimiento de los cambios en la situación del paciente que hacen necesario alterar la terapia.
- Satisfacción paciente/médico.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Cumplimiento con los requisitos del registro de documentación.
- Complicaciones en la atención.
- Período de espera de los pacientes ambulatorios.
- Pacientes que rehusan el tratamiento.

Unidad de atención coronaria/cuidado intensivo

- Incidentes de los pacientes.
- Quejas de pacientes.
- Quejas de médicos.
- Tasas de mortalidad.
- Tasas de infecciones adquiridas en la unidad.
- Equivocaciones médicas.
- Intentos efectivos de recuperación cardio-pulmonar.
- Transferencia externa de pacientes.
- Administración no documentada de medicamentos.
- Narcóticos perdidos/extraviados.

Unidades de atención especial

- Pertinencia de las evaluaciones de pacientes.
- Incidentes con los pacientes.

94 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Reconocimiento de síntomas que hacen necesario que se notifique al médico.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Pertinencia del tratamiento de emergencia.
- Comparación de las solicitudes regulares con el tratamiento administrado.
- Cumplimiento con los protocolos sobre manejo de pacientes.
- Complicaciones del tratamiento.
- Satisfacción paciente/médico.

Servicios de atención domiciliaria

- Idoneidad de los servicios suministrados.
- Solicitud contra tratamiento suministrado.
- Satisfacción del paciente/familia.
- Puntualidad en la respuesta a las solicitudes de servicio.
- Incidentes con los pacientes.
- Documentación de las metas del tratamiento que pueden ser medidas.
- Readmisión al hospital.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Documentación de la enseñanza al paciente.
- Logro de las metas del tratamiento.

Abastecimiento central

- Artículos agotados.
- Interrupciones en los procesos de esterilización.
- Errores de almacenamiento.
- Quejas de los médicos.
- Quejas del personal.
- Cultivos positivos en esterilizadores.

Oficina de cuentas

- Exactitud en el proceso de facturación.
- Número de cargos procedentes de diferentes secciones.
- Cargos demorados no incluidos.
- Tarifa de refacturación.
- Puntualidad en la facturación (período de tiempo entre la dada de alta del paciente y la facturación).
- Quejas de los pacientes.

Servicios de limpieza

- Tiempo para la limpieza del cuarto del paciente.
- Inspecciones de limpieza.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Número de veces que es necesario limpiar de nuevo.
- Período de tiempo entre la solicitud de servicios y el cumplimiento de los mismos.
- Satisfacción del paciente.

96 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Cumplimiento con las normas estatales de salud.
- Accidentes de los empleados.

Alimentación/nutrición

- Temperatura de los alimentos.
- Pacientes que reciben dieta inadecuada.
- Puntualidad en respuesta a las solicitudes.
- Exactitud en el contenido de las bandejas.
- Incidentes con los pacientes.
- Cantidad de alimento que se desperdicia.
- Pacientes no intervenidos quirúrgicamente que reciben la comida en bandejas.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Exactitud de las evaluaciones nutricionales.
- Satisfacción del paciente.

INDICADORES DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Anestesia

- Selección apropiada de la anestesia.
- Documentación de las visitas pre y posoperatorias.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Puntualidad en las visitas pre y posoperatorias.
- Trauma inducido por la anestesia.
- Fallecimientos durante el período peri-operatorio.

- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Disponibilidad de tratamiento de emergencia.
- Demoras en la intervención quirúrgica a causa del anesthesiólogo.
- Demoras por más de "x" minutos en el comienzo de la intervención quirúrgica.
- Reclamos por incompetencia profesional.
- Cancelación de intervenciones quirúrgicas.

Otros indicadores clínicos específicos relacionados con la anestesia

- Mortalidad dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia.
- No se produce la recuperación de la anestesia general dentro de un período específico de tiempo.
- Lesión que se presenta en el cerebro o la médula espinal dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia.
- Desarrollo de una deficiencia neurológica periférica dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia.
- Edema pulmonar fulminante dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia.
- Lesión odontológica durante la anestesia.
- Admisión no planificada al hospital dentro de un período específico de tiempo después de un procedimiento ambulatorio que requiere anestesia.
- Admisión no planificada a la unidad de cuidado intensivo dentro de un período específico de tiempo después de la administración de la anestesia.
- Aspiración de contenido gástrico con desarrollo de resultados radiológicos típicos de neumonitis de aspiración, relacionado con la atención de anestesia.
- Paro cardíaco temporalmente relacionado con la atención de anestesia.

