

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS E INTALACIONES
DEL HOSPITAL DE LA FUERZA AEREA MILITAR, PATRONATO VIRGEN DE
LORETO**

CONTROL DE CALIDAD DE INFRAESTRUCTURA
ABRIL A JULIO 2006

ROSA ISABEL ESCAMILLA BRAN
GUATEMALA, AGOSTO 2006

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

Evaluación y análisis de la calidad de los medios
e instalaciones del Hospital de la Fuerza Aérea Militar,
Patronato Virgen de Loreto

Control de Calidad de Infraestructura
Abril a Julio 2006

Tesis

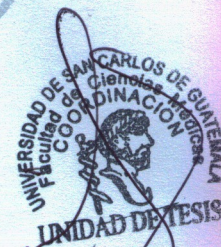
Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

ROSA ISABEL ESCAMILLA BRAN

Previo a conferírsele el Título de
Médica y Cirujana

Guatemala, agosto 2, 006.



CONTENIDO

**EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HACE CONSTAR**

Que la Bachiller:

1. **Rosa Isabel Escamilla Bran** 9316664

Previo a optar al título de Médica y Cirujana, han presentado el trabajo de graduación titulado:

**"EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS E INTALACIONES DEL
HOSPITAL DE LA FUERZA AEREA MILITAR, PATRONATO VIRGEN DE LORETO."**

Control de calidad e infraestructura

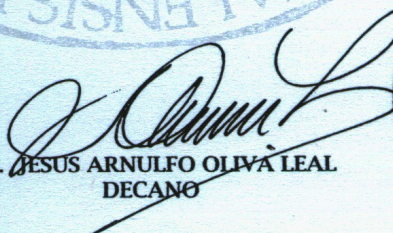
abril-julio 2006

Trabajo asesorado por el DR. WILLIAM EDUARDO MOLINA y revisado por el DR. EDGAR RODOLFO DE LEON BARILLAS, quienes lo avalan y firman conformes, por lo que se emite y sella la presente

ORDEN DE IMPRESIÓN

Dado en la Ciudad de Guatemala, el dieciséis de agosto del dos mil seis.

IMPRIMASE


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO





Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS-
UNIDAD DE TESIS



16 de agosto del 2006

Bachiller:

1. Rosa Isabel Escamilla Bran 9316664

Se les informa que el trabajo de graduación titulado:

**"EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS E INTALACIONES DEL
HOSPITAL DE LA FUERZA AEREA MILITAR, PATRONATO VIRGEN DE LORETO."**

Control de calidad e infraestructura

abril-julio 2006

Ha sido REVISADO y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su Examen General Público.

Sin otro particular suscribo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
COORDINADOR
UNIDAD DE TESIS

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador

Guatemala, 16 de agosto del 2,006

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HACE CONSTAR

Señores
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Señores:

Se les informa que la Bachiller, abajo firmante,

1. Rosa Isabel Escamilla Bran

Han presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

**"EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS E INTALACIONES DEL
HOSPITAL DE LA FUERZA AEREA MILITAR, PATRONATO VIRGEN DE LORETO."**

Control de calidad e infraestructura

abril-julio 2006

Del cual autora, asesor y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

FIRMA Y SELLO
ASESOR

FIRMA Y SELLO
REVISOR
REGISTRO DE PERSONAL



CONTENIDO

1. RESUMEN	1
2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA	
2.1 ANTECEDENTES	3
2.2 DEFINICION	4
2.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA	5
2.4 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	6
3. JUSTIFICACIÓN	
3.1 MAGNITUD	7
3.2 TRASCENDENCIA	7
3.3 VULNERABILIDAD	8
4. REVISIÓN TEORICA Y DE REFERENCIA	11

5. OBJETIVOS	37
6. DISEÑO DE ESTUDIO, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	39
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	65
8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	77
9. CONCLUSIONES	93
10. RECOMENDACIONES	95
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	97
12. ANEXOS	101

1. RESUMEN

El Hospital de la Fuerza Aérea, Patronato Virgen de Loreto brinda atención medica a mas de 15,000 efectivos del Ejercito de Guatemala, y a los vecinos de la zona 14 entre las colonias Santa Fe y Aurora.

Durante los meses de abril a julio del 2006 se realizó una evaluación de calidad de la estructura, medios e instalaciones de dicho hospital, evaluando cinco grandes áreas, observando el cumplimiento de estándares mínimos de calidad. Los niveles obtenidos tras la evaluación, en una escala de 1 a 4 fueron las siguientes: organización

y atención medica, nivel 1; áreas técnicas y de apoyo, nivel 1; documentación y planos, nivel 3; estructura físico-funciona, nivel 1; e instalaciones, nivel 1.

Se pudo concluir que el nivel de calidad del hospital es el nivel mínimo (nivel 1), por lo que se recomendó establecer normas y protocolos por escrito, lo que dará una mejor calificación en el futuro.

2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES

Hasta hace poco, la calidad de la atención médica al paciente se consideraba como un asunto de segunda importancia. En muchos países, la calidad se está

transformando en el centro de atención de los gobiernos y de los países. Existe un consenso general en cuanto a que si la atención médica es tan costosa, esta debe ser de la más alta calidad.

No fue hasta el la década de los 90 que la región latino americana demostró interés en el control de calidad, no solo del servicio en si, sino también de la calidad de la estructura, medios e instalaciones de los lugares en los que se prestan los servicios.

La importancia surgió por dos factores emergentes(16): primero, el aumento de las demandas legales por mala practica; y en segundo lugar, un estudio realizado por OMS en el que se demuestra que a mayor deterioro de los medios, instalaciones e infraestructura, mayor incidencia de infecciones nosocomiales, por lo tanto un aumento de costo por paciente(15).

Para este fin la Organización Mundial para la Salud, e instituciones privadas, tomaron la iniciativa , siguiendo como modelos aquellos países que ya contaban con un sistema de evaluación de calidad establecido. EL mecanismo mas utilizados por los mayoría de países, especialmente Estado Unidos de América, es el de la Acreditación.

La acreditación surgió como método para evaluar la calidad, en respuesta a presiones por grupos de trabajadores de salud, por la preocupación concerniente a la seguridad del trabajador y la protección a la salud. Así mismo, la protección del ambiente externo tomo importancia por los movimientos ambientalistas: el efecto del hospital en el medio externo, en relación con los residuos y la contaminación producida por los hospitales. A lo cual se le unió, las amenazas por parte de los gobiernos locales y del carácter litigioso de la sociedad estadounidense.

A partir de lo anterior, los mayores cambios sufridos por el sistema estadounidense, han sido el resultado de nuevas actitudes hacia la calidad de la atención medica integralmente. En otras palabras, la función de los hospitales para contribuir a la salud, no solamente de sus paciente hospitalarios, sino también el contacto con sus instancias: servicios, medios e infraestructura (instalaciones); y procesos.

En 1988, la Organización Mundial para la Salud, recibió el mandato de los directores de la organización, de reforzar la colaboración técnica con la Región Latino Americana; y a raíz de la Conferencia Regional sobre Prevención y Control de las infecciones hospitalarias, en 1990 de la cual Guatemala fue firmante, se derivó el compromiso de tomar acciones y medidas para el control de calidad y acreditación, de los servicios de salud; velando que el número de las exigencias de calidad que se formularon por esta organización y el Ministerio de Salud y Asistencia Social, se cumplan.

Como respuesta a este compromiso, se abrió el Departamento de Regulación y Acreditación Y Control de los Establecimientos de Salud, cuya misión se enfoca en lograr que a través de la regulación, acreditación y control los establecimientos de salud cumplan con los requisitos de acreditación (estándares de calidad), con la finalidad de brindar máxima calidad de atención a los usuarios.

2.2 DEFINICIÓN

En Latino América existen más de 15,000 hospitales(16), de los cuales no se Registro de el estado en el que se encuentran. Durante la década previa al milenio, los países de la región iniciaron el diseño de métodos e instrumentos para poder evaluar la calidad, y asegurarse de su mejoramiento continuo. Se tomó como base las experiencias de los países en los que ya existe esta cultura, modificando y ajustando los estándares a las necesidades de los países individuales.

Así mismo se diseñó con la intención de que los hospitales fueran parte del sistema local de salud(SILOS), lo que permite un mayor control de los establecimientos de salud(15,16). En Guatemala son pocos los hospitales que poseen edificaciones específicas para esta función. EN la mayoría de los casos, han sido viviendas u hoteles modificados, no contando con una distribución apropiada, siendo esta la primera falla estructural.

La situación económica que se vive en la actualidad es otro factor que contribuye a que se presente la segunda falla estructural: falta de mantenimiento a las instalaciones y equipo de los hospitales(11). Esto da paso a que funcionen centros con deficiencias en la calidad de servicio, que repercuten directamente sobre el paciente.

Otro factor determinante es la cultura inexistente de mejora continua. Al no existir, se tiene la percepción equivocada que al ser evaluados se les está poniendo en riesgo sus empleos y el derecho de que las instalaciones funcionen como hospital. Al no contar con políticas de mejora continua y de calidad, el médico así como el paciente corren riesgo, ya que muchas veces, el equipo de ayuda diagnóstica y de soporte no cuentan con el mantenimiento necesario, o son obsoletos, lo que aumenta el riesgo de un diagnóstico no adecuado o un tratamiento ineficiente. El propósito real es identificar las fallas haciendo un diagnóstico, para proponer las áreas en las que hay que implementar mejoras(3).

2.3 DELIMITACIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital de la Fuerza Aérea, Virgen de Loreto, durante los meses de abril a julio del presente año. Dicho hospital se localiza en la zona 14 de la ciudad capital, en la colonia Santa Fe.

2.4 PLANTEAMIENTO

¿ CUÁL ES LA CALIDAD DE LOS MEDIOS, INSTALACIONES E INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DE LA FUERZA AEREA MILITAR, PATRONATO VIRGEN DE LORETO PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD CONTINUA?

3. JUSTIFICACION

3.1 MAGNITUD

Desde 1988 la Organización Panamericana de la Salud recibió mandato de los directivos de la organización, de reforzar la cooperación técnica en los países de la región. Este mandato surge luego que los países Latino Americanos evaluaran los progresos para el año 2000. En esta ocasión coincidieron con la necesidad urgente de acelerar el proceso orientado a otorgar mayor prioridad al desarrollo de infraestructura de salud(16).

En Guatemala existen mas de 20,000 establecimientos de salud, de ellos el 40% es atendido por personal no capacitado brindado atención a más de 12,000 millones de guatemaltecos(11).

Del 100% de estos establecimientos, ninguno ha sido debidamente evaluado para constatar si cumple con los estándares mínimos de calidad, lo cual pone en riesgo a la población que solicita la asistencia medica a dichas instituciones.

3.2 TRASCENDENCIA

Basándose en las conclusiones de la Conferencia Regional sobre Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias, se constató que la deuda sanitaria de los países de Latinoamérica, se refleja con gran nitidez en el grado de deterioro en que se encuentran los hospitales de la región(16).

El grave problema de falta de prevención y control de las infecciones nosocomiales es comparable con la punta del iceberg, lleno de complejidad en los aproximados 15,000 hospitales de la región, mal equipados, sin manuales de organización, normas y procedimientos; personal sin preparación y sin motivaciones; así como la ausencia de control y garantía de la calidad de atención medica ofrecida(15).

El Ejercito de Guatemala cuenta con mas de 15,000 efectivos que tiene acceso a los servicios brindados por este hospital. Así también, muchos de sus servicios fueron abiertos al publico al cesar la guerra interna.

La ubicación de este hospital en la zona 14 entre las colonias Santa Fe y Aurora posibilita a los vecinos de estas áreas contar con un servicio las 24 horas. El nivel de complejidad es de segundo nivel de atención, según las especialidad con las que cuenta.

3.3 VULNERABILIDAD

En Guatemala existen dos factores de suma importancia consideración: el nivel socio económico, y la falta de implementación de normalización y reglamentación de las instituciones que brindan servicios de salud.

No existe una cultura por parte de la población de verificar si la persona o lugar en que son atendidos cumplen con los requisitos mínimos. Ponen muy poca o ninguna atención a las características físicas y el estado de las instalaciones. Puede decirse, que a menor ingreso económico mayor deficiencia en las instalaciones de los servicios de salud. Esto tiene una reprecisión directa en la calidad de servicio de salud. Como ya se menciona con anterioridad, se ha visto que a mayor deterioro físico mayor incidencia de infecciones nosocomiales(15).

La falta de supervisión y de evaluación de los establecimientos de salud es un riesgo para el paciente y el medico tratante. Para el medico promedio, la calidad falla cuando el sistema falla. Sin los conocimientos de fondo y técnicas de mejoramiento de calidad incorporados a la practica medica, los médicos son tan susceptibles como todos las demás personas que dependen de un buen funcionamiento y disponibilidad de áreas y equipos específicos para la realización de su labor(18).

En este estudio fue de gran importancia evaluar la calidad estructural de el Hospital de la Fuerza Aérea de Guatemala, partiendo de la necesidad que tiene la institución de mejorar la calidad de sus servicios para obtener ventaja competitiva, garantizando que se cuente con los medios e instalaciones apropiadas para una atención de primera calidad.

4. REVISIÓN TEORICA Y DE REFERENCIA

En general, la evaluación de calidad es realizada en base a variables gerenciales, según el enfoque de sistemas, el cual busca medir las condiciones estructurales de los servicios, desde los parámetros físicos, de calificación del personal, o del desempeño de los equipos. Otras condiciones del cómo se realizan, se hacen a través de indicadores del proceso, función de la sensibilidad de las tareas o especificación de la atención médica, de la accesibilidad a la institución, del tiempo de espera, de la gentileza en el trato, o por la indicación y aplicación apropiada de la terapéutica.

4.1 HISTORIA

El enfoque de calidad total es una herramienta administrativa que se desarrollada en occidente en la década de los 80', por diferentes estudiosos de la ciencia administrativa. Sin embargo data desde el período posterior a la segunda guerra mundial , ya que gracias a ella países como Japón y los del sudeste asiático alcanzaron niveles de productividad , eficacia y eficiencia , nunca antes vistos. Sus principales exponentes son Deming (5,6), Juran(9) y Crosby(4).

4.2 ¿QUÉ ES CALIDAD?

La palabra Calidad, proviene del latín “qualitas” que significa, conjunto de cualidades de una persona o cosa y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta nobleza, superioridad. Cuando se utiliza el termino de calidad, acuden a la mente sinónimos muy positivos, que conllevan a pensar siempre en la excelencia.

También se puede decir que la calidad es :” la satisfacción permanente de las necesidades y expectativas de los usuarios, clientes y consumidores externos e internos de las empresas.”

4.2.1 CONCEPTOS

Edward Deming(5,6), describe la calidad como “un grado predecible de uniformidad y confiabilidad a bajo costo y acorde al mercado”; y el conocido profesor de calidad Juran, la define como “ un producto que sea el mas económico, el mas útil y siempre satisfactorio para el consumidor .

