



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES  
AL HOSPITAL REGIONAL DE SANTIAGO DE VERAGUAS

Por:

Pedro Antonio Barrios Pinilla

1999

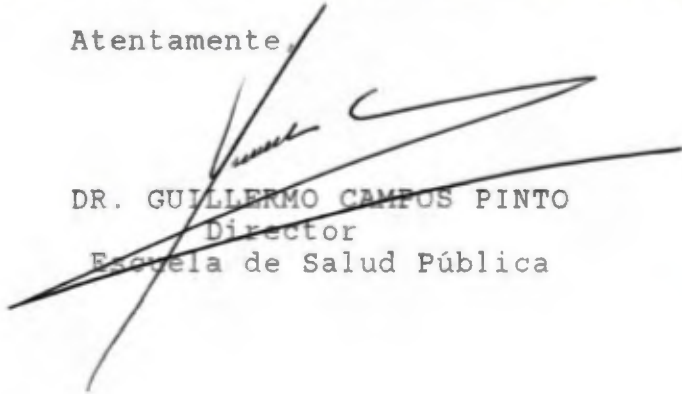
Panamá, 2 de diciembre de 1998.

Doctor  
PEDRO BARRIOS PINILLA  
Estudiante del V Curso  
Maestría en Salud Pública  
E. S. M.

Estimado Doctor Barrios:

La presente es para informarle que la Comisión Evaluadora de Protocolo de Tesis envió informe a esta Dirección aprobando su protocolo titulado: **"Aplicación del Método de Acreditación de Hospitales al Hospital Regional de Veraguas"**.

Atentamente,

  
DR. GUILLERMO CAMPOS PINTO  
Director  
Escuela de Salud Pública

/ahg



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES  
AL HOSPITAL REGIONAL DE SANTIAGO DE VERAGUAS

Por:

Pedro Antonio Barrios Pinilla

Tesis para optar por el Grado de  
Maestría en Salud Pública con  
Especialización en Administración  
de Servicios de Salud.

Panamá, República de Panamá  
1999

T. M.

16 JUN 1999

## AGRADECIMIENTO

A Dios.

A mi familia por el apoyo.

A todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo.

*o.h. del autor*

31 47 61

## **DEDICATORIA**

A mis pacientes

## ÍNDICE GENERAL

	Página
Resumen .....	1
Introducción .....	3
I. Justificación .....	8
II. Objetivo General .....	13
III. Objetivos Específicos .....	15
IV. Propósitos .....	17
V. Marco Teórico .....	19
1. Programa de Garantía de Calidad de la Atención .	20
2. Control de Calidad y Teoría de Sistemas .....	24
3. Definiciones de Acreditación de Hospitales.....	29
4. Evolución y Desarrollo de la Acreditación de Hospitales .....	31
5. Hipótesis de la Investigación .....	36
6. Variables de la Investigación .....	36
VI. Aspectos Metodológicos .....	42
1. Descripción del Hospital Regional de Santiago de Veraguas .....	44
2. Tipo de Estudio .....	47
3. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos .	47
4. Procedimiento para la recolección de la Información .....	52

4.1. Solicitud de la Acreditación .....	52
5. Aspectos Administrativos .....	54
5.1. Presupuesto estimado de la Investigación ..	55
6. Plan de Análisis y presentación de los Resultados .....	56
6.1. Plan de Análisis .....	56
VII Resultados y Discusión .....	61
VIII Conclusiones .....	155
IX Recomendaciones .....	157
Bibliografía .....	159
Anexo .....	169
Cronograma de Actividades .....	213

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1	Calificación de los estándares mínimos obligatorios según niveles en los diferentes departamentos y servicios del Hospital Regional de Santiago de Veraguas. 1998 .....	146
Cuadro N°2:	Calificación de los estándares no obligatorios Hospital Regional de Santiago de Veraguas 1998 .....	148
Cuadro N°3:	Estado de la estandarización por niveles y problemas eventuales encontrados. Hospital Regional de Santiago de Veraguas. 1998 .....	149



## **RESUMEN**

### **Aplicación del Método de Acreditación de Hospitales al Hospital Regional de Santiago de Veraguas.**

Los programas de Acreditación de Hospitales son una corriente de impulso reciente en Latinoamérica. Esta investigación desarrolla la metodología de Acreditación de Hospitales como mecanismo de evaluación de la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares contemplan aspectos de estructura, procesos y resultados en diferentes grados de satisfacción o niveles, clasificados en obligatorios y no obligatorios. Este trabajo evalúa 33 estándares, de los cuales 30 pertenecen a la categoría de obligatorios y están divididos en tres áreas: área de organización de la atención, área técnica y de apoyo y área de estructura física funcional. Se incluyen tres estándares no obligatorios. Se señala que para lograr la acreditación se necesita pasar el nivel uno de todos los estándares, aunque se señalan situaciones especiales como la acreditación provisional. Para el capítulo de resultados hemos seguido el más estricto apego a los indicadores seleccionados en la revisión de los estándares hecha en Panamá en octubre de 1996. Los resultados obtenidos muestran de una manera amplia y exhaustiva la condición general de la institución en estudio y son un reflejo de la difícil situación actual estructural y funcional que enfrentan nuestros hospitales de diferentes grados de complejidad. El reto de la Acreditación de Hospitales queda demostrado en este trabajo como una necesidad impostergable para la evaluación de la calidad de atención que se brinda en el Sistema Nacional de Salud.