98 Δ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Infarto del miocardio agudo clínicamente aparente relacionado temporalmente con la atención de anestesia.
- Desarrollo de dolor de cabeza después de perforación dural relacionado con la atención de anestesia.
- Falla, mal funcionamiento o desconexión del equipo.
- Falla en la intubación.
- Lesión de la traquea.
- Falla en la anestesia regional que requiere inducción de anestesia general.
- No salida de la anestesia general dentro de un período de tiempo especificado.
- Mortalidad relacionada con la atención de anestesia.
- Lesión ocular durante la atención de anestesia.
- Comienzo de hipertermia maligna.
- Parto prolongado secundario a epidural.
- Recuperación prolongada (72 horas) después de la anestesia general.
- Aspiración pulmonar.
- Reintubación en la sala de recuperación.
- Canulación repetida.
- Epidural repetida.
- Paro respiratorio relacionado con la atención de anestesia.

Factores de riesgo en la atención anestésica

- Edad
- Sexo
- Estatura

- **Peso**
- **Consideraciones relacionadas con el embarazo, incluyendo tiempo de gestación.**
- **Estado físico, de acuerdo con las pautas de la Sociedad de Anestesiólogos.**
- **Diagnóstico antes de la anestesia.**
- **Tipo de procedimiento quirúrgico.**
- **Duración de la intervención quirúrgica.**

Cirugía general

- **Cualquier procedimiento repetido durante la misma admisión.**
- **Atelectasia después de la operación.**
- **Lesión de cauterización.**
- **Trombosis de vena profunda después de la operación.**
- **Apéndice perforado.**
- **Regreso a la sala de operaciones por lesión ocurrida después de la cirugía previa.**
- **Tromboémbolo después de la operación.**
- **Infección del conducto urinario después de la operación.**
- **Hematoma en herida.**
- **Infección de herida**

Cirugía el mismo día

- **Todas las cancelaciones.**
- **Cancelación/Surgió emergencia.**
- **Cancelación/Petición del paciente.**
- **Cancelación/Enfermedad del personal.**

100 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Cancelación/Enfermedad del paciente.
- Infecciones postoperatorias.
- Admisión no planificada para la noche.

Médico quirúrgicos

- Dado de alta contra asesoramiento médico.
- Reacción a los medicamentos o transfusión.
- Incidente ocurrido en el hospital/sala de operaciones.
- Complicación después de la operación.
- Procedimiento diagnóstico invasivo repetido durante la misma admisión.
- Separación o reparación no planificada de parte normal del cuerpo durante la cirugía (sin consentimiento).
- Uso apropiado de sensibilidades al cultivo de sangre en el tratamiento de sepsis bacteriana.
- Comisión de errores graves en la administración de los medicamentos que resultan en la muerte o en una morbilidad importante.
- Desarrollo de complicaciones asociadas con métodos subóptimos de administración y monitoreo de medicamentos específicos.
- Desarrollo de infecciones relacionadas con el uso de dispositivos intravasculares en unidades de cuidados especiales.
- Desarrollo de neumonía en pacientes tratados en unidades de cuidados especiales.
- Empeoramiento de úlceras de presión (úlceras o escaras por decúbito).
- Desarrollo de infecciones de heridas después de procedimientos quirúrgicos limpios o limpios-contaminados.
- Admisiones no planificadas a un hospital después de cirugía ambulatoria o procedimientos específicos.
- Readmisión no planificada al hospital poco después de una intervención quirúrgica realizada dentro del hospital.

- Admisión no planificada al hospital poco después de una intervención quirúrgica o procedimientos específicos ambulatorios realizados fuera del hospital.
- Puntualidad en la profilaxis de antibióticos durante procedimientos quirúrgicos específicos.
- Amputaciones de "pie diabético" (indica mal seguimiento a nivel primario de atención).
- Utilización inadecuada de los antibiogramas en el tratamiento de la sepsis bacteriana.
- Perpetración de importantes equivocaciones en la medicación que resulten en muerte o mayor morbilidad.
- Mortalidad de pacientes con condiciones médicas específicas durante la hospitalización o dentro de un período de treinta días después de la admisión, si el fallecimiento ocurre en la institución donde el paciente fue transferido.
- Mortalidad de pacientes después de procedimientos quirúrgicos específicos durante la hospitalización o dentro de un período de treinta días después de la admisión, si el fallecimiento ocurre en la institución donde el paciente fue transferido.
- Mortalidad entre pacientes tratados en el hospital por lesiones ocurridas inmediatamente antes del tratamiento, cuando la muerte ocurre dentro de un período de treinta días después de la lesión o durante la hospitalización necesaria por la ocurrencia de la lesión.

Otolaringología/endoscopía

- Hematoma después de la operación.
- Transfusiones
- Lesión traqueal post-intubación

Oral/maxilofacial/dental

- Curación retrasada.
- Pérdida epidérmica.
- Procedimiento imprevisto de oxigenación.
- Alta no planificada.