Lo que se descubrió en Japón era principalmente una forma nueva, más lógica y más válida de concentrarse en la calidad. Llamémosla la "Teoría de mejora continua". Sus postulados son simples, pero son extrañamente ajenos a algunas hipótesis básicas de la industria norteamericana -hipótesis plenamente evidentes hoy en la atención de salud-. Estos postulados han sido codificados enfáticamente por Deming y Juran - héroes hoy en el Japón y entre las compañías norteamericanas más eficientes. Ellos,

guiados principalmente por un grupo visionario de mentores en los Laboratorios de la Western Electric (posteriormente AT&T Bell Laboratories) en la década de 1930, utilizaron una comprensión más profunda de las fuentes generales de problemas en la calidad. Descubrieron que los problemas, y por tanto las oportunidades para mejorar la calidad, habían sido incorporados de ordinario directamente en los complejos procesos de producción que estudiaban y que los defectos en la calidad sólo en raras ocasiones podrían atribuirse a falta de voluntad, aptitudes o intención benigna entre los trabajadores participantes en los procesos. Incluso cuando los trabajadores eran la fuente del defecto, el problema no se debía a falta de motivación o esfuerzo sino, más bien, a un deficiente diseño del trabajo, a falta de liderazgo o a fines poco claros. La calidad puede mejorarse mucho más cuando se supone que las personas están tratando ya de hacer una buena labor y no se les acusa de despreocupación. El miedo engendrado por el enfoque disciplinario se interpone al mejoramiento de la calidad ya que inevitablemente conduce a enajenamiento, a distorsión de la información y a pérdida de oportunidad de aprender.

4.3 TRILOGIA DE JURAN

Juran postulo tres principios simples de ordenamientos para la calidad, que a su vez marcan el orden en el cual se debe ejercer. Estos postulados son conocidas como la trilogía de Juran:

1. Planificación de la Calidad
2. Control de Calidad
3. Mejora la Calidad

Para poder tener una calidad optima en procesos de calidad es necesario

Que antes de empezar a realizar cualquier acción de intervención, se tenga una planificación adecuada. En la planificación se establecen los pasos a seguir que

servirán como control. Una vez establecidos los parámetros o estándares de control, se puede implementar la mejora de la calidad. Siendo este un ciclo constante(9).

4.3.1 CONTROL DE CALIDAD

Se puede definir como la estrategia para asegurar el mejoramiento continuo de la calidad. Programa para asegurar la continua satisfacción de los clientes externos e internos mediante el desarrollo permanente de la calidad del producto y sus servicios.

Es un concepto que involucra la orientación de la organización a la calidad manifestada en la calidad de sus productos, servicios, desarrollo de su personal y contribución al bienestar general. La definición de una estrategia asegura que la organización está haciendo las cosas que debe hacer para lograr sus objetivos; y la de un sistema que determina si se está haciendo las cosas correctamente.

La calidad de los procesos se mide por el grado de adecuación de estos a lograr la satisfacción de sus clientes (internos o externos). Esto implica la definición de requerimientos del cliente o consumidor, los métodos de medición y estándares contra que comparar la calidad.

4.4 14 PRINCIPIOS DE DEMING

Este pionero de la calidad continua simplifico e hizo mas detallado Lo que significa y los pasos que se requieren para alcanzar la calidad; sus 14 principios son(5,6):

1. Crear constancia en el propósito de mejorar productos y servicios con el enfoque de volverse competitivo y suministrar empleo. (visión clara de la misión).
2. Adoptar la nueva filosofía, dejar de vivir en errores y deficiencias.

2. Suspender la dependencia de la inspección masiva, se refiere a dejar de inspeccionar para lograr calidad.
3. Terminar la practica de adjudicar contratos de compra basados en el precio, deben ser a largo plazo para crear confianza entre ambos.
4. Mantener siempre el habito de mejoramiento, esto recae en la gerencia que debe buscar continuamente maneras de mejorar y reducir desperdicios.
5. Instituir un programa continuo de entrenamiento en el trabajo, que involucre a todos.
6. Instituir el liderazgo, que se un orientador, que lo guíe a desempeñar mejor su trabajo.
7. Desterrar el temor, para que todos trabaje eficazmente en la compañía.
8. Derribar las barreras entre departamentos, todos deben trabajar en equipo.
10. Eliminar las campañas, concursos, competencias, eslogans, afiches,, exhortaciones y las metas en los que se pide a la fuerza de trabajo cero defectos y nuevos niveles de productividad.
11. Eliminar las cuotas numéricas, debe hacer mas de lo establecido, el esfuerzo es mejor.
12. Eliminar toda barrera que vaya en contra del sentimiento de orgullo que produce en la gente un trabajo bien hecho.
13. Establecer un programa de educación y entrenamiento para todos los niveles de la empresa.

14. Tomar acción lograr el cambio, un grupo de alto rango que impulse con un plan de acción día a día los principios anteriores y estén convencidos de ellos.

Estos principios han sido probados durante mas de medio siglo y su eficacia altamente comprobable. Empresas como Toyota, lo han empleado, y su éxito es irrefutable.

4.5 TEORIA DE LA MEJORA CONTINUA

El mejoramiento real de la calidad depende, de acuerdo con la "Teoría de la mejora continua", de la comprensión y revisión de los procesos de producción tomando como base los datos acerca de los propios procesos. Los teóricos afirman que: "Cada proceso produce información en base a la cual puede mejorarse el proceso". Se hace hincapié en la mejora continua mediante la organización a través de un esfuerzo constante encaminado a reducir el desperdicio, la duplicación y la complejidad. Cuando se comprende claramente y es constante en los fines que trata de alcanzar, cuando el miedo no controla el ambiente (y, por tanto, los datos), cuando el aprendizaje se guía por información exacta y por sólidas reglas de deducción, cuando los proveedores de los servicios permanecen en diálogo con quienes dependen de ellos y cuando se consigue aplicar la voluntad y talento de todos los trabajadores a la identificación de nuevas formas de realizar el trabajo, las posibilidades de mejoramiento de la calidad son casi ilimitadas. Traducidas a normas culturales en los sistemas de producción y hechas realidad mediante sólidas técnicas estadísticas, estas lecciones son la base de la revolución industrial japonesa, y han demostrado su valía(2).

La Teoría de la Mejora Continua es eficaz debido a la fuerza cuantitativa inmensa e irresistible derivada de cambiar toda la curva de producción hacia arriba, aunque sólo sea ligeramente, en comparación con una concentración en disciplina. Los japoneses llaman a este concepto kaisen: la búsqueda continua de oportunidades para que mejoren todos los procesos. Un epigrama capta este espíritu: "Todo defecto es un tesoro". En el descubrimiento de la imperfección está la posibilidad de mejoramiento de los procesos(2,7,8).

4.6 QUE ES CALIDAD TOTAL

Es un modelo de gestión de todo tipo de organizaciones, tanto públicas como privadas filosofía integradora de las distintas actividades de la empresa y como generadora de un modo de hacer que se hace imprescindible para alcanzar el reto de la competitividad.

También, implica eficacia y eficiencia; significa reducir costes y aumentar la rentabilidad; supone actualmente, y supondrá en el futuro, tanto un valor estratégico como una ventaja competitiva.

Incluye todas las funciones y fases que intervienen en la vida de un producto o servicio, no sólo al producto en sí, sino a la gestión de la organización en su globalidad, poniendo en juego todos los recursos necesarios para la prevención de los errores, involucrando a todo el personal, sistematizando en todas sus vertientes las múltiples relaciones proveedor-cliente (interno y externo), mejorando el clima y las relaciones entre los miembros integrantes y reduciendo las pérdidas provocadas por una gestión insuficiente. Tiene en cuenta la totalidad de las necesidades de los clientes con el objetivo final de la satisfacción de sus necesidades y expectativas(16).

4.6.1 TIPOS DE CLIENTES

En lo que respecta a servicios, podemos encontrar dos tipos de clientes:

- Clientes Externos:
- Son las personas que no forman parte de la empresa, pero es sobre el que repercuten los productos, es el consumidor final.
- Cliente Interno:
- Son las personas o departamentos que forman parte de la cadena de operaciones que forman la empresa, ya que ellos son a su vez clientes internos de otros departamentos.

En el enfoque de calidad el cliente es la variable mas importante dentro Todo el proceso. SU satisfacción es el objetivo máximo, por tanto, se debe realizar cualquier intervención que sea necesaria para que este se cumpla.

Esto ha venido a revolucionar muchos pensamientos. Los paradigmas establecidos han dado un giro de 180 grados, en donde los clientes jugaban un papel secundario, a ser el principal.

4.6.2 PROGRAMA DE ADMINISTRACION TOTAL DE CALIDAD

Los programas de administración de calidad girar alrededor de tres conceptos principales(16):

Satisfacer: es lo que conocemos como ofrecer el producto o servicio en concordancia con las especificaciones y expectativas del cliente.

Consistente: es trabajar bien desde que se comienza y todo el tiempo en que la empresa este operando, es mantenerse en el mercado.

Cliente: es nuestro principal objetivo, es nuestra razón de ser; es a el al que se le entrega el producto o servicio final luego de pasar por todo un proceso.

Estos conceptos no pueden darse aisladamente; tienen uniones intrínsecas, una interdependencia entre si que permite alcanzar la administración de calidad.

4.7 KAISEN EN EL AMBIENTE MEDICO

La medicina se ha alejado mucho de los que es el kaisen. Esto no quiere decir que la idea del mejoramiento continuo sea ajena a la medicina; el autodesarrollo, el aprendizaje continuo, la búsqueda de realización total son todos temas familiares en la instrucción e historia médicas. Sin embargo, hoy nos hallamos casi totalmente desposeídos de dichos criterios al iniciar el debate sobre la calidad. Los defensores de la disciplina tratan de localizar las Manzanas Podridas; la profesión y sus instituciones, en gran medida, tratan de justificarse como satisfactorias. Hoy, es el "cliente" y

"proveedor" excepcional de la atención de salud quien funciona como socio en el mejoramiento continuo; en su mayor parte, están desarrollando un juego diferente(2).

4.8 CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone en la línea de nuestra argumentación abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para los pacientes, profesionales y gestores. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.

Métodos de análisis de la calidad de la asistencia(17,18):

1. Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura.
2. Análisis de la calidad de los métodos: evaluación del proceso.
3. Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados

La evaluación de la "estructura" siempre es y debe ser objetiva, ya sea que se trate de suministros, personal, documentos, o hasta de aspectos administrativos. La mayoría de los hospitales latinoamericanos ha sido sometida a algún tipo de evaluación física. Cabe recordar que la estructura perfecta no garantiza la calidad, ya que el sistema logístico perfeccionado para el suministro del mejor bisturí, no evita el corte accidental de una arteria importante. La evaluación de la conducta o la "evaluación del proceso" de la atención médica se basa en la revisión de información contenida en expedientes clínicos o en la observación directa de procedimientos. Sin embargo, un médico internista cuidadoso puede llevar un registro clínico detallado y omitir, no obstante, datos subjetivos importantes del estado clínico general del paciente, debido a que aún no forman parte de sus criterios clínicos implícitos. La evaluación del proceso también puede incluir variables tales como la accesibilidad del paciente al hospital, los niveles de utilización del servicio, etcétera. Finalmente, como la

apreciación de los efectos de la atención médica en la salud es el objetivo más importante, "la evaluación de resultados" de la atención que se brinda es la meta final de los programas de garantía de la calidad. Empero, este proceso está sujeto siempre a la influencia de diferentes reacciones personales, a agresiones físicas o psicológicas durante el periodo de observación u hospitalización, confirmado esto por la ausencia de estándares de calidad explícitos para cada situación. La evaluación del impacto de la atención a la salud en la comunidad es otra consideración compleja(13,14,15).

4.8.1 PERSPECTIVAS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios.

Mientras, tanto la administración como las organizaciones sanitarias son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, que sean satisfactorios para los pacientes y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad.

4.8.2 TENDENCIAS

Las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua, que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando como herramientas fundamentalmente el rediseño o reingeniería de procesos (método que consiste en la revisión y rediseño radical de procesos para que la organización reestablezca la manera de cubrir objetivos a niveles de coste, calidad, servicio y rapidez adecuados) y la orientación al paciente, garantizando la continuidad de los niveles asistenciales. Para ello, las decisiones clínicas se basarán en la evidencia científica en

la medida de lo posible y la calidad formará parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de la organización sanitaria

Programa de calidad para un servicio clínico

1. Calidad Científico-Técnica o Física, que hace referencia a la asistencia que el paciente realmente está recibiendo. Representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en evidencias científicas. Sus jueces son pues, los avances técnicos y el juicio profesional.
2. Calidad Funcional o Interactiva, que se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente-profesional). En este caso sus jueces son el propio paciente y su familia.
3. Calidad Corporativa, que se corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales y aún la población general, tienen de ese servicio/hospital. Sus jueces serán el cliente interno y externo(1).

4.9 EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE CALIDAD

En los diferentes informes de los países presentados en esta Conferencia se notó que "las dificultades son de naturaleza de los propios diseños de los hospitales, de debilidades operativas, de falta de recursos humanos y finalmente de orden financiero".

Los tres grandes componentes de indicadores (estructura, proceso y resultado) se interrelacionan y superponen, ya que su clasificación tiene solamente como finalidad facilitar la organización del proceso de evaluación. Por ejemplo, cuando la evaluación de los resultados o efectos a largo plazo son poco satisfactorios, orientamos nuestra investigación para los aspectos más pragmáticos y específicos de los componentes de estructura y proceso(16,17).

Para tener una visión multidimensional del sistema de servicios de salud se necesitan diferentes indicadores de calidad de la estructura, del proceso y de los

resultados, con el objeto de observarlo bajo distintas perspectivas. Así, la selección de los indicadores depende de la existencia de información disponible en relación a un determinado problema, con un propósito de evaluación cualitativa más amplio de acuerdo con las características socio-culturales locales.

Para tener una visión multidimensional del sistema de servicios de salud se necesitan diferentes indicadores de calidad de la estructura, del proceso y de los resultados, con el objeto de observarlo bajo distintas perspectivas. Así, la selección de los indicadores depende de la existencia de información disponible en relación a un determinado problema, con un propósito de evaluación cualitativa más amplio de acuerdo con las características socio-culturales locales.

Los programas de garantía de calidad tienen propósitos no solamente de apreciación y medida de un caso aislado, sino de corregir deficiencias globales (de estructuras, de proceso, o de resultados a corto y largo plazo) y mejorar la calidad de la atención médica, como un todo, en los complejos servicios que se interrelacionan en los sistemas locales de salud.

El primer paso para garantizar la calidad es la identificación de problemas eventuales, denominados así, cuando son comparados con criterios (o normas) y estándares (o valores) ya establecidos y aceptados por una determinada comunidad. Una vez identificados los problemas y enfrentados con los estándares de referencia, el paso siguiente es el análisis de las causas determinantes de la situación encontrada y, finalmente, la implementación y monitoreo del plan de mejoría de la calidad de la atención. Este proceso tan sencillo encuentra toda suerte de resistencias, pues las correcciones de fallas estructurales y de proceso implican siempre un cambio del status-quo, del comportamiento afectivo, psico-motor y cognitivo del personal y de los mecanismos (alternativos) de financiación para el desarrollo del programa de garantía de calidad.