**ABSTRACT****THE APPLY OF THE HOSPITAL'S CREDIT METHOD TO THE REGIONAL HOSPITAL OF SANTIAGO, VERAGUAS.**

The programs of hospital's credit are a new way of recent impulse in Latin America. This study develops the Hospital's credit method like a mechanism to evaluate the quality of the health attention throughout previous accepted standards. The standards refer to aspects of structure, process and results in different levels of satisfaction, classified in obligatory or not obligatory. In this work, 33 different standards has been evaluated, 30 of them are obligatory and are subdivided in 3 areas: Health attention's organization area; technical and support area, and physical functional structure area. Also are 3 non obligatory standards included. It is established that to get the credit, it is needed to pass the level one of all standards, although there are special situations like provisional credit. In the result's chapter, we have followed strictly the selected indicators in the revision of the standards, made on October 1998 in Panama. The results show, in a clear and extended way, the general condition of the Hospital's standards and that this is a reflex of the hard structure and functional situation that face our hospitals in different ways of complexity. The challenge of Hospital's credit had been demonstrated in this work like and urgent need for the quality's evaluations of the health attention that is offer in our national health system.

## **INTRODUCCIÓN**

La institución motivo de este estudio es el Hospital Regional de Santiago de Veraguas, fundado en 1932, en la ciudad de Santiago de Veraguas, Provincia de Veraguas. El propósito de esta investigación será la utilización del método para Acreditación de Hospitales aprobado para Centroamérica y Panamá y consistirá en la aplicación de los estándares mínimos u obligatorios, en total 30, y los no obligatorios tres (3). No hay antecedentes de aplicación de esta metodología, a no ser por los ejercicios que se realizaron en la Cátedra de Administración de Hospitales de la Escuela de Salud Pública (Lao de Pérez y Barrios P. 1994).

El Hospital Regional de Santiago de Veraguas tiene una cobertura poblacional que incluye habitantes de la Provincia de Veraguas, el Oriente de Chiriquí y el Norte de las Provincias de Herrera y Coclé.

El Hospital es parte del Sistema Integrado de Salud de Veraguas, el cual incluye 93 instalaciones de salud, de las cuales 17 son Centros de Salud, 11 Sub-Centros, 60 Puestos de Salud, 3 Hospitales (1 Hospital General - Caja de Seguro Social en Soná, 1 Hospital Rural en Cañazas y el Hospital de Santiago de Veraguas). En el Sistema Integrado de Salud de Veraguas trabajan 1256 funcionarios y en el Hospital 503 de los cuales 136 pertenecen a la Caja de Seguro Social. Esto representaría el 40% de la fuerza laboral del Ministerio de

Salud en la Región. La red de servicios incluye además, 2 Policlínicas de la Caja de Seguro Social. El presupuesto del Ministerio de Salud para la región en 1997 asciende a B/.8,480,921.00 de los cuales 2,789.419.00 se asignaron al Hospital Regional.(1,852,590.00 a servicios personales; 18,905.00 a servicios no personales y 917,924.00 a materiales y suministros).

Las principales causas de morbilidad de la Región de Salud de Veraguas para 1997 y según el Departamento de Estadística Regional fueron: las enfermedades respiratorias agudas, la enfermedad diarreica y su complicación como deshidratación, la hipertensión arterial y anemias de tipo no especificado, la infección de vías urinarias de sitio no especificado. La mortalidad está representada en sus primeras causas por la enfermedad isquémica del corazón, las bronconeumonías, la insuficiencia respiratoria aguda, los tumores malignos y las afecciones originadas en el período perinatal. Esta situación es compartida por la institución en estudio, lo que se traduce en una alta demanda de servicios, tal como se describe en el capítulo donde se enuncian los indicadores hospitalarios.

Como Hospital Regional es, sin lugar a duda, un centro de producción importante para poder cumplir con la misión del Ministerio de Salud en su área de atracción con equidad,

eficiencia, eficacia y calidad, especialmente en los grupos humanos más postergados.

Por todo esto, se hace necesario retomar con nueva energía los mecanismos que evalúan la calidad de la atención y hacer el control de la misma. La Acreditación de Hospitales es uno de estos mecanismos y en esta tesis señalaremos algunos de los elementos indispensables para el desarrollo de la aplicación del instrumento de acreditación utilizado.

La **acreditación** se define como 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 u obligatorios o más elaborados o no obligatorios.

Si el ordenamiento y organización de recursos y actividades conforman un proceso de garantía y permiten obtener una adecuada calidad de atención, entonces decimos que el hospital puede ser acreditado.

Este trabajo incluye el marco teórico que se enriquece con una revisión de conceptos e ideas. Además, se introducen algunos aspectos prácticos y comparativos de control administrativo. La descripción del marco metodológico empleado se sustenta en el documento de Acreditación de

Hospitales por estandarización y por niveles revisado en nuestro país; el cual a su vez usó como referencia la publicación de la Organización Panamericana de la Salud, **La Garantía de Calidad, Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe.**

Seguidamente se presentan los resultados de la evaluación por estándares, producto de la investigación y nos permitimos, en el siguiente capítulo, realizar una serie de análisis con el propósito de contribuir a la mejor interpretación de este estudio.

Las conclusiones y algunas recomendaciones se hacen al final y no sólo con la institución evaluada sino también se enuncian algunos aspectos relacionados con el proceso de aplicación y con el instrumento de acreditación en sí.

Se incluye la bibliografía consultada y citada y otras fuentes de información primaria.

I

## JUSTIFICACIÓN



## **I. JUSTIFICACIÓN.**

La garantía de poder ofrecer servicios con eficacia, eficiencia y equidad podría evaluarse a través de un programa de acreditación efectivo que contribuya al impulso del mejoramiento de la calidad. Esto se desarrollaría desde el período previo, así como en el posterior a la realización de la aplicación del método de acreditación, en un marco de desarrollo y debate, dentro de una esfera de objetividad y sentido de responsabilidad hacia el mejoramiento de la calidad misma, lo cual sería llevado a cabo por el propio personal del Hospital en estudio.

La acreditación permite a las autoridades tener un documento de gran valor en el proceso de interacción sistémico tanto a nivel interno, como externo. Esto permite a la administración y a todo el personal del hospital, una base de sustentación hacia el mejoramiento institucional integral.