102 \triangle Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Medicina interna

- Infarto del miocardio agudo en pacientes con menos de 50 años de edad.
- Dado de alta contra asesoramiento médico.
- Incidente ocurrido en el hospital.
- Lesión de órgano o parte del cuerpo durante procedimiento invasivo.
- Dolor no identificable no existente al ser admitido.
- Falla renal - creatinina más de una sobre admisión.
- Procedimiento diagnóstico invasivo repetido en la misma admisión.
- Ventilador vuelto a poner en marcha.

Pediatría

- Paro cardíaco o respiratorio.
- Problemas congénitos del recién nacido.
- Fiebre de origen desconocido.
- Neonato requiere oxígeno por más de veinticuatro horas después del nacimiento.
- Neonato requiere antibióticos parenterales.
- Error o reacción a los medicamentos.
- Accesos neonatales.
- Sepsis neonatal.
- Neonato con anomalías importantes.
- Lesiones en neonato.
- Paciente dado de alta sin documentación de instrucciones ambulatorias.
- Fototerapia por bilirrubinemia.

- **Hidratación parenteral versus hidratación oral.**
- **Readmisión al hospital dentro de setenta y dos horas del alta.**
- **Sospecha de agresión o abuso sexual.**
- **Traslado a la unidad de cuidados especiales después de veinticuatro horas.**
- **Resultado diagnóstico imprevisto/anómalo después de darse de alta al paciente.**
- **Pneumonías consecuentes a síndromes diarréicos (indica mal seguimiento a nivel primario de atención).**

Indicadores clínicos en la atención obstétrica

- **La inducción del parto por indicaciones clínicas que no sean diabetes, ruptura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo, gestación por término, retardo en el crecimiento intrauterino, enfermedad cardíaca, isoinmunización, muerte del feto o corioamnionitis con o sin operación cesárea.**
- **Operación cesárea primaria por falta de progreso.**
- **Parto vaginal exitoso o fallido después de la operación cesárea.**
- **Parto por medio de operación cesárea planificada repetida de un niño, con peso menor de 2 500 gramos o con enfermedad de la membrana hialina.**
- **Nacimiento por parto inducido de un niño con peso menor de 2 500 gramos o con enfermedad de la membrana hialina.**
- **Eclampsia.**
- **Comienzo de tratamiento con antibióticos en el hospital veinticuatro horas o más después de parto vaginal a término.**
- **Pérdida excesiva de sangre de la madre, excepto por ruptura de placenta o placenta previa, según se manifiesta por la necesidad de una transfusión de glóbulos rojos, por hematócrito menor de 22, o hemoglobina menor de 7, o una caída de hematocritos de más de 11, o de hemoglobina de más de 3.5.**
- **Estadía de la madre por más de cinco días después de parto vaginal o más de siete después de operación cesárea.**

104 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Readmisión de la madre dentro de los catorce días siguientes al parto.
- Muerte de la madre dentro de un período hasta de cuarenta y dos días después del parto.
- Muerte durante el parto en el hospital de feto con peso de 500 gramos o más.
- Muerte perinatal de niño con peso de 500 gramos o más.
- Muerte neonatal de un niño con peso entre 750 a 999 gramos, en un hospital con unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Parto de un niño con peso menor de 1,800 gramos, en un hospital sin UCIN.
- Transferencia de un neonato a la UCIN de otro hospital.
- Neonato a término admitido en una UCIN.
- Diagnóstico de síndrome de aspiración masiva.
- Diagnóstico de traumatismo del nacimiento.
- Neonato a término con convulsiones súbitas clínicamente aparentes antes de ser dado de alta del hospital.
- Número de abortos en la emergencia (información sobre origen y residencia del paciente para comparación con programas comunitarios de planificación familiar).

Otros eventos obstétricos

- pH del Cordón Anterior menos de 7,2.
- Lesión a la vejiga durante la sección cesárea.
- Pérdida de sangre de más de 1.000 cc.
- Paro cardíaco/respiratorio, madre.
- Tiempo de incisión de sección cesárea de más de treinta minutos.
- Alumbramiento con ayuda de persona sin credenciales obstétricos.
- Alumbramiento de niños muy prematuros en instituciones sin unidad de cuidados intensivos neonatales.