4.10 LIMITACIONES DE LA EVALUACION

Los métodos utilizados para vencer las resistencias son variados y dependen de las características locales. Son frecuentemente mencionados los incentivos financieros, legislativos, de movilización de la opinión pública o presión gubernamental; estos últimos, casi siempre, conllevan a la reacción de grupos médicos que se sienten restringidos en su autonomía profesional.

En los Estados Unidos de Norte América, la opinión pública, los abogados de pacientes, los seguros (para negligencia o mala práctica médica u hospitalaria), la abundante legislación sobre el control de los gastos, etc., generaron un sistema de auditoria extremadamente oneroso. En la mayoría de los estados norteamericanos existen sociedades privadas para la revisión de casos del seguro social, llamados "Peer Review Organizations" (PRO), con responsabilidad de observar las admisiones, altas, procedimientos invasivos, cobertura, etc. Estos estudios se hacen por muestreo, sobre enfermos hospitalizados o ambulatorios, sobre transferencias de hospitales de agudos o sobre internamientos psiquiátricos(16).

Otro importante mecanismo para estimular programas de garantía de calidad es a través de la educación, sea dentro del pregrado, postgrado, o educación continua de nivel técnico o para supervisores. Los planes de enseñanza para servicios de salud deberían tener contenidos específicos para el control de la calidad. El énfasis en educación se refiere, también, a la orientación de la propia comunidad hacia sus derechos y obligaciones; se convierte, asimismo, en un importante instrumento político de presión por parte de la población instruida para el establecimiento de prioridades en las inversiones estatales en los servicios de salud.

El estímulo a programas de garantía de calidad se hace en América Latina y el Caribe a través de una legislación pertinente. En la mayoría de los países existen leyes para la "habilitación" de servicios de salud y su clasificación. Ella se diferencia de la "acreditación" por su naturaleza compulsoria, sin periodicidad, ni confidencialidad y solamente persigue el derecho de la aprobación legal para el funcionamiento de la institución. En muy raras ocasiones se hacen revisiones de la habilitación de hospitales; en general, estos siguen funcionando pese a las condiciones precarias(14).

También es importante mencionar que La propia definición de hospital no tiene consenso en la Región de América Latina y el Caribe. El Programa de Desarrollo de Servicios de Salud de la OPS, viene sugiriendo algunos planteamientos para la definición de un hospital, con la finalidad de orientar los mecanismos legislativos nacionales, estas son(11, 16):

1er. Planteamiento: Por lo menos diez camas, para la admisión de pacientes por más de 24 horas. "Cama hospitalaria" es la unidad para el internamiento de pacientes que garantiza una atención básica de diagnóstico y tratamiento.

2do. Planteamiento: Cuerpo clínico organizado, con evidencia de admisiones y asistencia permanente conducida por médicos.

3er. Planteamiento: Servicio de enfermería y atención terapéutica directa al paciente, por 24 horas diarias.

4to. Planteamiento: Disponibilidad de servicios de laboratorio clínico y de radiología, por 24 horas diarias.

5to. Planteamiento: Servicio para cirugía y parto.

6to. Planteamiento: Registros médicos organizados para una rápida observación y seguimiento del caso.

4.11 NORMAS ISO

ISO es una organización privada de estándares internacionales fundada en 1947. Se encuentra localizada en Ginebra, Suiza, y promueve la armonización internacional y el desarrollo de estándares de manufactura, de producto y de comunicaciones. Esta organización ha desarrollado estándares técnicos para los sectores de negocios, industria y tecnología desde 1947. ISO a promulgado más de 8,000 estándares mundialmente aceptados acerca de temas que van desde tamaños de papel hasta velocidades de cintas cinematográficas(3).

4.11.1 HISTORIA DE LA ISO

La Organización Internacional para la Normalización tiene sus orígenes en la Federación Internacional de Asociaciones Nacionales de Normalización (1926–1939). De 1943 a 1946, el Comité Coordinador de las naciones Unidas para la Normalización (UNSCC) actuó como organización interina.

En octubre de 1946, en Londres, se acordó por representantes de veinticinco países el nombre de Organización Internacional para la Normalización. La organización conocida como ISO (International Organization for Standardization), celebró su primera reunión en junio de 1947 en Zurich, Alemania, su sede se encuentra ubicada en Ginebra, Suiza.

Su finalidad principal es la de promover el desarrollo de estándares internacionales y actividades relacionadas incluyendo la conformidad de los estatutos para facilitar el intercambio de bienes y servicios en todo el mundo

ISO se encuentra integrada por organizaciones representantes de cada país, solamente una organización por país puede ser miembro. La totalidad de miembros se encuentran divididas en tres categorías: Miembros del Comité Ejecutivo, Miembros Correspondientes y los Miembros Suscritos.

4.11.2 ESTRUCTURA DE LA NORMA ISO

En las normas se pueden encontrar especificaciones técnicas o criterios precisos para ser utilizados de tal forma que se asegure que los materiales, productos procesos y servicios son adecuados para su uso, especialmente en el caso de empresas exportadoras.

4.11.3 NORMAS ISO

Para ello ISO ha establecido cerca de 12,000 normas vigentes actualmente a nivel mundial, generadas por consenso gracias a la participación de los organismos de normalización integrados por los comités de los países miembros tanto plenos, correspondientes como suscritos.

4.11.4 LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Actualmente hay 186 Comités Técnicos que se subdividen en 576 Subcomités, 2,057 grupos de trabajo y 40 grupos de estudio ad hoc en los que trabajan expertos de países participantes, de países observadores y organizaciones internacionales. En el Comité Técnico (ISO/TC 176) "Gestión y Aseguramiento de la Calidad" participan 68 países de los cuales 15 son observadores conformando un total de alrededor de 300 expertos.

ETAPAS DE DESARROLLO NORMAS ISO

Son principalmente dos:

1. Identificación de la necesidad de una norma internacional y definición de su alcance
2. consenso en las especificaciones de la norma internacional aprobación del borrador de norma internacional

4.12 MODELOS PARA LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE LA CALIDAD APLICADOS A LA SALUD

Normas ISO específicas para la salud no existen, pero podemos aplicar las que certifican o acreditan la calidad organizacional y medio ambiente(3,11,16).

ISO 9001, 9002 y 9003

ISO 9001:1994 Sistemas de la calidad – Modelo para el aseguramiento de la calidad en el diseño, el desarrollo, la producción, la instalación y el servicio posventa. Esta norma determina los requisitos que se plantean cuando es necesario demostrar la capacidad de un proveedor al asumir toda la responsabilidad, desde el diseño hasta el servicio

posventa, de tal modo que se prevenga del suministro en todas las etapas de producción no conformes.

ISO 9002:1994 Sistemas de la calidad – Modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción, la instalación y el servicio posventa. Esta norma determina los requisitos que se plantean cuando es necesario demostrar la capacidad de un proveedor al asumir toda la responsabilidad a partir de un diseño establecido hasta el servicio posventa, de tal forma que se prevenga el suministro de la producción de productos no conformes.

Modelos para la evaluación del sistema de la calidad

ISO 9003:1994 Sistemas de la calidad – Modelo para el aseguramiento de la calidad en la inspección y en los ensayos finales. Esta norma determina los requisitos que se plantean cuando es necesario demostrar la capacidad de un proveedor para detectar y controlar el tratamiento de cualquier no-conformidad de un producto, fundamentalmente en las etapas de inspección y ensayos finales.

Elemento del Sistema de la Calidad	Modelo		
	9001	9002	9003
1. Responsabilidad de la dirección	l	l	m
2. Sistema de la calidad	l	l	m
3. Revisión del contrato	l	l	l
4. Control de diseño	l	x	x
5. Control de los documentos y de los datos	l	l	l
6. Compras	l	l	x
7. Control de los productos suministrados por los	l	l	l
8. Identificación y rastreabilidad de los productos	l	l	m
9. Control de los procesos	l	l	x
10. Inspección y ensayos	l	l	m
11. Control de los equipos de inspección, medición y	l	l	l
12. Estado de inspección y ensayo	l	l	l
13. Control de los productos no conformes	l	l	m
14. Acciones correctivas y preventivas	l	l	m
15. Manipulación, almacenamiento, embalaje,	l	l	l
16. Control de los riesgos de la calidad	l	l	m
17. Auditorías internas de la calidad	l	l	m
18. Adiestramiento	l	l	m
19. Servicios posventa	l	l	x
20. Técnicas estadísticas	l	l	m

4.13 ESTANDARES DE GESTION AMBIENTAL

Los estándares ambientales ISO (EMS) son una serie de documentos que contienen estándares y lineamientos que contienen sistemas de gestión ambiental,

etiquetado ecológico, auditoria ambiental, asesoría de ciclos vitales, evaluación de desempeño ecológico y aspectos ambientales de estándares de productos. EMS ayuda a las organizaciones a establecer y alcanzar sus propias metas mediante objetivos , estructuras organizacionales, controles administrativos y funciones de revisión, esto con la supervisión de la alta administración(3,16).

4.13.1 ISO 14000

La Organización Internacional de Normalización (ISO) fue especialmente requerida en el campo ambiental. La ISO puso énfasis lo relacionado con la evaluación, pues era lo que el mercado esperaba de un sistema internacional de normalización. Otra iniciativa estratégica fue decidir sobre los aspectos que planteaban grandes desafíos ambientales.

Las normas ISO 14000 son consideradas como estándares de sistema de administración genéricos, a diferencia de la mayoría de estándares ISO que son muy específicas a un producto, material, o proceso en particular

Genérico se refiere a que los mismos estándares pueden ser aplicados a cualquier organización, grande o chica, sin importar su producto o servicio, en cualquier sector de actividad (empresa de negocios, administración pública o departamento gubernamental).

4.13.2 QUE SON LAS NORMAS ISO 14000?

ISO 14000 es una familia de estándares voluntarios (no implican obligación legal) que consiste en lineamientos relacionados a los sistemas administrativos, proporcionándoles herramientas, como la de auditoria, para asegurar que el sistema este funcionando de acuerdo a lo estipulado.

ISO 14000 es un conjunto de estándares diseñados para ayudar a empresas a establecer y evaluar objetivamente sistemas de gestión ambiental. Esto se refiere a lo que la organización hace para minimizar los efectos dañinos en el ambiente

ocasionados por sus actividades. Los estándares también establecen un procedimiento de auditoria y certificación de dichos sistemas.

Esta no constituye estándares de producto. Los estándares de sistemas administrativos que comprende establecen requerimientos para lo que las organizaciones deben realizar para manejar sus procesos influenciando el impacto de la organización en el medio ambiente.

GUIA	ESPECIFICACIÓN
Guía ISO 64: 1997	Guía par al inclusión de aspectos ambientales en estándares de productos
ISO 14001: 1996	Sistema de Gestión Ambiental – Especificación con guía para uso
ISO 14004: 1996	Sistema de Gestión Ambiental – Lineamientos generales de principios, sistemas y técnicas de soporte
ISO 14010: 1996	Lineamientos para la auditoria ambiental – Principios generales
ISO 14011: 1996	Lineamientos para procesos de auditoria ambiental – Proceso de auditoria – auditoria de EMS
ISO 14012: 1996	Lineamientos para procesos de auditoria ambiental – Criterios de calificación para auditores ambientales
ISO 14040: 1997	Gestión Ambiental – Ciclos Vitales – Principios y marco de acción
ISO 14041: 1998	Gestión Ambiental – Evaluación de ciclos vitales – Definición de metas y enfoque y análisis de inventarios
ISO 14050: 1998	Gestión Ambiental – Vocabulario
ISO 14061: 1998	Información para asistir a organizaciones forestales en el uso de los estándares EMS ISO 14001 e ISO 14004.

ISO 14020: 1998	Etiquetas y declaraciones ambientales – Principios generales
ISO 14021: 1999	Etiquetas y declaraciones ambientales – Afirmaciones ambientales auto-declaradas.
ISO 14024: 1999	Etiquetas y declaraciones ambientales – Principios y procedimientos
ISO 14644: 1999	Ambientes controlados – Clasificación de limpieza del aire
ISO 14164: 1999	Emisiones de fuentes estacionarias – Determinación del volumen de flujos de gas en ductos

4.13 ACREDITACION Y HABILITACION

4.13.1 DEFINICIONES

Acreditación, categorización, habilitación y programas de autoayuda son herramientas indispensables para que los países puedan iniciara procesos de control de calidad y mejora continua(11,15,16,17).

- **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.

- **Categorización:**

Es la tabla o clasificación de los efectos 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 efecto 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 y clínicas, adoptadas para coordinar las actividades, tales como: control de infección hospitalaria, transfusión de sangre, de accesibilidad, utilización de medicamentos, anatomía 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".

4.13.2 ACREDITACIÓN

Los principios de la acreditación nacen en 1916, cuando el Dr. Codman del estado de Massachussets, establece los requisitos para la certificación del profesional médico, y la acreditación de los establecimientos de Salud. Esta propuesta se concreta en 1918, al crearse el Programa Nacional de Normalización Hospitalaria.

La acreditación, definida como un «Procedimiento reservado, periódico y voluntario, que evalúa los recursos institucionales, la forma como éstos se organizan, se articulan y los resultados que con ellos se logran». Tiene como finalidad garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados, cuenten con los recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención minimizando los riesgos atribuibles y de responsabilidad de los servicios.

La acreditación lleva implícito un proceso de evaluación de la estructura, proceso y resultados, de cada uno de los servicios que integran el establecimiento de salud.

Evaluar la estructura del sistema hospitalario en la producción de actividades, se fundamenta en que la existencia de buenas condiciones estructurales previas, incrementa las probabilidades de que se obtenga un proceso apropiado y un resultado favorable. Es decir la calidad puede verse afectada por la disponibilidad

La evaluación del proceso, comprende el reconocimiento de problemas en la aplicación de métodos de diagnóstico, tratamiento, manejo clínico y/o quirúrgico, etc. Si el personal de salud realiza lo correcto en el proceso de producción de actividades, es más probable que el resultado de la atención prestada tenga mayor efecto.

La evaluación del resultado, se orienta a identificar y medir los cambios en el estado de salud individual y colectiva, que puedan atribuirse a la atención recibida, considerando la satisfacción del usuario.

Los resultados obtenidos de ésta evaluación, son comparados con estándares o indicadores previamente definidos, para posteriormente, emitir un juicio final: si el establecimiento acredita o no.

Los estándares e indicadores identificados para la acreditación, deben considerar: la verificación de los datos más representativos de la calidad existente, sin que esto signifique una búsqueda documentaria exhaustiva; la constatación de ciertos eventos e información que permitan suponer condiciones de calidad. Los estándares deben procurar evaluar aspectos de estructura proceso y resultados, así como prever distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes.

La acreditación, así mismo nos otorga otros beneficios como son la promoción y desarrollo de la administración hospitalaria, mayor preocupación e interés por la satisfacción del usuario, optimización del uso y rendimiento de los recursos, así como el fortalecimiento de los procesos de auto evaluación institucional.

Es de señalar, que la acreditación no garantiza, por si misma, la calidad de los servicios, ya que ésta se limita a constatar, si las condiciones de estructura, proceso y resultados son compatibles con niveles aceptables de calidad.