El ejercicio permite la evaluación en el campo de un documento aprobado para ser aplicado en el país. Como investigación administrativa ofrece a las autoridades del hospital, una herramienta de soporte en su gestión, la cual generará el conflicto propio de este tipo de evaluaciones, pero a su vez, permitirá la toma de correctivos a los

problemas eventualmente encontrados.

Esta sería la primera aplicación de la acreditación en un hospital regional provincial en nuestro país. La corriente de acreditar instituciones, personal, servicios, tiene ya una sustentación internacional en el sentido que las instituciones de salud que no están acreditadas no son sujeto de crédito frente a las instituciones aseguradoras públicas o privadas.

Es bien reconocido el hecho que las principales causas de la morbimortalidad panameña son sujetos de intervención a través de servicios de salud integral y de la adaptabilidad y modificabilidad de los estilos de vida no saludables. Esto, deberá ir enlazado con una estructura de salud acorde con la demanda, con recursos financieros sostenibles, un recurso humano capacitado y procesos eficaces en la producción de los servicios. La gestión de la salud y la atención de las personas y el ambiente son áreas de producción interrelacionadas y a su vez influenciadas las unas por las otras. La metodología de acreditación mide estos procesos estandarizando lo evaluable y tangible dentro de cada área según una escogida gama de variables.

La Constitución Política de la República de Panamá de 1972 (reformada en 1978 y por el Acto Constitucional en 1983) establece en su Título III, capítulo Sexto, artículo 105 que:

"Es función del Estado velar por la salud de la población de la República". El Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 en el artículo segundo dice: "Corresponderá al Ministerio de Salud el estudio, formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud y la supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el sector en concordancia con la planificación de los recursos y mediante la coordinación de los recursos que se destinen al cuidado de la salud, tanto por las instituciones dependientes del Estado, como por las autónomas y semiautónomas; cuya política deberá orientar con arreglo a las exigencias de una planificación integrada".

En el Código Sanitario Panameño, ley 66 de 1947; señalado en el Libro Segundo, Título Primero, Capítulo Segundo, en el Artículo 119, se contempla la creación de un ente técnico-administrativo "que permita desarrollar el régimen de hospitales mediante normas generales que uniformen los procedimientos que han de seguirse en todas las instituciones curativas". Se señala, además, en el primer acápite el modelo normado de construcción, equipo, instalaciones y dependencias; la uniformidad del régimen administrativo y económico; con normas uniformes tanto en la atención como en el aprovisionamiento.

En Panamá se concretaron esfuerzos para analizar la

puesta en práctica del Método de Acreditación de Hospitales desde diciembre de 1993. La Resolución Ministerial N°. 001 de marzo de 1994 crea el Comité Nacional de Acreditación de Hospitales, confeccionándose posteriormente los estatutos y el reglamento interno del Comité. En 1994 se celebra un Primer Seminario Taller con participación privada y pública para discutir los estándares de acreditación. En septiembre de 1995 se publica un documento preliminar de Indicadores de Acreditación de Hospitales. En ese mismo año se publica la versión revisada de Estándares para la Acreditación de Hospitales en la República de Panamá. En octubre de 1996 se publica la versión final de los estándares producto de trabajo del Primer Foro Nacional de Hospitales en 1996.

II

OBJETIVO GENERAL

## **II. OBJETIVO GENERAL.**

- Evaluar el Hospital de Santiago de Veraguas aplicando el método de Acreditación de Hospitales de Panamá.

III

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Evaluar los diferentes elementos de la **estructura, el proceso y los resultados** en el Hospital de Santiago de Veraguas según el método de Acreditación de Hospitales, mediante la comparación con estándares obligatorios y no obligatorios, previamente establecidos.
2. Reconocer aspectos importantes en los sistemas de evaluación y control de calidad del hospital en estudio.
3. Comparar la situación del Hospital Regional de Santiago con los estándares aprobados por el Ministerio de Salud para el área de organización médica.
4. Evaluar con los estándares, previamente establecidos, las condiciones actuales de los servicios y departamentos de las áreas técnicas y de apoyo del Hospital Regional de Santiago.
5. Contrastar los aspectos más relevantes de la estructura físico-funcional del Hospital de Santiago de Veraguas con los estándares de acreditación.
6. Comparar las características del Hospital Regional de Veraguas con tres (3) de los estándares no obligatorios.



**IV.**  
**PROPÓSITOS**

#### **IV. PROPÓSITOS.**

La aplicación del método de Acreditación de Hospitales al Hospital Regional de Santiago de Veraguas será la primera experiencia en una institución de salud después de que se hiciera una revisión nacional de los estándares en octubre de 1996.

Esta aplicación permitirá una evaluación diagnóstica de la situación del Hospital de Santiago, sobre todo en los procesos de la producción de salud, que tendrá una gran utilidad en el propio personal médico, administrativo y directivo de la institución. El Director del Hospital contará con un modelo científico de evaluación que le permitirá hacer las correcciones necesarias que toman renovado perfil ante el inminente cambio de instalaciones. A los gerentes administrativos, les servirá como un método alternativo para la readecuación y fortalecimiento de las operaciones gerenciales.

Al personal médico, de enfermería y resto del personal técnico le ayudará a la adecuación y modernización de sus servicios y departamentos. A las autoridades ministeriales y de la dirección de hospitales les serviría de marco referencial para la búsqueda de los mecanismos de optimización de la nueva metodología en nuestro país.

Hay que señalar que la decisión de dar a conocer el resultado de la evaluación para la Acreditación recae en la Dirección Médica de cada Hospital.

V

MARCO TEÓRICO

## **V. MARCO TEÓRICO.**

### **1. Programa de Garantía de Calidad de la Atención**

La calidad puede definirse en base a si se cumplen o no las características en relación con un estándar establecido. Por ejemplo, en los servicios de salud, no hay una sola respuesta, ya que ésta va a depender del enfoque y propósito del análisis; sin embargo, la concepción de salud integral orienta al enfoque de calidad con equidad. (Moraes Novaes, 1988, Paganini, 1995).