- Aparición de accesos clínicamente aparentes antes del egreso del hospital.
- Diagnóstico del síndrome de aspiración de meconio en sala de recién nacidos.
- Diagnóstico de tipos específicos de trauma al nacer.
- Alta contra asesoramiento médico.
- Histerectomía de emergencia después del parto.
- Monitor fetal no disponible durante el parto.
- Lesión ocasionada por las pinzas.
- Laceración de cuarto grado o extensión de episiotomía.
- Recuento hematocrito de menos del 28 por ciento.
- Enfermedad de la membrana hialina después de sección cesárea electiva repetida.
- Inducción para especificaciones distintas de las especificadas con y sin sección cesárea posterior.
- Mortalidad en el parto en hospital en ausencia de parto prematuro extremo o anomalías congénitas importantes.
- Lesión en órgano o parte del cuerpo.
- Transfusión de glóbulos rojos en el parto o después del parto excepto con abrupcio placenta o placenta previa.
- Muerte fetal intrauterina (menos de veinte semanas/alumbramiento antesala de parto).
- Diabetes materna controlada con insulina.
- Parto con forceps alto.
- Muerte neonatal.
- Mortalidad neonatal de lactantes de alto riesgo en instituciones con unidades de cuidados intensivos neonatales.
- Sepsis neonatal.

106 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

- Peso del neonato inferior a 2.000 gramos.
- Peso del neonato inferior a 2.500 gramos.
- Peso del neonato superior a 4.500 gramos.
- Mortalidad perinatal en ausencia de alumbramiento prematuro extremo.
- Hemorragia después del parto.
- Infección después del parto.
- Precipitación del parto.
- Preeclampsia.
- Niño prematuro nacido mediante sección cesárea electiva repetida.
- Sección cesárea primaria (Revítese si no se hallan en el registro ninguno de los criterios siguientes:)
 - Placenta previa
 - Falta de proporción cefalopélvica
 - Falta de progreso
 - Compromiso fetal
 - Herpes activa
 - Presentación de nalgas
 - Preeclampsia
 - Mortinato
 - Muerte materna
 - Puntuación Apgar de 6 o menos a los 5 minutos
- Duración prolongada de la permanencia materna después de indicaciones de parto vaginal o sección cesárea.
- Tasas de partos vaginales o cesáreas pretendidas o conseguidas.
- Resucitación con intubación de un niño nacido en tiempo normal.
- pH del Cuero cabelludo menos de 7,2.
- Trauma importante al nacer (fracturas, palsias de los nervios, cefalohematomas).
- Mortinato (más de 20 semanas).

- Mortinato (más de 24 semanas o 500 gm).
- Complicaciones quirúrgicas tal como figuran en las notas operativas.
- Niño no prematuro admitido a una unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Niño no prematuro con acceso antes del egreso del hospital.
- Regreso no planificado a la sala de operaciones/sala de partos.
- Transferencia no planificada a la unidad de cuidados intensivos (neonato).
- Complicaciones de la herida.
- Hematoma de la vagina/vulva.

Urología

- Admisión por dolor escrotal menos de dos semanas después de vasectomía.
- Hospitalización por infección del conducto urinario o hemorragia dentro de un período de tiempo inferior a dos semanas de cistoscopia.
- Reacción de contraste endovenoso que requiere hospitalización.
- Hemorragia renal después de la operación.
- Hematoma escrotal después de la operación.
- Regreso no planificado a la sala de operaciones.
- Infección del conducto urinario después de la operación.

Ortopedia

- Gangrena.
- Falta de unión/unión defectuosa de fractura.
- Infección de la herida.

108 △ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales

Rehabilitación

- Incidentes de los pacientes.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Pertinencia de las evaluaciones de pacientes.
- Logro de las metas determinadas.
- Medición de las metas de tratamiento.
- Solicitud contra realización de tratamientos.
- Puntualidad de la respuesta a las solicitudes de servicios.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y de seguridad.
- Satisfacción paciente/médico.
- Períodos de espera de los pacientes.
- Visitas demoradas.
- Pertinencia del programa de tratamiento.

Medicina ocupacional

- Cualquier paciente remitido para admisión (no planificada).
- Lesión ocasionada como resultado del tratamiento (férula, enyesado).
- Regreso no planificado a la clínica en menos de veinticuatro horas con la misma queja.
- Infección de la herida.

Dermatología

- Tratamiento definitivo para cancer de la piel no completado en menos de seis semanas.
- Complicación después de la operación.
- Reacción a un agente anestésico local.

- Petición de consulta "Hoy" no completada en menos de veinticuatro horas.
- Quemadura de segundo grado causada por fototerapia.

Psiquiatría

- Fuga.
- Incidente ocurrido en el hospital.
- Lesión en el uso de medios de sujeción.
- Error en el medicamento.
- Incumplimiento por el personal de la política del hospital relacionada con los medios de sujeción de los pacientes.
- Gesto o intento de suicidio mientras el paciente está hospitalizado.
- Reacción imprevista a los medicamentos.
- Traslado no planificado a otro hospital de cuidados agudos.

Servicio de rehabilitación de alcohólicos

- Tratamiento sin resultados.
- Lesión relacionada con el tratamiento.