La acreditación no tiene por función clausurar establecimientos, ni otorgar licencias para su apertura (habilitación), ni la categorización de éstas funciones que competen a la autoridad de salud del nivel nacional o regional.

Asimismo, la acreditación, no reemplaza otras modalidades empleadas para garantizar la calidad de atención como son los círculos de calidad, la auditoria médica, los conversatorios clínicos-patológicos, los comités de mortalidad o de infecciones, entre otros.

En el panorama internacional la acreditación, como instrumento que contribuye a garantizar la calidad de atención, se implantó en EE.UU. desde 1951, con la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

A lo largo de estos años, la Comisión, evaluó a través de estándares mínimos, principalmente deficiencias en los indicadores de estructura, las cuales, actualmente han sido superadas en la casi totalidad de los hospitales de ese país.

La Comisión, después de más de cuarenta años, viene utilizando en la acreditación de los establecimientos de salud, estándares óptimos para la evaluación principalmente de procesos, resultados y desempeño institucional.

Canadá, en 1958 creó su comisión de Acreditación, la cual está integrada por ocho organismos diferentes, que le dan la necesaria pluralidad y confiabilidad, desde un punto de vista técnico, al proceso.

Otros países de experiencia en el tema son Australia y España (Cataluña). En América Latina y el Caribe, a inicios de la década de los años 90, y con la cooperación técnica de la OPS/OMS, los diferentes países de la región, se comprometen a identificar estrategias de intervención orientadas a implantar la acreditación de hospitales, como un mecanismo que contribuya a garantizar la calidad de atención.

En la actualidad existen diferentes niveles de desarrollo en el proceso de acreditación de hospitales, tenemos por ejemplo que ya se viene ejecutando en Colombia, parte de Brasil, Cuba, Chile, Santo Domingo. En otros países, el proceso se encuentra en la fase de implementación o de elaboración de los instrumentos para la acreditación.

Cabe señalar, que lo importante de este escenario, es que la totalidad de los países de la región vienen desplegando esfuerzos para mejorar la calidad de atención que se brinda en los diferentes establecimientos de salud.

4.14 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 Acreditación conduciría a la elevación progresiva del nivel de calidad institucional de la atención, la categorización suministraría los determinantes de las prestaciones que se pueden realizar y la constitución de redes de establecimientos. Los métodos de autoevaluación son procedimientos intra institucionales 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(16).

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 pulsar 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.

Es por ello que en la actualidad se cuenta con una departamento dentro del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, quienes han elaborado a lo largo de estos año, los instrumentos necesarios para poder evaluar cada una de las instituciones que se dedican a brindar servicios de salud.

En el proceso de acreditación, se implementan las normas ISO mencionadas anteriormente, las cuales se tiene que cumplir a cabalidad.

Las ventajas de la acreditación son innumerables. Es un vía por el cual los establecimientos de salud pueden incorporarse al proceso de calidad. La acreditación brinda el diagnostico inicial del la institución, y señala objetivamente, los puntos o áreas en las cuales se debe mejorar. Como consecuencia de ello, todo el personal del hospital trabaja en equipo hacia un objetivo en común, creando así una cultura de mejora continua.

Además brinda prestigio, ya que a través de la acreditación se esta garantizando que se obtendrá el mismo servicio cada vez que este sea solicitada.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

5.1.1 Evaluar la calidad de los medios, instalaciones e infraestructura del Hospital de la Fuerza Aérea Militar Virgen de Loreto, de Guatemala

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

5.2.1 Identificar lo siguiente:

- el nivel de calidad de la organización de la atención médica
- la calidad de las áreas técnicas y de apoyo
- la existencia de documentación de planos arquitectónicos
- la situación de las instalaciones
- estructura físico funcional del hospital
- los estándares no obligatorios presentes y su nivel de calidad

6. DISEÑO DEL ESTUDIO (TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS)

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio realizado fue evaluativo.

6.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Hospital de la Fuerza Área de Guatemala, Virgen de Loreto.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.3.1 UNIVERSO

Hospital de la Fuerza Aérea de Guatemala, Patronato Virgen de Loreto zona 14.

6.4 VARIABLES, ESCALAS DE MEDICION E INDICADORES

HOSPITAL				
NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Calidad	La calidad es:” la satisfacción permanente de las necesidades y expectativas de los usuarios, clientes y consumidores	Para obtener un nivel de calidad, el establecimiento debe cumplir por lo menos el nivel 1 de satisfacción de calidad de todos los estándares; Los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles; los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al programa de acreditación Debe tenerse en cuenta que los niveles se refieren a satisfacción de requisitos de calidad y no a categorías o grados de complejidad asistencial	Nominal	Si o no

	externos e internos de las empresas y organizaciones.”			
Medios	recursos	Equipamiento con el que cuenta el hospital y el estado en que se encuentra. Será evaluado con si, si existe y cumple con el estándar o no, en caso contrario, de acuerdo con los diferentes niveles de calidad.	Nominal	Sí o no
Infraestructura	Recursos estructurales	Estructura física de la edificación y estado en el que se encuentra. Será evaluado con si, si existe y cumple con el estándar o no, en caso contrario, de acuerdo con los diferentes niveles de calidad.	Nominal	Sí o no
instalaciones	Conjunto de cosas	Condiciones físicas de los ambientes de la edificación y estado en el que se encuentra. Será evaluado con si, si existe y cumple con el estándar o no, en caso contrario, de acuerdo con los diferentes niveles de calidad.	Nominal	Sí o no
Calidad el tipo de organización de la atención médica	los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí.	El resultado es por sí o no, satisface el criterio. 11 criterios macro de nivel 1 a 4 dependiendo de los subcriterios que satisface totalmente.	Ordinal	Se evaluó el 100% de los criterios <i>ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA</i>

					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.
					Nivel 2: Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento, por el que se canalizan todas las indicaciones de los especialistas.
					Nivel 3: El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.
					<u>2. Derivaciones o referencia</u>
					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.
					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 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. Nivel 4: Existe un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas. 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. Nivel 2: Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y cirugía ambulatoria. Nivel 3: El sector cuenta con secretarias y enfermeras exclusivas.
--	--	--	---

			Nivel 4: Los turnos están programados en base a pautas fijadas por los profesionales. Se pueden reservar turnos telefónicamente. 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. 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, endida por personal de la Guardia de Urgencias. Nivel 3: Por lo menos tres de las especialidades básicas están organizadas en guardia activa las 24 horas. Nivel 4: Tiene por lo menos otras dos especialidades más en guardia pasiva las 24 horas, con acceso al equipamiento del servicio correspondiente.
--	--	--	---

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

			Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos: Radiológicos: convencionales, politomografías, por sustracción digital de imágenes, mamografía, tomografía axial computada (TAC), etc. - Ultrasonográficos: ecografía mono y bidimensional, estudios por efectos Doppler, etc. - Medicina Nuclear: centellografía a cabezal fijo (Cámara Gamma) o a cabezal móvil (Centellograma Lineal) - Otros: Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Termografía Nivel 1: Está habilitado de acuerdo a los requisitos del Servicio de Radiofísica Sanitaria de la jurisdicción correspondiente. Cuenta con equipo fijo de 100 mA, con dispositivo Potter Bucky sin seriógrafo. Nivel 2: Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por radioscopía. Los estudios son interpretados por médicos especializados que intercambian opiniones con los médicos tratantes. 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. 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. 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. 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. Nivel 3: Cuenta con personal técnico o médico hemoterapeuta en guardia activa las 24 horas.
--	--	--	--

			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 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 Área Quirúrgica. 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. 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. 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. Nivel 2: Cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento, por lo menos una persona destinada exclusivamente al área quirúrgica. 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. Nivel 4: Los quirófanos están diferenciados y equipados por especialidades. Hay un quirófano exclusivo para el servicio de Urgencias. Nivel 1: Los anestelistas acuden a demanda de los cirujanos. Confeccionan protocolo anestésico. Nivel 2: Cuenta con un listado de anestelistas organizados en guardias pasivas o activas, cada día de la semana. Nivel 3: Cuenta con un servicio de Anestesiología, a cargo de un responsable que coordina las guardias, y anestelistas que cumplen guardias pasivas. Realizan visitas preanestésicas. Nivel 4: Las guardias son cubiertas en forma activa por anestelistas y médicos residentes de la especialidad (que actúan como auxiliares) o técnicos auxiliares.
--	--	--	--

				Nivel 1: Cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de las infecciones. Nivel 2: Se llevan registros de incidencia de infecciones hospitalarias o se efectúan estudios de prevalencia por los menos una vez al año. 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. Nivel 4: Cuenta con Comité de Infecciones y con un programa de prevención y control que se revisa anualmente
Calidad de las áreas técnicas de apoyo	los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí.	El resultado es por sí o no, satisface el criterio.	Nominal	Se evaluó el 100% de los criterios AREAS TECNICAS Y DE APOYO 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. Nivel 2: Dispone de una nutricionista al menos para la organización del

	14 criterios macro de nivel 1 a 4 dependiendo de los subcriterios que satisface totalmente. <table><tr><td>Áreas técnicas y de apoyo</td></tr><tr><td>1. Alimentación</td></tr><tr><td>2. Lavandería</td></tr><tr><td>3. Limpieza</td></tr><tr><td>4. Esterilización</td></tr><tr><td>5. Dispensación de medicamentos</td></tr><tr><td>6. Enfermería</td></tr><tr><td>7. Historias clínicas y archivo</td></tr><tr><td>8. Archivo de las historias clínicas</td></tr><tr><td>9. Estadísticas</td></tr><tr><td>10. Gobierno</td></tr><tr><td>11. Administración</td></tr><tr><td>12. Seguridad e higiene laboral</td></tr><tr><td>13. Seguridad General</td></tr><tr><td>14. Garantía de calidad</td></tr></table>	Áreas técnicas y de apoyo	1. Alimentación	2. Lavandería	3. Limpieza	4. Esterilización	5. Dispensación de medicamentos	6. Enfermería	7. Historias clínicas y archivo	8. Archivo de las historias clínicas	9. Estadísticas	10. Gobierno	11. Administración	12. Seguridad e higiene laboral	13. Seguridad General	14. Garantía de calidad	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. 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. 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. Nivel 2: Existe un circuito especial para el tratamiento de la ropa contaminada y la provisión es suficiente para cirugía. Nivel 3: Una muestra de pacientes, con vías abiertas o secreciones, manifiesta que el
Áreas técnicas y de apoyo																	
1. Alimentación																	
2. Lavandería																	
3. Limpieza																	
4. Esterilización																	
5. Dispensación de medicamentos																	
6. Enfermería																	
7. Historias clínicas y archivo																	
8. Archivo de las historias clínicas																	
9. Estadísticas																	
10. Gobierno																	
11. Administración																	
12. Seguridad e higiene laboral																	
13. Seguridad General																	
14. Garantía de calidad																	

			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. 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. 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, salmonelosis). Nivel 3: El comité de Infecciones y/o una enfermera epidemióloga, participan activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza. 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. 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. Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica. Nivel 4: Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia. El lavado y desinfección de equipos se realiza mediante equipos automáticos. 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.
--	--	--	--

			Nivel 2: Existen y se actualizan normas de profilaxis antibiótica pre-quirúrgico y vademécum para uso del establecimiento. Nivel 3: Cuenta con personal de guardia las 24 horas, integrado por farmacéuticos técnicos, para la atención de pacientes internados y ambulatorios. Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco-vigilancia. 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. 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. 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. Nivel 4: Existe un Departamento de Enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de Enfermería. <u>7. Historias clínicas (HC) y Archivo</u> 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. 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. Nivel 4: Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas. <u>8. Estadísticas</u> 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 Nivel 2: Existe personal específicamente dedicado a esta tarea, aunque no sea exclusivo. Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.
--	--	--	--

			Nivel 4: Existe un departamento de estadísticas con personal técnico afin que emite una publicación mensual de la información y realiza reuniones periódicas para su discusión. 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. 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. Nivel 3: La institución cuenta además con: Un consejo técnico médico, un consejo técnicoadministrativo. 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. 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. 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. Nivel 2: El Responsable del Área Administrativa debe ser profesional. Existe un Área de Personal y un Área 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. 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. 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. 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. 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. Nivel 2: Posee programa para situaciones de desastres de acuerdo al riesgo, aprobado por autoridad competente. Nivel 3: Posee personal de vigilancia y mantenimiento las 24 horas. Nivel 4: Posee dispositivo de alarma general y está integrado al programa de defensa civil. 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 Nivel 2: Posee organización y programas destinados al control de la calidad de la atención médica. Nivel 3: Cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros. Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios. Nivel 4: Posee un servicio de epidemiología hospitalaria, cuenta con profesionales especializados y con programa de investigaciones dirigidas a garantía de calidad.		
Existencia de planos arquitectónicos	los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí.	El resultado es por sí o no, satisface el criterio. 1 criterio macro de nivel 1 a 4 dependiendo de los subcriterios que satisface totalmente <table border="1"> <tr> <td>Documentación de planos</td> </tr> <tr> <td>1. Planos</td> </tr> </table>	Documentación de planos	1. Planos	Ordinal	Se evaluó el 100% de los criterios DOCUMENTACION EDILICIA Nivel 1: Posee planos actualizados conforme a obra, de planta y estructura aprobados.
Documentación de planos						
1. Planos						

				Nivel 2: Posee planos actualizados conforme a obra de instalaciones de agua, gas, electricidad y desagües. Nivel 3: Posee planos de los servicios e instalaciones existentes, aprobados por autoridad competente. Nivel 4: Posee plan arquitectónico director, dinámico, de obras en ejecución o a ejecutar.			
Calidad de la estructura físico funcional	los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí.	El resultado público es por sí o no, satisface el criterio. 1 criterio macro de nivel 1 a 4 dependiendo de los subcriterios que satisface totalmente. <table border="1"><tr><td>Estructura físico funcional</td></tr><tr><td>1. Acceso</td></tr><tr><td>2. Circulaciones</td></tr></table>	Estructura físico funcional	1. Acceso	2. Circulaciones	Nominal	Se evaluó el 100% de los criterios ESTRUCTURA FISICO-FUNCIONAL 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
Estructura físico funcional							
1. Acceso							
2. Circulaciones							

			arquitectónicas. Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones. Nivel 3: Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de emergencias, con señalización adecuada. Nivel 4: Cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público, las 24 horas. 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). Nivel 2: Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas, en los servicios de atención de pacientes. Nivel 3: Brindar facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes.
--	--	--	--