El control de calidad debe ser visto como un activador en todo el sistema, y como función de dirección y gobierno incluye, en parte, una necesidad de defensa de la organización ante la opinión interna y externa para asegurar su credibilidad (Baez, 1990). Esto nos da también elementos de juicio para enfocar el desarrollo de la calidad de un sistema no sólo institucionalmente, sino como un proceso donde la calidad asegure la accesibilidad, la continuidad, la integridad, la eficacia y la eficiencia. (Paganini, 1955).

El control de calidad busca evaluar el impacto de las acciones y hasta qué punto se puedan descubrir fallas que permitan, mediante una discusión coherente, reorientar el plan, programa o propósito de la institución, tratando de encontrar las vías necesarias del cambio; sin embargo, se

debe señalar que los programas que evalúan calidad de la atención médica no se consideran prioridades en las políticas de salud de los países latinoamericanos (Velarde, 1995).

Los pasos básicos en el proceso de control son:

1. Recolectar datos durante el funcionamiento.
2. Compararlos con un estándar.
3. Establecer pasos correctivos si el funcionamiento no corresponde al estándar.

Los programas de GARANTÍA DE CALIDAD según Galbery, 1988, requieren una definida y adecuada organización administrativa, que permita una justa distribución de las funciones, mediante el establecimiento de directrices institucionales, como medio conceptual e instrumental para conseguir la "proeficiencia", como son:

- Requerir la responsabilidad compartida de todos los que forman parte de este trabajo.
- Definir y hacer cumplir las funciones para todos los cargos, desde la dirección hasta los diversos niveles profesionales, técnicos y administrativos.
- Mantener intercambio científico y laboral, plasmado con relaciones armónicas y de rendimiento colectivo e institucional.
- Cumplir las disposiciones normativas dirigidas a conseguir la óptima seguridad y confiabilidad de los

resultados.

La calidad, por ejemplo, de un servicio, va a estar determinada por la calidad del trabajo que se realiza, del proceso empleado, de las personas del sistema, de los objetivos y de todos aquellos aspectos relacionados con el impacto del servicio. Este último, muchas veces descuidado en las evaluaciones. (Galbery, 1988).

El control de la calidad de un servicio permite mejorar las cualidades de sus productos y de esta forma, contribuir a la satisfacción del usuario y al éxito de la institución. En un sector como el nuestro, donde la salud de hombres y mujeres son la finalidad del hospital, el concepto de calidad reviste una especial importancia. (Paganini, 1995). Los términos como calidad, control de calidad, calidad total, deben constituirse en herramientas fundamentales para el accionar del gerente, dentro del proceso administrativo y no solamente como instrumentos de medida de eventos aislados, sino como el programa tendiente a corregir deficiencias globales (de estructura, de proceso, o de resultado a corto y a largo plazo); y mejorar la calidad de la atención médica, como un todo, en los complejos servicios que se interrelacionan en los sistemas de salud. (Paganini, 1993; Velarde, 1995). Aquí retomamos el concepto de la gran complejidad que representa el manejo administrativo de los

hospitales públicos, empresa ésta que posee un alto costo social.

Al respecto, Pedro Brito, 1994, señala que el trabajo que se realiza en las instituciones de salud se caracteriza por su gran complejidad. El Hospital es una de las instituciones de mayor complejidad por la diversidad de profesiones, pacientes, tecnologías, relaciones sociales y formas de organización.

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 mejoras 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 statu-quo, del comportamiento afectivo, psico-motor y cognoscitivo del personal y de los mecanismos (alternativos) de financiación para el desarrollo del programa de garantía de calidad.

## **2. Control de Calidad y Teoría de Sistemas.**

Gibson, 1987, Sonis, 1992, Paganini, 1992, Moraes (1992), señalan, que la descripción más generalizada que se pueda dar de una organización sería decir que su producción comprende bienes de consumo o servicios (así como productos no deseados, tales como contaminación y sustancias de desechos) que son el resultado del proceso de transformación a que se somete algún insumo. Un hospital recibe como insumo a personas enfermas y las transforma en personas sanas o tratadas mediante una serie de actividades dentro de un proceso de producción. Todo esto basado en la definición de sistema planteado por Bertalanffy en 1968 "como conjunto de elementos interrelacionados orientados a metas comunes".

Para toda actividad se requieren recursos, los cuales pueden ser máquinas u hombres, ambos tienen que adquirirse, y se desgastan o cambian con el tiempo; por tanto, para que una empresa siga trabajando, se requieren diversas actividades de mantenimiento. La serie de actividades correspondientes a la transformación tendrá que ser coordinada o regulada; asimismo, las actividades de mantenimiento tendrán que integrarse al sistema de transformación, según sea necesario, dando origen a otra serie de actividades orientadas a asegurar esta regulación. En síntesis, una organización requiere de tres series o



sistemas de actividades distintas; un sistema interviene directamente en la transformación del elemento por procesar; otro tiene como función el mantenimiento, mientras que el tercero regula las actividades de transformación, así como la relación que haya entre el sistema de transformación y el de mantenimiento. Sin estos tres nada funcionaría. (Gibson, 1987, Paganini, 1992).

Numerosos autores se han referido a los subsistemas dentro del Hospital. Para Sheldon (citado por Moraes Novaes, 1992) hay dos tipos: el de **mantenimiento**, esencial para la viabilidad del sistema y el de **ejecución**, cuyo fin es el de transformar los recursos en productos finales (pacientes tratados). Otro enfoque desarrollado por Adizos Institute, Inc. y adoptado por Zukin considera que los problemas de salud deben enfocarse hacia una planificación capaz de satisfacer las necesidades de la población y cumplir con la misión de la organización. Ellos identifican cuatro subsistemas: el subsistema de evaluación de necesidad, alcance de los servicios, y estudio del cliente; el subsistema de producción; el subsistema de los recursos humanos y el subsistema de finanzas.