				Nivel 4: Posee independencia circulatoria entre áreas técnicas y públicas en todo el establecimiento.								
Calidad de las instalaciones	los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí.	El resultado es por sí o no, satisface el criterio. 4 criterios macro de nivel 1 a 4 dependiendo de los subcriterios que satisface totalmente. <table><tr><td>Instalaciones</td></tr><tr><td>1. Sistema Eléctrico</td></tr><tr><td>2.Control de excretas, residuos y agua potable</td></tr><tr><td>2.1 Manejo de desechos hospitalarios</td></tr><tr><td>2.1.A No cuenta con incinerador</td></tr><tr><td>2.1.B Cuenta con incinerador</td></tr><tr><td>3. Comodidad de interacción</td></tr><tr><td>4. Gases, combustibles y servicios especiales</td></tr></table>	Instalaciones	1. Sistema Eléctrico	2.Control de excretas, residuos y agua potable	2.1 Manejo de desechos hospitalarios	2.1.A No cuenta con incinerador	2.1.B Cuenta con incinerador	3. Comodidad de interacción	4. Gases, combustibles y servicios especiales	Nominal	Se evaluó el 100% de los criterios. INSTALACIONES Nivel 1: Cumple normas de seguridad para pacientes, personal y público. Posee sistemas alternativos de iluminación para las áreas críticas. Nivel 2: Posee sistemas alternativos de generación de energía para las áreas críticas. Nivel 3: Posee sistemas de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento de salud. <u>2.Control de excretas, residuos y potabilidad del agua</u> Nivel 1: Se ajustan a normas municipales, provinciales o nacionales. Nivel 2: Tiene servicio de agua
Instalaciones												
1. Sistema Eléctrico												
2.Control de excretas, residuos y agua potable												
2.1 Manejo de desechos hospitalarios												
2.1.A No cuenta con incinerador												
2.1.B Cuenta con incinerador												
3. Comodidad de interacción												
4. Gases, combustibles y servicios especiales												

				potable y sistema de eliminación de excretas. Cuenta con sistema de salida especial para residuos en condiciones de seguridad. Nivel 3: Existe mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitarias. Los residuos sólidos de alto riesgo son identificados y reciben un tratamiento diferenciado. 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. <u>3.Confort en internación</u> Nivel 1: Todos los ambientes cumplen condiciones de confort adecuados a las necesidades de la región. Nivel 2: Todos los baños disponen de agua fría y caliente de acuerdo a las necesidades de la 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.
Estándares no	Estos estándares son aquellos	El resultado es por sí o no, satisface el criterio.	Nominal	Se evaluó el 57% de los criterios.

obligatorios	Que dan un valor agregado. No siendo indispensables para el funcionamiento apropiado y acreditación de el hospital. Los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí.	14 criterios macro de nivel 1 a 4 dependiendo de los subcriterios que satisface totalmente. <table><tr><td>1. Biblioteca</td></tr><tr><td>2. Medicina Nuclear</td></tr><tr><td>3. Rehabilitación</td></tr><tr><td>4. Trabajo Social</td></tr><tr><td>5. Terapia Radiante</td></tr><tr><td>6. Unidad de Cuidados Críticos</td></tr><tr><td>7. Unidad de Cuidados Críticos Neonatos</td></tr><tr><td>8. Endoscopia</td></tr><tr><td>9. Sala de partos</td></tr><tr><td>10. Servicios de anatomo- patología</td></tr><tr><td>11. Finanzas</td></tr><tr><td>12. Personal</td></tr><tr><td>13. Suministros</td></tr><tr><td>14. Servicio de pediatría</td></tr></table>	1. Biblioteca	2. Medicina Nuclear	3. Rehabilitación	4. Trabajo Social	5. Terapia Radiante	6. Unidad de Cuidados Críticos	7. Unidad de Cuidados Críticos Neonatos	8. Endoscopia	9. Sala de partos	10. Servicios de anatomo- patología	11. Finanzas	12. Personal	13. Suministros	14. Servicio de pediatría	Nivel 1: Existen publicaciones actualizadas acerca de las cuatro clínicas básicas y emergencias, en forma de tratados o manuales escritos en el idioma vernáculo. 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. 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. Nivel 4: Existe un comité de profesionales, que elabora el programa bibliográfico anual, del cual Nivel 1: Cuenta con la infraestructura necesaria para las diversas aplicaciones diagnósticas "in vivo" de
1. Biblioteca																	
2. Medicina Nuclear																	
3. Rehabilitación																	
4. Trabajo Social																	
5. Terapia Radiante																	
6. Unidad de Cuidados Críticos																	
7. Unidad de Cuidados Críticos Neonatos																	
8. Endoscopia																	
9. Sala de partos																	
10. Servicios de anatomo- patología																	
11. Finanzas																	
12. Personal																	
13. Suministros																	
14. Servicio de pediatría																	

			los radioisótopos, en forma de trazadores radiactivos, y aquellas terapéuticas que deriven de los mismos. Se deben cumplimentar las Normas Nacionales de protección radioactivas. Nivel 2: Cuenta con una unidad de Medicina Nuclear. Nivel 3: Cuenta con más de un profesional especialista en Medicina Nuclear. Cubre funciones asistenciales, docentes y de investigación. 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. 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. 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. Nivel 1: Cuenta con por lo menos un profesional de servicio social y un ámbito adecuado para el desarrollo de su tarea. Nivel 2: Existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente. Nivel 3: El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional. Nivel 4: Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo. 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 (cáncer 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. Nivel 2: Cuenta con acelerador lineal
--	--	--	---

			de hasta 6 MeV, sin capacidad para la utilización de electrones. Cuenta con simulador localizador. Interviene en grupos de apoyo de tratamiento del cáncer. 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. 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. Nivel 2: Cuenta con una UTI completamente dotada, complementada con una Unidad de Terapia Intermedia. 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. , 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. Nivel 3: Cuenta con una UTIN, diferenciada y organizada en forma semi autónoma, que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona.
--	--	--	--

6.5 TECNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTO A UTILIZAR

6.5.1 INSTRUMENTO A UTILIZAR

El instrumento fue elaborado por el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de los establecimientos de Salud, de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El instrumento esta compuesto 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 que son 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.

6.5.2 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

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

- a) para ser aprobado, el establecimiento debe cumplir por lo menos el nivel 1 de satisfacción de calidad de todos los estándares;
- b) los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles; los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al programa de acreditación;
- c) 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.

d) 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.

e) 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.

f) 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.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó con el fin de evaluar la calidad de las condiciones estructurales de las instalaciones del hospital. Los datos recopilados fueron útiles para el análisis de la situación actual y serán usados a futuro. Esto permitirá una mejora en las áreas que fueron encontradas deficientes, siendo cada una de ellas consideradas como oportunidades de mejora.

Esta investigación fue concebida de tal manera que de ninguna forma afectará la integridad mental de las personas responsables de las diferentes áreas evaluadas. Desde el inicio de la investigación las relaciones con las autoridades de la Fuerza Aérea y Hospital fueron cordiales. Así también, cabe mencionar, que la dirección del hospital estuvo anuente y colaboro en todo momento con el proceso de evaluación, lo que permitió realizarla de una manera eficaz y veraz.

La información recabada refleja la realidad de las condiciones generales de la institución y sus servicios a nivel estructural u organizativa, la cual aporta los puntos en los cuales hay que realizar mejoras.

El resultado de la evaluación fue presentada al director del hospital, así como al Comandante General de la Fuerza Aérea de Guatemala.

6.7 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación evaluó absolutamente todas las instalaciones del hospital.

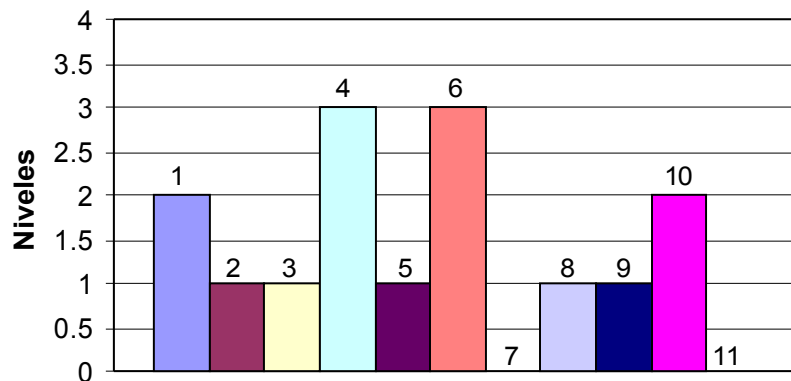
6.8 PLAN DE ANÁLISIS, USO DE PROGRAMAS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

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.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1 AREA DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Niveles de calidad del Area de la Organización de la atención médica



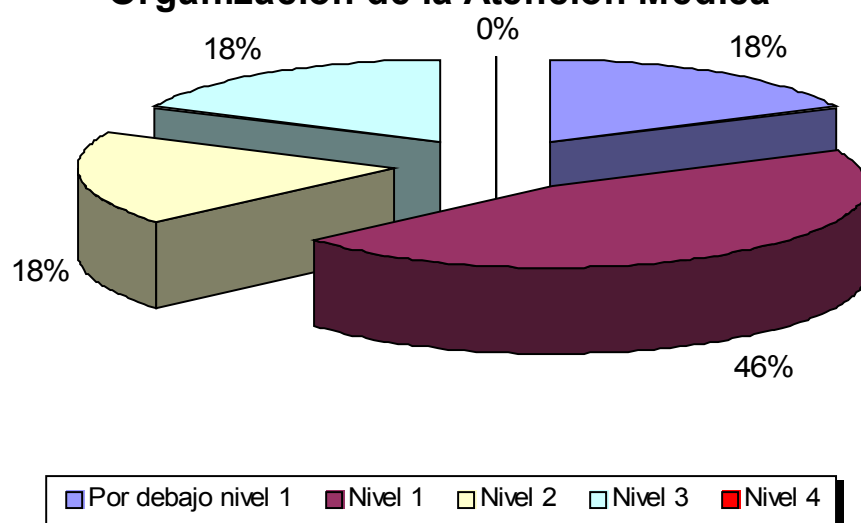
Criterios

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 Continuidad de la atención médica | 2 Derivaciones o referencias |
| 3 Consulta externa | 4 Urgencias |
| 5 Laboratorio de análisis | 6 Diagnostico por imagenes |
| 7 Banco de sangre | 8 Atención del nacimiento |
| 9 Area quirurgica | 10 Anestesiologia |
| 11 Control de infecciones hospitalarias | |

Para lo que es la continuidad de la atención médica 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. Además, cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento, por el que se canalizan todas las indicaciones de los especialistas.

La mayoría cumple con estándares de calidad de niveles mas alto, pero por el incumplimiento de contar con normas y protocolos escritos, la evaluación no fue mayor; con esto las áreas de Derivaciones o referencia, Consulta Externa, Laboratorio de Análisis Clínicos, Atención del nacimiento, Área quirúrgica, Anestesiología alcanzarían el nivel 2 de calidad.

Porcentaje según nivel de satisfacción de los estándares de la Organización de la Atención Médica

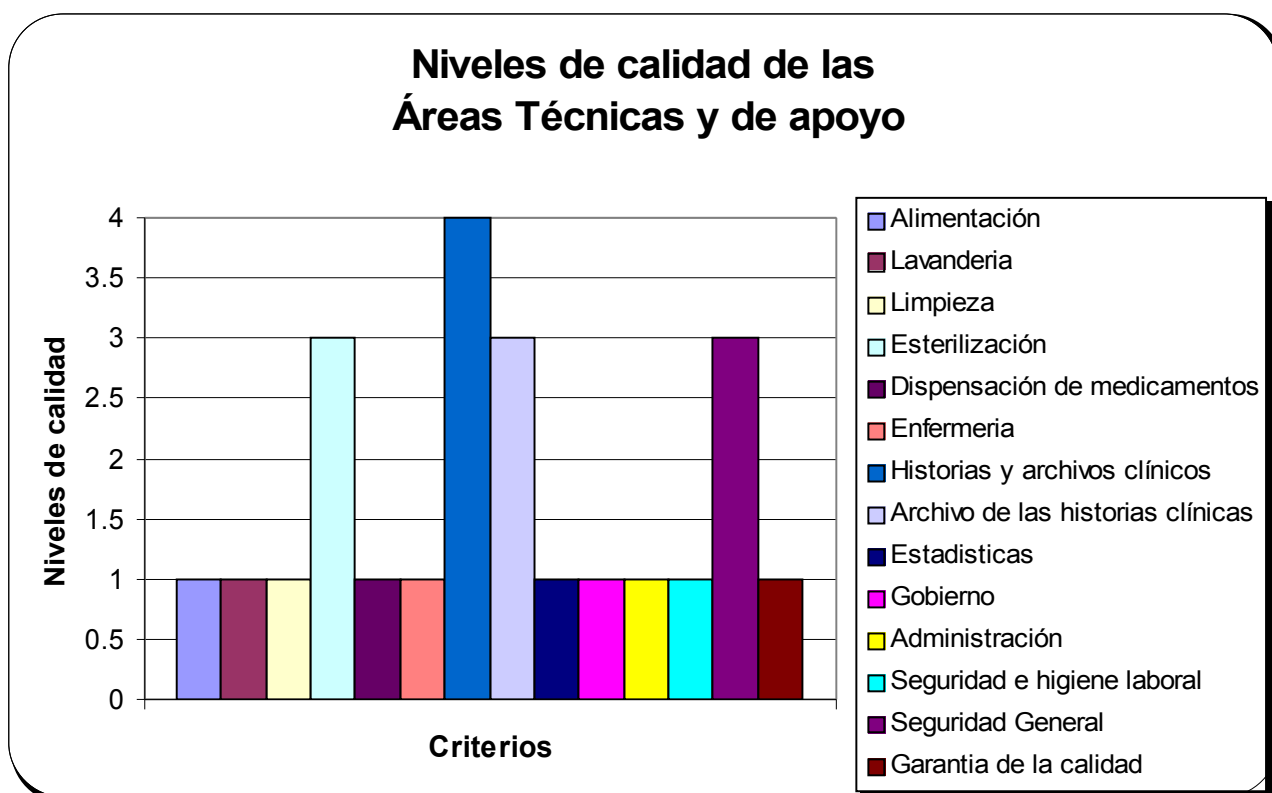


De los 11 criterios evaluados mas del 50% de ellos se encuentran en el nivel 1 o por debajo. Del total de criterios 2 encuentran por debajo del nivel 1; 5, en el nivel 1; 2, en el nivel 2; 2, en el nivel 3; y 0 en el nivel 4.

Áreas y Criterios	Niveles				Rangos
	I	II	III	IV	
Organización de la atención medica					
1.continuidad de la atención medica	*	*			I al III
2. Derivaciones o referencia	*				I al IV
3. Consulta externa	*				I al IV
4. Urgencias	*	*	*		I al III
5. Laboratorio de análisis	*				I al IV

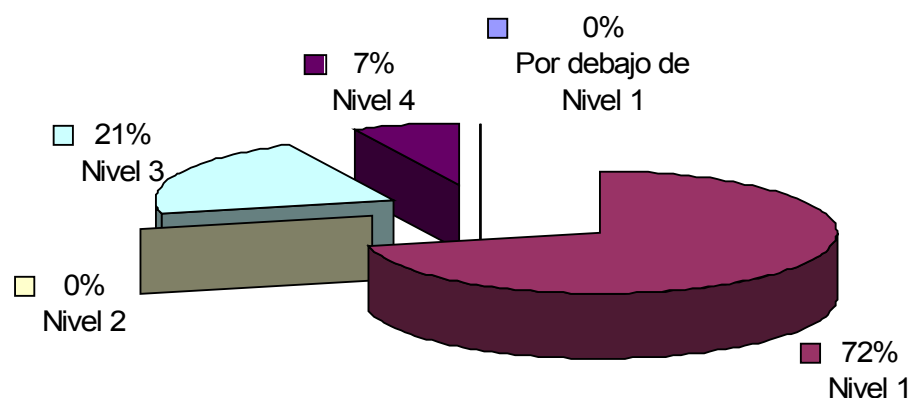
6. Diagnostico por imágenes	*	*	*		I al IV
7. banco de sangre					I al V
8. Atención del nacimiento	*				I al III
9. Area quirurgica	*				I al III
10. Anestesiología	*	*			I al IV
11. Control de infecciones hospitalarias					

7.2 AREAS TECNICAS Y DE APOYO



De los 14 criterios el 72 % se encuentran dentro del nivel 1, siendo estos el área de alimentación, lavandería, limpieza, dispensación de alimentos, enfermería, control de estadísticas, gobierno y administración hospitalaria, y por ultimo, el área de garantía de la calidad. El 21% corresponden al nivel 3, siendo las siguientes áreas: esterilización, archivo de las historias clínicas, seguridad general y por ultimo, seguridad e higiene laboral. El único criterio que cumplió con el máximo nivel de calidad fue el áreas de historias y archivos clínicos, siendo este el 7%.

PORCENTAJE SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE ESTANDARES DE LAS ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO



De los 14 criterios evaluados el 72% de ellos se encuentran en el nivel 1; 0 en el nivel 2; 4, en el nivel 3; y 1 en el nivel 4.

Áreas y Criterios	Niveles				Rangos
	I	II	III	IV	
Áreas técnicas y de apoyo					
1. Alimentación	*				I al III
2. Lavandería	*				I
3. Limpieza	*				I al III
4. Esterilización	*	*	*		I al IV
5. Dispensación de medicamentos	*				I al III
6. Enfermería	*				I al IV
7. Historias clínicas y archivo	*	*	*	*	I al IV
8. Archivo de las historias clínicas	*	*	*		I al III
9. Estadísticas	*				I al IV
10. Gobierno	*				I al IV
11. Administración	*				I al III
12. Seguridad e higiene laboral	*	*	*		I al III
13. Seguridad General	*	*	*		I al IV
14. Garantía de calidad	*				I al III

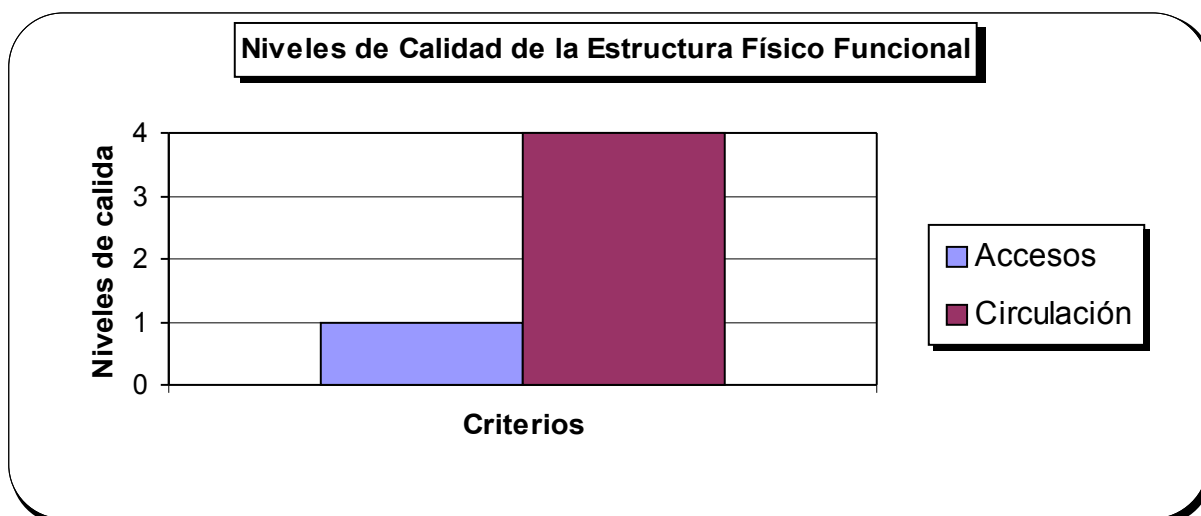
En las áreas técnicas y de apoyo para poder llegar al próximo nivel 2 en todas las áreas es necesario establecer normas por escrito en cada una de las áreas. Con esto las áreas de Alimentación, Lavandería, Limpieza, Dispensa de medicamentos, Estadísticas, Enfermería, Gobierno hospitalario, Administración y Garantía de calidad alcanzarían ese nivel. Para las demás áreas es de mantenerse en el nivel establecido. No es prioridad cumplir con los requisitos del próximo nivel si no se ha cumplido con la recomendación anterior.

7.3 AREA DE DOCUMENTACION EDILICIA

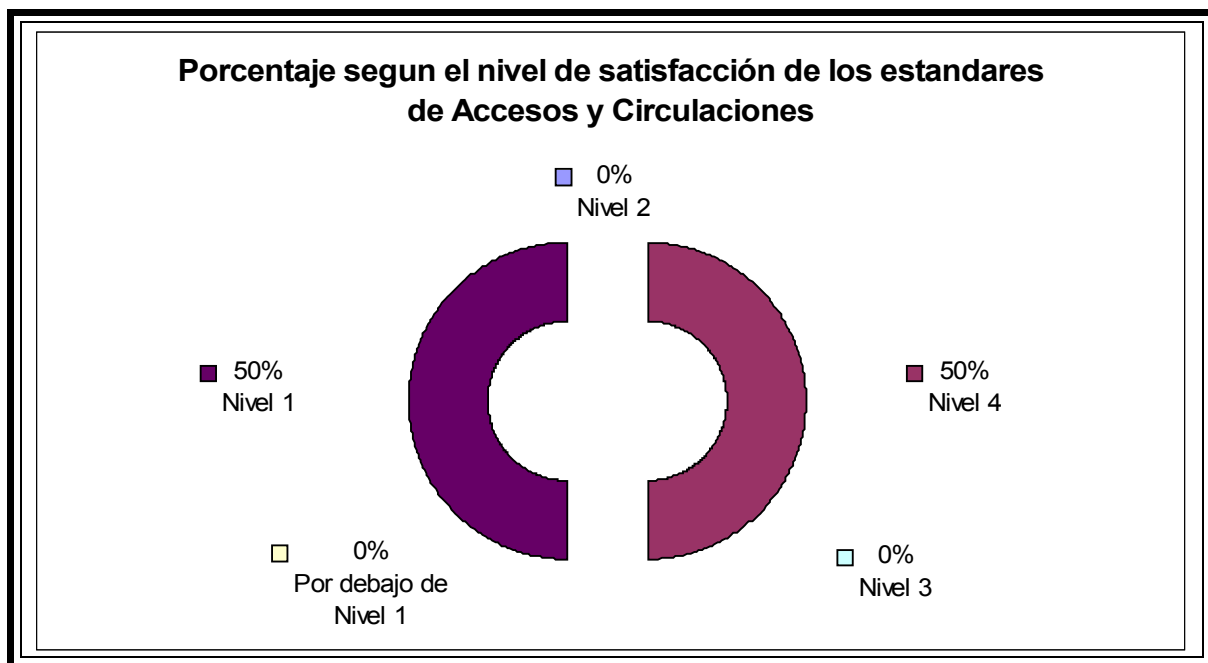
El hospital cumple con todos los estándares de calidad: posee planos actualizados conforme a obra, de planta y estructura aprobados; planos actualizados conforme a obra de instalaciones de agua, gas, electricidad y desagües; y cuenta con planos de los servicios e instalaciones existentes, aprobados por autoridad competente.

	Niveles				Rangos
Áreas y Criterios					
Documentación de planos	I	II	III	IV	
1. Planos	*	*	*		I al III

7.4 AREAS DE ESTRUCTURA FISICO-FUNCIONAL



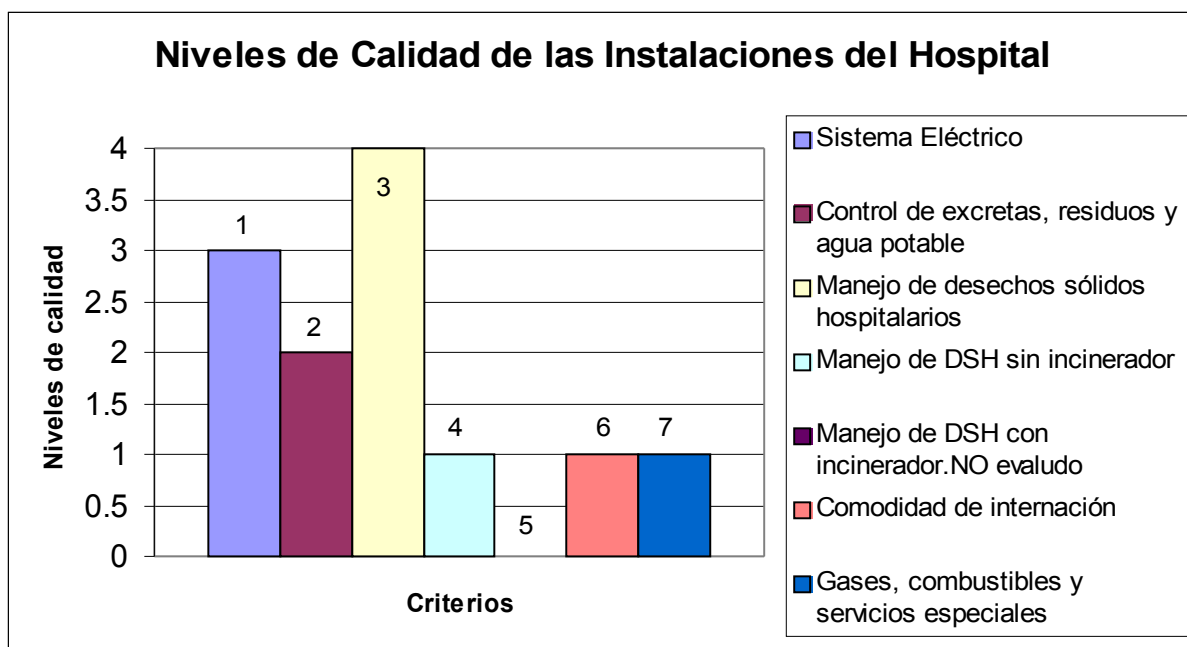
Con lo que respecta a esta área solamente esta conformada por dos criterios. Lo que respecta a accesos, estos se encuentran en un nivel 1 de calidad; la circulación de los pacientes y personal se encuentran en un nivel 4, siendo este el nivel mas alto.



El 50% esta en el nivel 1 y el otro 50% esta en el nivel 4. El hospital cuenta con las condiciones de seguridad y la protección de las inclemencias del tiempo, brindando seguridad y protección adecuada a los pacientes. Las áreas están bien señalizadas, teniendo una caracterización de la circulación de acuerdo a los siguientes criterios: general, técnica, semi-restringida y restringida; y de fácil comprensión.

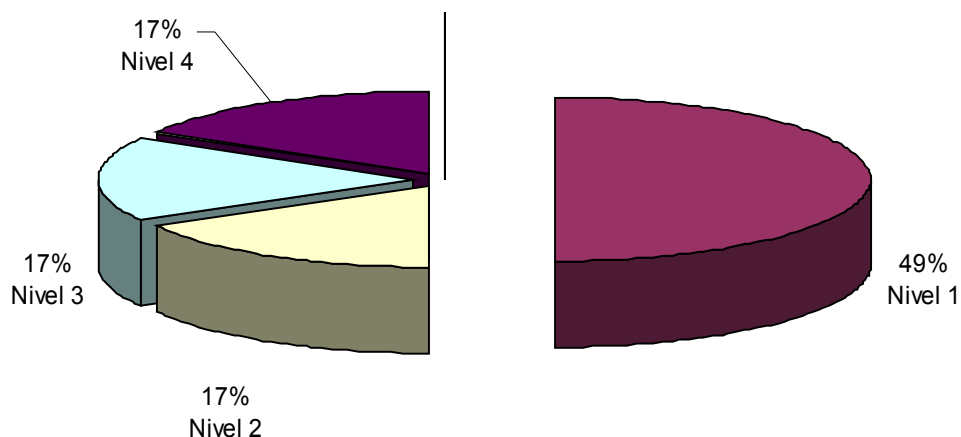
Áreas y Criterios	Niveles				Rangos
	I	II	III	IV	
Estructura físico funcional					
1. Acceso	*				I al III
2. Circulaciones	*	*	*	*	I al IV

7.5 AREA DE INSTALACIONES



Los niveles de calidad encontrados en las áreas que comprende de instalaciones son: el sistema eléctrico, nivel 3; control de excretas, residuos y agua potable, nivel 2; manejo de desechos sólidos hospitalarios, nivel 4; comodidad de importación, 1; gases combustible y servicios especiales, nivel 1. Es importante mencionar que el hospital no posee con incinerador por lo cual este rubro no fue evaluado. Esto no afecta en ninguna forma la los resultados de la evaluación.

Porcentajes segun nivel de satisfacción de los estandares de las Instalaciones



Total de los criterios el 49% se encuentran en el nivel 1; y con porcentajes idénticos del 17%, en el nivel 2, 3 y 4.