En cada uno de estos cuatro subsistemas se requieren mecanismos de control para que los planificadores tengan los

conocimientos relacionados con la información actual y así ejercer el poder de planear y ejecutar con paso firme el plan de la organización.

Existen sistemas abiertos y sistemas cerrados. Cuando los factores externos al sistema influyen en el mismo, se dice que es un sistema abierto. Cuando un sistema está aislado de las presiones o alteraciones externas se habla de un sistema cerrado. (Paganini, 1995). Los sistemas abiertos son más complejos y más difíciles de analizar.

Los hospitales pueden clasificarse como sistemas abiertos. Paganini, 1995, citando a Donabedian explica que estos sistemas están compuestos de un conjunto de elementos interrelacionados (recursos humanos, tecnología, información) que están orientados a metas comunes: mejorar la salud y la satisfacción de los pacientes y de la comunidad así como de otras actividades afines a la salud, como serían la enseñanza e investigación. (Paganini, 1993). El elemento más importante de entrada y de salida del hospital es la población que solicita y recibe atención.

El enfoque de analizar **estructura, proceso y resultados** es un método de evaluación de calidad de atención que se relaciona con la teoría de sistemas (Paganini, 1993).

La **estructura** del sistema de atención de salud o el

procesador del sistema (conjunto de elementos y relaciones) se relaciona con la población (elemento de entrada del sistema) y produce los **procesos** de atención (interrelaciones entre los elementos de los sistemas de población), la cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de la salud individual y colectiva, o sea, los **resultados** del sistema.

Citando al mismo autor, **la estructura** se refiere a las características relativamente estables de quienes suministran atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y del marco físico y organizativo dentro del cual se trabaja (recursos humanos, físicos y financieros; tanto su número, como su distribución, etc.). El proceso incluye los mecanismos de financiamiento y suministro, la forma en que el personal realiza su trabajo e incluso los mecanismos de pago.

Para este autor, **la estructura** constituye un indicador indirecto de la calidad de atención. Las limitaciones en este aspecto se deben al parcial desconocimiento de las relaciones entre **estructura** y **resultados**. A pesar de todo, la relación entre estructura y calidad es importante en el momento de planear y diseñar un buen sistema de suministro de salud.

Distintos autores han definido el **proceso** como el conjunto de actividades que ocurren entre los profesionales

de la salud y los pacientes. Los procesos incluyen el reconocimiento de los problemas, los métodos diagnósticos, el tratamiento y la asistencia. Hay que señalar el hecho de que para otros, **estructura** y **proceso** son una sola entidad.

Los **resultados** de los servicios de atención se definen como los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente. Pueden describirse en una variedad de categorías, pero al final, lo que cuenta es la calidad de vida que se ofrece a través de este **resultado**.

Existen muchos enfoques para estudiar las relaciones entre **estructura, proceso** y **resultados**. En el estudio actual de Acreditación de Hospitales se han utilizado principalmente variables de estructura y proceso.

El enfoque sistémico en la administración de salud representa una teoría de prevalencia creciente y su complejidad supera la capacidad de un enfoque individual global, aunque la variedad de enfoques crean una fuente de conocimientos difícil de abstraer y mantener actualizada. (Sonis, 1994).

### **3. Definiciones de Acreditación de Hospitales**

La acreditación de hospitales se define como una evaluación de 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 (si se define el piso o base) o más elaborados y exigentes, cuando se definen niveles de satisfacción, como en los no obligatorios.

"Hacer digna de crédito alguna cosa, o dar testimonio de que una persona tiene facultades para desempeñar una comisión o encargo". (Definición en el Diccionario Lengua Española. Vigésima Edición; 1984).

Para la Junta de Andalucía de España:

"La acreditación es un sistema de evaluación de la calidad del hospital mediante el análisis de su estructura física, funcional y orgánica, y su comparación con normas preestablecidas".

De esta forma, la acreditación se constituye en un método o una técnica de evaluación y educación, más que de inspección y control. Por tanto, su objetivo no debe orientarse a la detección de defectos y a la búsqueda de responsables, sino, a la localización de insuficiencias y a la definición de opciones que ayuden a la corrección de las mismas. (CMCCAM, Argentina, 1991).

La aplicación de la metodología de la acreditación conlleva un proceso que requiere definir objetivos y estándares, analizar los hospitales basados en estos estándares y dar un veredicto.

Se han propuesto diferentes metodologías para la evaluación. Hay algunas que sugieren un sistema de puntaje; otras utilizan los porcentajes o rangos de acreditación. La propuesta de acreditar a base de estrellas no tiene un consenso definido para la América Latina y se yuxtapone, a nuestro entender, a los conceptos de equidad. En nuestro estudio usaremos el sistema evaluativo total general, de si se acredita o no, dependiendo de si el hospital cumple por lo menos con el primer nivel de los estándares previamente establecidos.

La acreditación debe diferenciarse de otros mecanismos de evaluación y de regulación de la calidad de atención como lo son, según Paganini y Morales Novaes:

La Categorización: Es la tabla o clasificación de los efectores ambulatorios y de hospitalización de acuerdo con el criterio que se adopte (complejidad, riesgos de atención u otros) que permita definir niveles, concentrando actividades, clasificando las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización, según tipo de establecimiento, y permitiendo configurar en el futuro una red de servicios en los Sistemas

Locales de Salud (SILOS).

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

Los Programas de Autoevaluación: Algunos métodos de monitoreo son ya conocidos en América Latina y el Caribe, tales como: las reuniones anatomo-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. Estos métodos son básicamente intrainstitucionales y específicos y combinan una serie de indicadores epidemiológicos, sociales, etc.