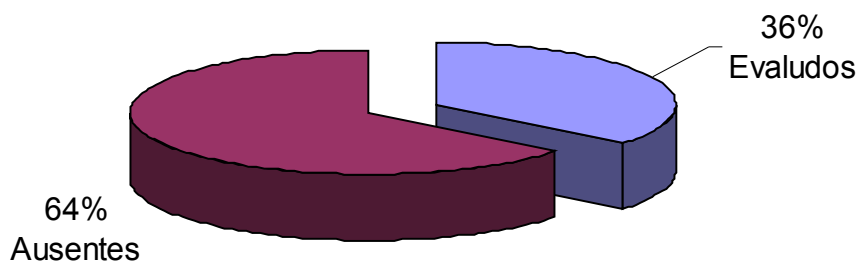
Áreas y Criterios	Niveles				Rangos
	I	II	III	IV	
Instalaciones					
1. Sistema Eléctrico	*	*	*		I al III
2. Control de excretas, residuos y agua potable	*	*			I al IV
2.1 Manejo de desechos hospitalarios	*	*	*	*	I al IV
2.1.A No cuenta con incinerador	*				I al IV
2.1.B Cuenta con incinerador					
3. Comodidad de interacción	*				I al IV
4. Gases, combustibles y servicios especiales	*				I al IV

7.6 ESTANDARES NO OBLIGATORIOS

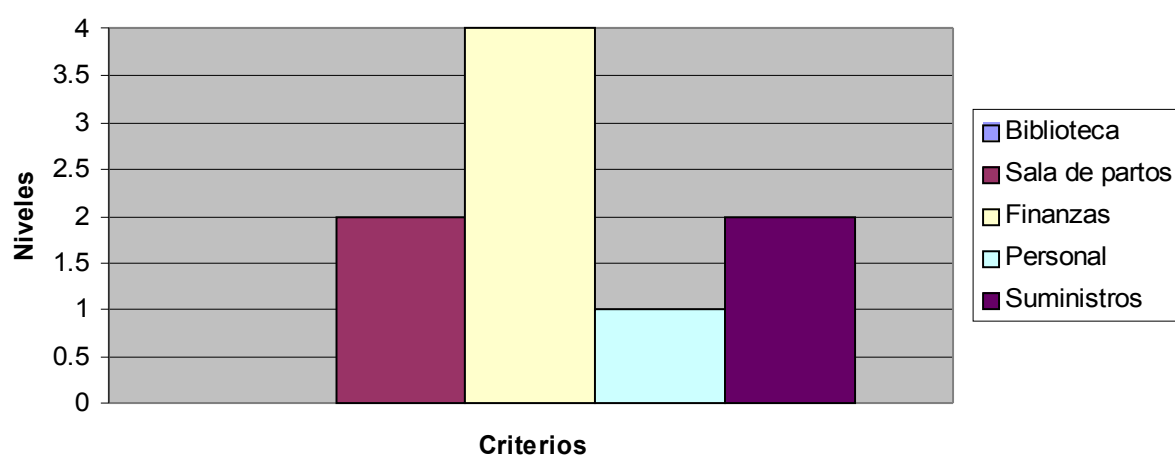
Los estándares no obligatorios son: Biblioteca, Medicina Nuclear, Rehabilitación, Trabajo Social, Terapia Radiante, Unidad de Cuidados Críticos, Neonatología, Endoscopia, Sala de Partos, Servicio anatómo-patología, Finanzas, Personal, Suministros y Servicio de Pediatría. De ellos solo el 36% fue evaluado, siendo los

siguiente: biblioteca, sala de partos, finanzas, personal y suministros. El restante 64% no se encontró, no afectando ello en el resultado final de la evaluación

Porcentaje de estándares no obligatorios presentes y evaluados

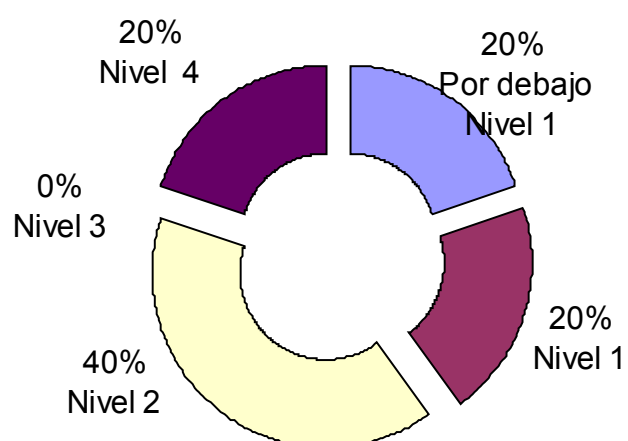


Niveles de calidad de los estándares no obligatorios encontrados en el hospital



Los niveles de calidad encontrados fueron los siguiente: biblioteca, por debajo del nivel 1; sala de partos, nivel 2; finanzas, nivel 4; personal, nivel 1; y suministros, nivel 2.

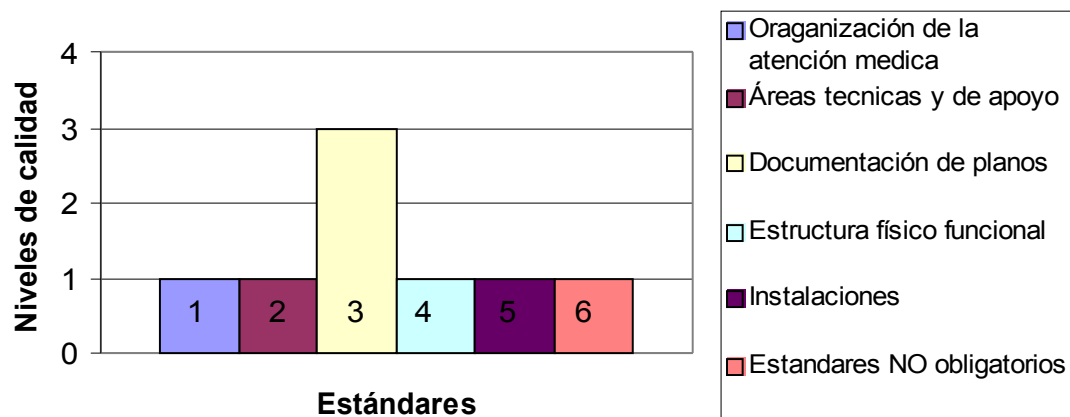
Porcentaje segun nivel de satisfacción de los estadares no obligatorios evaluados



Total de los criterios el 13% se encuentran por debajo del nivel 1 y en el nivel 1; 49%, se encuentra en el nivel 2, y con porcentajes idénticos del 17%, en el nivel 2, 3 y 4.

7.7 RESULTADOS GLOBALES

Niveles de Calidad de los Estándares Obligatorios y no Obligatorios



Los resultados globales son:

- Organización de la atención médica, nivel 1
- Áreas Técnicas y de apoyo, nivel 1
- Documentación de planos, nivel 3
- Estructura físico funcional, nivel 1
- Instalaciones, nivel 1
- Estándares no obligatorios, nivel 1

Áreas y Criterios	Niveles				Rangos
	I	II	III	IV	
ESTANDARES NO OBLIGATORIOS EVALUADOS					
1. Biblioteca	*				I al IV
2. Sala de partos	*	*			I al IV
3. Finanzas	*	*	*	*	I al IV
4. Personal	*				I al IV
5. Suministros	*	*			I al IV

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

8.1 AREA DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

En el área de Organización de la atención medica se evalúan las siguientes áreas: Continuidad de la atención medica, derivaciones o referencia, consulta externa, urgencias, laboratorio de análisis, diagnostico por imágenes, banco de sangre, atención del nacimiento, área quirúrgica y anestesiología, y control de infecciones nosocomiales. Los resultados de la evaluación son: los 11 criterios evaluados mas del 50% de ellos se encuentran por debajo de nivel 1: banco de sangre y control de infecciones hospitalarias, ya que no cuenta con ninguno de los dos servicios; en el nivel 1, tales como: derivaciones y referencias, consulta externa, laboratorio de análisis, atención del nacimiento y área quirúrgica . Del total de criterios 2, se encuentran en el nivel 2, que son: continuidad de la atención medica y anestesiología; 2, en el nivel 3: urgencias y diagnostico por imágenes; y 0 en el nivel 4.

La Continuidad de la atención medica 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 recorrido diario de sala. Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento, por el que se canalizan todas las indicaciones de los especialistas. Pero el hecho de no contar con las normas y protocolos de derivación y referencia por escrito, que es un criterio del nivel 1, no puede alcanzar un puntaje mayor a pesar de contar con los criterios anteriormente mencionados, que pertenecen a los niveles 2 y 3.

En lo que respecta a Derivación y referencias, se hace mención a normas acerca de los establecimientos de mayor complejidad a los que se deben derivar los casos que exceden su capacidad resolutive. Tiene mecanismos de derivación hacia establecimientos de menor complejidad, de los casos que han superado la etapa crítica, a efectos de no saturar su disponibilidad de camas; tiene previsto un medio de transporte propio o contratado que idealmente contará con los siguientes elementos: asistencia médica, equipamiento para medicina crítica e incubadora de transporte. Pero no 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. Tampoco un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas.

La consulta externa posee las especialidades básicas, hay turnos disponibles en el día; en el resto, el tiempo de espera no es mayor de siete días. Pero no tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y cirugía ambulatoria; ni cuenta con secretarias y enfermeras exclusivas. No cuenta con turnos que estén programados en base a pautas fijadas por los profesionales, ni cuenta con solicitud de citas por teléfono.

Es importante mencionar que según los datos de OMS, calcula que el 50% de todo el equipo médico con el que cuentan los hospitales de la región Latino Americana, no es seguro(13).

En el área de Urgencias, 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. Así como también cuenta con las especialidades de llamada para Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Pediatría; con una Unidad de Reanimación, atendida por personal de la Guardia de Urgencias. Lo que lo coloca en el nivel 2 de calidad.

El laboratorio del hospital puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A, cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24 horas. Además, está en la capacidad de procesar sin delegar en otro laboratorio, antibiogramas por discos e identificación bioquímica de gérmenes. El técnico de laboratorio 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. Al cumplir con estos estándares el laboratorio se encuentra en el nivel 1, ya que para llegar al nivel 2 es necesario que cuente con las normas por escrito, inspección de calidad rutinaria y procesar sin delegar en otro laboratorio, gases en sangre y antibiogramas cuantitativos. El hospital no cuenta con técnicos y/o bioquímicos en guardia activa las 24 horas.

Se consideran comprendidos para el área de Diagnostico por imágenes, los siguientes procedimientos:

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

Este servicio cumple con los requisitos del Servicio de Radiofísica Sanitaria de la jurisdicción correspondiente. Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por radioscopia, ultrasonografía y mamografías. Los estudios son interpretados por médicos especializados que intercambian opiniones con los médicos tratantes. El servicio de Rayos X esta las 24 horas, con guardia activa de técnico o médico radiólogo. No cuenta con equipos radiológicos portátiles, ni con personal y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópico o ecográfico. Tampoco dispone de otros medios de diagnóstico de alta complejidad, como TAC, cámara gamma, RMN.

En los estudios de OMS/OPS el no contar con Banco de Sangre influye en la mortalidad de los pacientes. Sin embargo si se debe contemplar, ya que es uno de los estándares de calidad considerado como obligatorio por el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del país(11.)

Se comprende como Atención del nacimiento , 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.

El hospital cuenta con médico obstetra y pediatra de llamada. Los nacimientos se asisten en una sala de partos diferenciada, dentro del Área Quirúrgica. Al no contar con los médicos de estas especialidades en plaza fija, esta área no puede ser calificada mayor de nivel 1. Para poder alcanzar un mejor puntaje, tendría que contar 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; y garantizar una atención mínima adecuada del neonato y su madre hasta su traslado a un centro de mayor complejidad; 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.

El área Quirúrgica es 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 hospital cumple con criterios del nivel 1 , menos el de poseer normas y protocolos por escrito, lo que no permite una puntuación mas alta, a pesar de cumplir con criterios de

niveles superiores tales como, contar con dos quirófanos y hay en todo momento, por lo menos una persona destinada exclusivamente al área quirúrgica; estar coordinada por un profesional; contar con un local destinado a la recuperación anestésica; el vestuario del personal tiene un acceso diferenciado; y, los monitoreos intraoperatorios en pacientes con riesgo aumentado, son realizados por médicos especializados.

Uno de los estándares de calidad que el hospital no posee es el Comité de Control de infecciones hospitalarias(13,15.) La situación en los países en desarrollo y en economías en transición posee características especiales ya que se ha visto un elevado número de infecciones nosocomiales, lo que aumenta hasta en un 200% el costo de la hospitalización por paciente. Esto es para hospitales que cuentan con un comité de control, siendo este mayor en aquellas instituciones que no cuentan con ello (20).

8.2 AREAS TECNICAS Y DE APOYO

Las áreas técnicas y de apoyo, cuentan con 14 estándares. Los resultados por nivel de calidad son: nivel 1, siendo estos el área de alimentación, lavandería, limpieza, dispensación de alimentos, enfermería, control de estadísticas, gobierno y administración hospitalaria, y por ultimo, el área de garantía de la calidad; nivel 3, siendo las siguientes áreas: esterilización, archivo de las historias clínicas, seguridad general y por ultimo, seguridad e higiene laboral. El único criterio que cumplió con el máximo nivel de calidad fue el áreas de historias y archivos clínicos.

El área de alimentación cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista. No cuenta con una evaluación de satisfacción de la comida por parte de los pacientes, lo que obliga a esta área ser evaluada en el nivel 1 de calidad. Para alcanzar niveles mas altos de calidad debe disponer de una nutricionista al menos para la organización del servicio, la visita diaria a los pacientes y la prescripción de regímenes personalizados; área para la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas. El máximo nivel de calidad se obtiene contando con un servicio médico de Nutrición que interviene en la supervisión de la alimentación de los

pacientes nutricionalmente comprometidos y, tener capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral con nutribomba.

Para poder ser evaluados en el área de 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. El nivel de calidad obtenido por esta área es el 1, ya que si cuenta con un servicio de lavandería dentro de las instalaciones del hospital, pero no cuenta con reglamento ni normas por escrito. A pesar de contar con estándares de niveles más altos de calidad como: un circuito especial para el tratamiento de la ropa contaminada y la provisión es suficiente para cirugía y el retiro de ropa sucia es diario durante todo el año y la entrega de ropa limpia se efectúa diariamente.

El nivel de calidad obtenido por el área de limpieza es 1, ya que todos los pisos son limpiados al menos una vez al día, con jabón, detergente o cloro. Este servicio no alcanza un nivel más alto por que no cuenta con un responsable de la limpieza y los procedimientos no están normatizados, incluyendo instrucciones sobre el uso de desinfectantes. No existen normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis); ni la existencia de comité de Infecciones y/o una enfermera epidemióloga, que participen activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza.

El puntaje para el área de esterilización es de nivel 3 de calidad. Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución; cuenta con un autoclave. 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 termo sensibles y tienen el personal cuenta con capacitación específica. Para llegar al máximo nivel de calidad, nivel 4, es necesario contar con normas escritas de procedimientos, efectuar controles biológicos según normas locales, contar con ventilación mecánica equipada

con filtros de alta eficiencia; y si es posible, lavado y desinfección de equipos se realiza mediante equipos automáticos.

El hospital 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. Lo cual lo ubica en un nivel 1 de calidad. Es necesario que existan y se actualicen las normas de profilaxis antibiótica pre-quirúrgico y vademécum para uso del establecimiento. también contar con personal de guardia las 24 horas, integrado por farmacéuticos técnicos, para la atención de pacientes internados y ambulatorios; e integrar un Comité de Fármaco-vigilancia.

El control de medicamento ha sido un tema de amplia discusión. Dentro de las responsabilidades del director de la institución es velar por la calidad de ellos y su apropiado almacenamiento y manejo. Se sabe que el 77% de todo los casos notificados de medicamentos falsificado y sin garantía de calidad ocurren en los países en vías de desarrollo(13), lugar en el cual aun no se tiene establecida una cultura de calidad en el área de la salud(2).

El personal de enfermería esta a cargo de una Enfermera Profesional, quien es responsable de controlar que se lleven los controles de signos 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. El nivel alcanzado es el nivel 1 de calidad. Si el hospital incluyera dentro de su programa instrucción específica y normas por escrito lograría un nivel mas alto de calidad. Al establecer un Departamento de Enfermería que se encargue de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de Enfermería, llegaría al máximo nivel de calidad.

El hospital posee Historias Clínicas (CH) 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 y el registro de HC está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético. Además existe supervisión; están disponibles las 24 horas, personal exclusivo tiene el control de ellas. Lo anterior permite que el nivel de esta área sea el 4.

Se lleva control de estadísticas de los siguientes indicadores:

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

Pero no existe personal específicamente dedicado a esta tarea, aunque no sea exclusivo. Los ingresos no se hallan clasificadas por patologías. Por lo que el nivel de calidad es 1.