#### **4. Evolución y Desarrollo de la Acreditación de Hospitales.**

Los programas de Acreditación de Hospitales son una corriente de impulso reciente en Latinoamérica, que pretenden

enmarcar en un sistema de evaluación, el objetivo-meta primordial de mejorar la calidad de atención en los hospitales y en otras organizaciones de salud de los diferentes países.

Desde 1993, en Panamá, se están realizando reuniones, seminarios-talleres y foros que buscan establecer los elementos necesarios para poner en práctica la ejecución del Proceso de Acreditación de Hospitales en nuestro país. Dicho proceso estaría regido por el Comité Nacional de Acreditación de Hospitales.

- El término acreditación data de apenas unos cuarenta años; sin embargo, el objetivo y contenido, que es lo más importante, fue utilizado en 1865 por Florence Nightingale, cuando se refirió a los heridos en los hospitales de campaña del ejército inglés durante la Guerra de Crimea, concluyendo que se podrían mejorar las leyes que gobiernan la enfermedad si se relacionan con los resultados obtenidos debidos al uso de una terapéutica dada; agregaba que era importante recoger información valiosa de aquellos soldados dados de alta.

- En 1917, el American College of Surgeons (ACS), estableció unas normas mínimas que deberían cumplir



todos los hospitales, para asegurar un mínimo de calidad en la asistencia a pacientes. Aplicando estas normas a lo largo de treinta y cinco años, el ACS acreditó 3000 hospitales en los Estados Unidos y Canadá.

- En 1951, cuatro organizaciones profesionales norteamericanas, se unieron a la ACS para crear la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), Comisión Mixta de Acreditación de Hospitales).
- En 1969, la Canadian Medical Association se separó de la JCAH para llevar a cabo su propio programa en Canadá.
- En 1966, se creó en Chile, un modelo de acreditación para ser aplicado en los hospitales. Posteriormente otros países como Argentina iniciaron el proceso. Costa Rica también lo hizo en la década del '80.

Según Pickering 1991, el programa más avanzado de acreditación de hospitales es llevado a cabo por la Comisión Mixta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos de América, que a diferencia de los Programas Latinoamericanos y en los Países Bajos, el liderazgo nace de una corriente privada, más que gubernamental. Este aspecto es motivo de debate en diversos países ya que la corriente

actual sugiere que la acreditación debe ser un proceso voluntario y no impuesto por gobierno alguno.

Otros países como Canadá y Australia han desarrollado sistemas de acreditación que hacen énfasis en la atención médica y en la rehabilitación y salud mental en las organizaciones evaluadas. En Gran Bretaña, el enfoque es hacia el nivel de organización, y en España, Asia, Corea del Sur, La India, Bolivia y Colombia ya se tienen normas publicadas.

Es importante señalar que en todos los programas se pretende retomar la importancia que tiene el hecho de presentar programas de calidad para la atención de la salud de la población, y la fijación de normas o estándares es muy similar, al menos para el caso de América Latina, incluyendo a Panamá. Es clara la influencia referencial de la Comisión Mixta estadounidense en todo este aspecto.

La Federación Latinoamericana de Hospitales suscribió con la OPS, en junio de 1990, un Acuerdo de Cooperación y dentro del plan general se incluyó la creación de un instrumento inicial que pudiera evaluar y mejorar la calidad de atención que se brinda en los hospitales y organizaciones de Salud en América Latina.

A raíz de este Acuerdo, se iniciaron los preparativos de un instrumento que serviría de base para la evaluación de los

hospitales latinoamericanos.

Desde 1993 se inicia en Panamá la revisión de la propuesta de la OPS: se realizaron reuniones de carácter nacional e intrasectorial en las cuales se adelantaron algunas de las adaptaciones, correcciones y sugerencias de inclusión a los estándares, al igual que propuestas del reglamento interno y estatutos y las bases conceptuales que se ejecutarían a través del Comité Nacional de Acreditación de Hospitales, liderizado en nuestro país, como regente, por el Ministerio de Salud.

La experiencia de otros países ha servido para establecer criterios de desarrollo de los procesos de acreditación que no están exentos de cambios y reevaluaciones, según las características de cada región. Incluso, se presentan diferentes disyuntivas en el momento de definir el hospital que se evaluará; sin embargo, para efectos de este trabajo, aceptamos que todo hospital deberá brindar atención médica continuada e integral, y su misión esencial va en favor de hombres y mujeres como motivo del mismo hospital. Todo esto ha servido para ir desarrollando una propuesta metodológica que ve al paciente como ser y eje de la misión hospitalaria.

Esta razón se basará en los derechos y deberes de los pacientes, entre los que se incluyen: el acceso a

tratamiento, el respeto a la dignidad, la privacidad y confidencialidad, la seguridad personal, el derecho a la identidad, la información-comunicación, y el consentimiento y denegación de tratamiento. Por su parte, el paciente debe ser responsable en el suministro de la información, el cumplimiento de las instrucciones, deberá tener respeto y consideración tanto con el personal como con los otros pacientes y deberá cumplir con los reglamentos y estatutos del hospital.

En nuestro país se trata de cumplir con estos motivos de derechos en el aspecto filosófico y conceptual; sin embargo, en la práctica nos encontramos con innumerables quejas de pacientes con respecto al irrespeto a sus derechos.

#### **5. Hipótesis de la Investigación**

El Hospital Regional de Santiago de Veraguas reúne los elementos necesarios para cumplir con los requisitos del Ier. Nivel de estándares y poder ser acreditado con base al método de acreditación de hospitales estandarizado para Panamá.

#### **6. Variables de la Investigación**

Las variables del estudio se encuentran contenidas dentro de los diferentes estándares y son variables de tipo

principalmente cualitativo, sin descartar las cuantitativas. Estas últimas se presentan en forma discontinua: número de camas, número de médicos, promedio de días estancia, etc.

A su vez, las hay representadas en diferentes formas de medición **nominal**, por ejemplo: expediente cerrado o no cerrado, **ordinal**: cuando se interrogó sobre la comida, si era excelente, buena o mala, de **intervalos** como es el caso de algunos indicadores de los estándares no obligatorios y de **proporción o razón** con la razón enfermeras/camas por turno, etc.

Todas las variables del estudio están contenidas en el documento por niveles y su definición operacional se detalla para poder desarrollarlas en cada caso. Por razones obvias se han colocado en el anexo.

Las variables contenidas en los estándares, según referencia del manual de La Garantía de Calidad de Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe, 1992, están elaborados de acuerdo con las siguientes premisas:

- a. El análisis de la relación costo/beneficio que no debe ser ajeno a la consideración de los procedimientos de evaluación de la calidad de atención médica.
- b. La detección de indicadores de calidad en un

establecimiento no debe procurar una descripción exhaustiva de los servicios hospitalarios, sino la verificación de los datos más representativos de la calidad existente.

- c. La simplificación del procedimiento de acreditación hace necesaria la utilización de indicadores esencialmente cualitativos.
- d. Los indicadores seleccionados deben ser fácilmente verificables, en lo posible, por la sola observación.
- e. Los estándares procurarán evaluar, dentro de un mismo servicio, aspectos de **estructura, proceso, resultados**, buscando indicadores dinámicos que reflejen, con la mayor amplitud, la calidad de las prestaciones. Aunque la evaluación de resultados ofrece frecuentes dificultades, dado que los propios establecimientos evaluados no la realizan.
- f. Cada estándar debe prever distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes. Los diferentes grados de satisfacción no deben apuntar a contemplar la variedad de complejidades de los establecimientos, sino los distintos niveles de calidad logrados en la satisfacción del requisito.
- g. El rango de amplitud de los estándares debe abarcar

desde un mínimo, cuya satisfacción exprese, de por sí, un aceptable nivel de calidad, logrado en la satisfacción del requisito.

- h. Los diferentes grados de satisfacción de un estándar deben ser correlativos entre sí; no corresponden a distintas características de jerarquías paralelas. Los niveles de satisfacción superiores implican haber satisfecho los niveles inferiores.

Acerca de la elaboración de ciertos estándares, conviene comentar además, algunos conceptos adicionales enunciados en el documento previamente citado:

- i. Los servicios de medicina crítica, terapia intensiva, neonatología, dependen, de manera sustantiva, de la infraestructura tecnológica disponible y, en particular, de la concentración de la tecnología por cada plaza de atención intensiva. El estándar de neonatología se excluyó para la República de Panamá. En este caso los distintos niveles de satisfacción de los estándares reflejan, en parte, el grado de complejidad tecnológica del servicio; si bien se han contemplado algunos aspectos de calidad del proceso de atención médica, tienen un contenido descriptivo del equipamiento existente. En algunos casos, como la unidad de reanimación o la atención del recién nacido normal, las

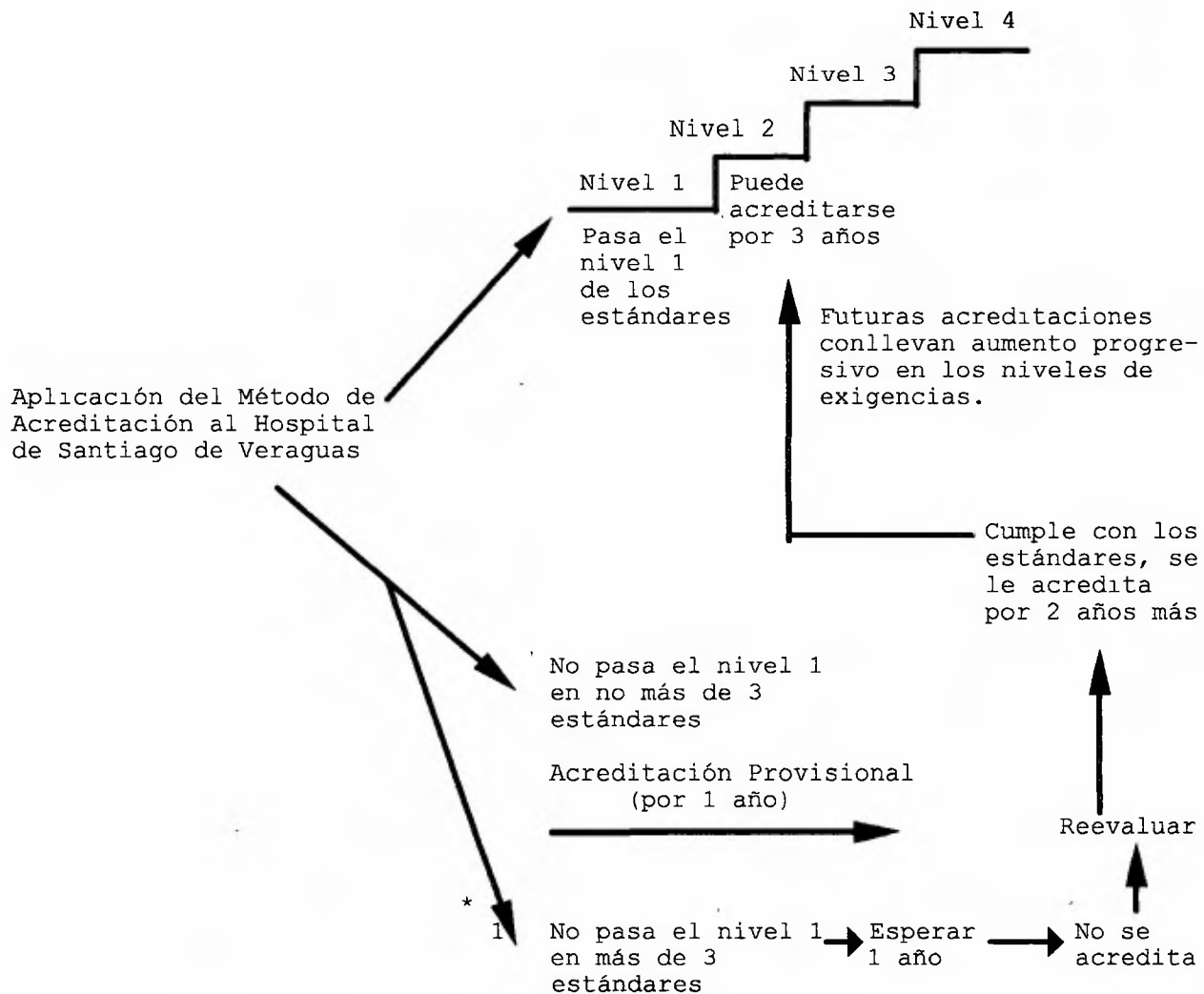
características se superponen con actividades requeridas para los estándares de urgencias y de atención del nacimiento respectivamente. Esta superposición expresa los aspectos "obligatorios" y "no obligatorios" de dichas áreas, como veremos más adelante.