El Gobierno hospitalario comprende a las autoridades, unipersonales o colegiadas, que fijan las políticas de la institución y controlan su ejecución. El hospital cumple con el 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. Para lograr el próximo nivel es necesario que el hospital cuente con un director, un jefe médico y un jefe administrativo; el director tiene formación gerencial para administrar servicios de salud. Deben existir manuales de normas y procedimientos; un presupuesto anual, y seguimiento presupuestario; y elaborar un balance anual.

Según lo establecido por la comisión de acreditación(11) la institución debe contar con: un consejo técnico médico, un consejo técnico administrativo. Como elementos importantes de asesoramiento a la dirección / jefe médico y jefe administrativo, debe de elaborarse estados financieros anuales auditados por una empresa de reconocido prestigio u organismos públicos autorizados; para alcanzar el nivel 3. El nivel máximo de calidad se obtiene con el nivel 4, y debe contar 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 auditoria interna dependientes de Directorios. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoria.

El área administrativa cuenta con los siguiente según los niveles de calidad:

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.

Nivel 2: El Responsable del área Administrativa debe ser profesional. Existe un área de Personal y un área 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.

A pesar de que cumple con los estándares de los niveles 2 y 3, el no cumplir con poseer manuales de procedimientos administrativos, el puntaje en esta área es de nivel 1. Esta área es de suma importancia considerar y mejorar, ya que a este nivel es donde se formular las estrategias necesarias para poder caminar hacia la calidad(15,16). El contar con personal con conocimiento de gestión de calidad e implementación de programas de mejora continua es indispensable. Así como un plan de mercadeo, que permita a la institución se auto sostenible, y poder contar con capital de trabajo para futuras inversiones, ya sea en equipo, infraestructura, asesorias o capacitación de personal(13,15).

Seguridad e higiene laboral son un aspecto de suma importancia en lo que respecta a la calidad de los hospitales. En la década de los noventa, adquirió una mayor importancia(12,13,15,16). La puntuación obtenida por el hospital escasamente llegó al nivel 1. A esta área no le ha sido dada la importancia debida. De los aspectos relevantes se que posee y lo que le da la puntuación, es que tiene prevista la atención de accidentes de trabajo. Por lo demás no cumple con criterio como poseer un programa de control sanitario del personal, de acuerdo a la legislación vigente en cada país. No dispone de un Manual de Procedimientos en el que se describen los atinentes a los definidos en las normas de cada país; el personal no está clasificado por grupos de riesgo y, para cada uno de ellos, están previstos los programas preventivos correspondientes. No está prevista la provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado y la provisión de elementos de bioseguridad.

La Seguridad general, por el contrario de la laboral e higiénica, esta en un nivel 3 de calidad. Esto se debe a que 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. también, posee programa para situaciones de desastres de acuerdo al riesgo, aprobado por autoridad competente; personal de vigilancia y mantenimiento las 24 horas.

Con lo que respecta a Garantía de calidad, lo que le permite obtener un nivel 1 de calidad es posees personal capacitado. Por lo demás carece de actividades destinadas a evaluar la calidad de la atención; no posee organización y programas destinados al control de la calidad de la atención médica. No cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros, ni se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios. Carece de un servicio de epidemiología hospitalaria, cuenta con profesionales especializados y con programa de investigaciones dirigidas a garantía de calidad.

La garantía de la calidad es una de las mas fuertes tendencias que se están dando a nivel regional. Existen cinco tendencias principales que son la medición y la demostración, la evolución hacia la garantía de calidad, la combinación de estrategias de gestión de calidad, los procesos y los resultado orientados al cliente, y de los

hospitales a los sistemas(13). La tendencia que toma el modelo de evaluación utilizado en este estudio es una mezcla de la medición y la evolución hacia la garantía de la calidad.

8.3 DOCUMENTACION EDILICIA

A pesar que uno de los mayores problemas que presentan los hospitales de la región, es la parte de diseño(12,13,14,15,16), este hospital alcanza el máximo nivel de calidad, cumpliendo con todos los criterios:

- 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.
- Nivel 3: Posee planos de los servicios e instalaciones existentes, aprobados por autoridad competente.
- Nivel 4: Posee plan arquitectónico director, dinámico, de obras en ejecución o a ejecutar.

8.4 ESTRUCTURA FISICO-FUNCIONAL

Las estructuras físico funcionales evaluadas fueron el acceso y circulación. La puntuación en accesos es equivalente a nivel 1 de calidad. Esto indica que cuenta con los requerimientos mínimos como facilidades para el ascenso y descenso de pacientes, en condiciones de seguridad y protección adecuadas y además cuenta con barreras arquitectónicas. El acceso para los vehículos es problemático, por no contar con áreas específicas. Además, no se tiene personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público, las 24 horas.

Según la OMS, uno de los aspectos claves para que los hospitales sean seguros, especialmente durante una emergencia, es la circulación(16). El hospital cumple

- 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).
- Nivel 2: Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas, en los servicios de atención de pacientes.
- Nivel 3: Brindar facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes.
- Nivel 4: Posee independencia circulatoria entre áreas técnicas y públicas en todo el establecimiento.

Por el contrario a la tendencia regional(13), en la cual las circulaciones es un área deficiente, en este hospital se evidencia el máximo nivel de calidad, nivel 4.

8.5 INSTALACIONES

La situación en los países en vías de desarrollo y en los países con economías en transición como Guatemala, merece una atención especial todo lo que concierne a instalaciones. El mal estado de las infraestructura y del equipo, hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos negativos(accidentes, infecciones intra hospitalarias), mucho mas alto que en los países desarrollados(15,16).

En los países de la región el 40% de las camas de hospital se encuentran en construcciones originalmente destinadas a otros fines. Ellos dificulta el funcionamiento del equipo, poniendo en riesgo al paciente(13).

Los niveles de calidad encontrados en las áreas que comprende de instalaciones son: el sistema eléctrico, nivel 3; control de excretas, residuos y agua potable, nivel 2; manejo de desechos sólidos hospitalarios, nivel 4; comodidad de importación, 1; gases combustible y servicios especiales, nivel 1. Es importante mencionar que el hospital no posee con incinerador por lo cual este rubro no fue evaluado. Esto no afecta en ninguna forma la los resultados de la evaluación.

Con lo que respecta a Control de excretas, residuos y potabilidad del agua, se ajustan a normas municipales, provinciales o nacionales; tiene servicio de agua potable y sistema de eliminación de excretas; y, cuenta con sistema de salida especial para residuos en condiciones de seguridad.

8.6 ESTANDARES NO OBLIGATORIOS

Los estándares no obligatorios son: Biblioteca, Medicina Nuclear, Rehabilitación, Trabajo Social, Terapia Radiante, Unidad de Cuidados Críticos, Neonatología, Endoscopia, Sala de Partos, Servicio anatómo-patología, Finanzas, Personal, Suministros y Servicio de Pediatría. De ellos solo el 36% fue evaluado, siendo los siguiente: biblioteca, sala de partos, finanzas, personal y suministros. El restante 64% no se encontró, no afectando ello en el resultado final de la evaluación

Se tomo en cuenta el área de biblioteca, siendo su nivel 0, ya que únicamente cuenta con una conexión a Internet.

El área de Finanzas, cuenta con personal capacitado para la elaboración de presupuestos, realización de pagos y control de todo el movimiento de caja. Esta bajo la responsabilidad del Director del Hospital y del Tesorero de la Junta Directiva. Los libros son revisados con periodicidad y son sometidos a auditorias externas una vez al año. Esto también se evalúa dentro de los estándares obligatorios Administrativos.

Personal y suministros también es evaluado mas ampliamente en esta área, pero son puntos de la parte administrativa. La evaluación especifica de estas áreas responde a las estrategias dirigidas a la mejora en la gestión hospitalaria, que son una de las

prioridades de la Dirección de Acreditación, Control Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud(DRACES) (11).

Sala de Partos cumple con un nivel 2 de calidad. Esta área va de la mano con la de atención del nacimiento; es complementaria a ella.

9. CONCLUSIONES

- 9.1** Como resultado de la evaluación de calidad de los medios, instalaciones e infraestructura del Hospital de la Fuerza Aérea Militar, Patronato Virgen de Loreto, se puede concluir que su nivel global de calidad se encuentra en el nivel menor (1 de cumplimiento de estándares).
- 9.2** Dentro de la organización de la atención la mayoría de estándares se encuentran en nivel 1. Su estructura organizacional y funcional es adecuada, pero carece de los protocolos escritos de ellos, restándole nivel de calidad; además de la ausencia de áreas como Banco de Sangre y Control de Infección Intra hospitalarias.
- 9.3** La calidad de las áreas técnicas y de apoyo se encuentran en el nivel , por falta de protocolos y normar por escrito, a pesar de que las paredes, puertas y acceso se encuentran en muy buen estado; circulación, áreas y accesos identificados adecuadamente; Cuentan con una política de mantenimiento de equipo muy eficiente.
- 9.4** La documentación de los planos arquitectónicos del establecimiento es completa. Su nivel de calidad para esta área es el máximo (nivel 3).
- 9.5** La situación de las instalaciones, estructura físico funcional del hospital y los servicios , por lo observado y evaluado su nivel de cumplimiento de estándares es 1.
- 9.6** De los estándares no obligatorios con los que cuenta el hospital son los siguientes: Biblioteca, Sala de Partos, Finanzas, Personal y Suministros; con los que no cuenta son: Medicina Nuclear, Cuidado Críticos, Cuidados Críticos Neonatos, Trabajo Social, Rehabilitación, Terapia Radiante, y un servicio con área establecida para Pediatría, lo que constituye un valor agregado.

De los estándares con los que si cuenta el hospital se puede concluir lo siguiente:

- NIVEL 1

Según los estándares cumplidos se concluye que el servicio de Biblioteca, Personal y Suministros se encuentran en el nivel 1.

- NIVEL 2

Sala de partos es el único que se encuentra en este nivel.

- NIVEL 4

Se puede concluir que la calidad estructural del servicio de finanzas se encuentra en el máximo nivel de calidad.

10. RECOMENDACIONES

10.1 RECOMENDACION GENERAL

- Establecer protocolos de procedimientos. Al cumplir con este requisito muchas áreas subirán de nivel de calidad.
- Concientizar para que los pacientes que atienden en el hospital, sigan siendo atendidos en el y no llevados a sus clínicas privadas. Esto permitirá optimizar las instalaciones.

10.2 RECOMENDACIONES POR ESTANDAR

- Establecer normas por escrito en cada una de las áreas. Con esto las áreas de Derivaciones o referencia, Consulta Externa, Laboratorio de Análisis Clínicos, Atención del nacimiento, Área quirúrgica, Anestesiología alcanzarían ese nivel.
- Organizar un comité de Control de infecciones hospitalarias, el cual se responsabilice de mantener los estándares de bioseguridad mínimos.
- En las áreas técnicas y de apoyo el objetivo es llevar a las áreas de un nivel 1 a un nivel 2 en el lapso de 1 año o antes. Para poder llegar al próximo nivel 2 en todas las áreas es necesario establecer normas por escrito en cada una de las áreas. Con esto las áreas de Alimentación, Lavandería, Limpieza, Dispensa de medicamentos, Estadísticas, Enfermería, Gobierno hospitalario, Administración y Garantía de calidad alcanzarían ese nivel.

- Monitoreo constante para no bajar el nivel de calidad de las áreas que se encuentran en el nivel 2, 3 y/o 4.
- Ya que el área de documentación idílica encuentra en el máximo nivel de calidad, darle seguimiento y mantenerse en este.
- En el área de estructura físico funcional y accesos al próximo nivel es necesario delimitar estos para los diferentes clientes: Visitas, consulta externa, encamamiento y urgencias.
- Elaborar normas por escrito para las áreas de instalaciones, especialmente para: Confort en internación y Control de gases, combustibles y servicios especiales, Control de excretas, residuos y agua potable y Sistema Eléctrico, es el presentar las normas por escrito.

10.3 RECOMENDACIONES PARA ESTADARES NO OBLIGATORIOS

- De los estándares no obligatorios con los que cuenta el hospital son los siguientes: Biblioteca, Sala de Partos, Finanzas, Personal y Suministros. Con ellos se debe cumplir con los requisitos necesarios para subir de nivel, según los estándares que les corresponden por área.
- Establecer servicio de trabajo social, para determinar la capacidad de pago de los pacientes y así poder acomodarlos mejor.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barquin, Manuel. Dirección de Hospitales. Mac Graw Hill, Séptima edición. México 2003.
2. Berwick, Donald. Caja de Resonancia: el mejoramiento continuo como ideal en la atención de la salud. OPS/OMS, Washington, D.C., 1989.
3. Cadenas, Eduardo. ISO 9000, Una visión general. UDLA, California, Estados Unidos, 2004.
4. Crosby, P.B. Quality is free: the art of making quality certain., McGraw-Hill, Nueva York, Estados Unidos, 1999.
5. Deming, W.E. Quality, productivity, and competitive position. Cambridge, Mass., Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1982.
6. Deming, W.E. Out of the crisis, Cambridge, Mass.; Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study, 1986.
7. Garvin, D.A. Managing quality: the strategic and competitive edge. Nueva York:Free Press, 1988.

8. Imai, M. Kaisen; the key to Japanese competitive success. Nueva York: Random House, 2004.
9. Juran, J.M. Managerial breakthrough, Nueva York: Free Press, 1982.
10. Koontz, Harold, et.al. Administración: una perspectiva global. McGraw Hill, 11ª edición. Mexico, 2001.
11. Ministerio de Salud Publica. Dirección de Acreditación, Control Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud.
12. Moraes Novaes, Humberto. Garantía de la calidad hospitalaria en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Washington, D.C., 1989.
13. OMS. Protocolo para determinar el costo de la infección hospitalaria. OPS/HCP/HCT/16/00, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. Washington, DC. 2000.
14. OPS/OMS. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, punto 13.9, A55/13. 23 de marzo de 2002.
15. OPS/OMS ediciones. Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. OPS/OMS, Washington, D.C., 1989.
16. OPS/OMS. Programas de Garantía de Calidad de la atención de salud. SPP31/7 (Esp), 31ª sesión, 23 y 24 noviembre de 1998.
17. OPS/OMS ediciones. Rutinas Operacionales para Hospitales, Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. OPS/OMS-PALTEX, 1990.

18. OPS/OMS ediciones. La garantía de la calidad: EL Control de las Infecciones Hospitalarias. Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSD/SILOS-12/OPS-OMS, Washington, D.C.1991.
19. Pop, Vilma. Acreditación Hospitalaria. Documentos de estudio. Maestría Administración Hospitalaria, Universidad Galileo de Guatemala,2004.
20. Paganini, Jose Maria, et al. La garantía de la calidad . Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. HSD/SILOS-12/OPS-OMS, Washington, D.C.1999.
21. Salvatierra-González, Roxana. Costo de la infección nosocomial en nueve países de América Latina. Washington, DC:OPS, 2003.
22. Wenzel, Richard. El Control de la Calidad: nuevo componente de la epidemiología hospitalaria. HSD/SILOS-12/OPS-OMS, Washington, D.C.1999.

11. ANEXOS

El instrumento utilizado para la elaboración de este estudio se puede obtener en el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud(DRACES), que es parte de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, del Ministerio de Salud Publica.

DRACES

11 avenida "A" 12-19 Finca la Verbena zona 7

draces@intelnet.net.gt