- j. También los estándares de Terapia Radiante y de Medicina Nuclear tienen un marcado acento en la infraestructura tecnológica; se ha procurado, asimismo, incluir aspectos de la calidad del proceso de atención médica. Sin embargo, ninguno de estos dos se incluirá en la evaluación, ya que tampoco forman parte del documento de estandarización panameña.

A continuación se presenta una propuesta esquemática y gráfica de la aplicación del método de acreditación.



## APLICACIÓN DEL MÉTODO DE ACREDITACIÓN AL HOSPITAL DE SANTIAGO DE VERAGUAS



En zonas de aislamiento geográfico se admite la insatisfacción de hasta cinco estándares para la acreditación por tres años y de hasta diez para la provisional.

**VI.**

**ASPECTOS METODOLÓGICOS**

## **VI. ASPECTOS METODOLÓGICOS.**

La aplicación de la metodología de Acreditación se basa en el instructivo para el empleo e interpretación de los estándares, plasmada en la Publicación HSD/SILOS-13 La Garantía de Calidad, Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe (1992) de la Oficina Panamericana de la Salud que textualmente dice: Estas pautas son orientadoras y estarán sujetas a la revisión de los responsables de los programas de cada país, de acuerdo con:

- Las políticas en que se encuadra el procedimiento de evaluación.
- Las realidades locales de los servicios de salud.
- Los niveles de desarrollo de los establecimientos existentes.

En Panamá se realizó una última revisión de los estándares en octubre de 1996 que es la que usaremos en esta tesis. Opino que en la misma aún faltan ajustar algunos niveles para que queden realmente inmersos en la realidad nacional.

A continuación presentamos una revisión de las características del Hospital en estudio, y de los métodos y procedimientos que se van a utilizar. Se han incluido los aspectos administrativos y el plan de análisis.

## **1. Descripción del Hospital Regional de Santiago de Veraguas.**

El Hospital de Santiago de Veraguas está ubicado en la ciudad de Santiago, capital de la Provincia de Veraguas.

Es una estructura que limita al Noroeste con la Calle Segunda, al Sur con la Calle Cuarta y al Este con la Calle Tercera. Posee un área de construcción que es, en gran medida, un complejo de estructuras remodeladas, reconstruidas y añadidas a los edificios del Hospital original en sus 67 años de historia. Ofrece atención 365 días al año, 24 horas cada día.

Está dirigido por un Médico Director. Actualmente en el Hospital convergen mecanismos de control interno (Auditoría Interna) y externo (Contraloría). Cuenta con una Administración que tiene a su cargo la Recaudación, Contabilidad, Almacenaje, Seguridad, Servicios Generales, Compras, Tesorería y Pago, Presupuesto, Kardex, Personal y Transporte del Hospital. Los Servicios Médicos incluyen un Departamento de Medicina formado por Medicina Interna, Psiquiatría, Alergología, Cardiología, Gastroenterología, Neumología y Dermatología. Existe un Departamento de Radiología, de Patología Médica, de Pediatría (Pediatría y Neonatología), Ginecobstetricia (Ginecología y Obstetricia),

Medicina Física y Rehabilitación (Fisioterapia, Salud Ocupacional y Fonoaudiología). El Departamento de Cirugía, compuesto por Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología, Urología, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología y Maxilofacial. Existe un Servicio de Urgencias con Sala de Hospitalización de Corta Estancia y para Observación.

Los Servicios de Apoyo lo forman: Enfermería, Trabajo Social, Nutrición, Dietética, Farmacia, Lavandería y Mantenimiento.

Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento están compuestos por: Anatomía Patológica, Imagenología, Banco de Sangre, Medicina Física, la Unidad de Cuidados Intensivos, el Salón de Operaciones y el Servicio de Urgencias.

Los servicios generales están formados por: Aseo y Limpieza, Seguridad, Comunicaciones y Transporte.

El Hospital cuenta con Salas de Hospitalización de Cirugía General (masculino y femenino), Medicina (masculino y femenino), Unidad de Cuidado Intensivo, Pediatría, Neonatología y Ginecobstetricia.

El Hospital Regional de Santiago de Veraguas maneja los siguientes indicadores; según el Departamento de Estadísticas del Hospital, para el año 1997: Con una dotación de 221 camas (incluyendo 44 cunas) lo que da un total de 80,665 días

camas disponibles. El promedio de días de estancia es de 3.8, y el porcentaje de ocupación en general de 92.2 (Maternidad 96.2, Pediatría 86.9, Neonatología 113.0, Medicina 85.2, Cirugía 88.6, Ginecología 126.5, Urología y Ortopedia 83.8, Unidad de Terapia Intensiva 62.5) y la de Observación del Servicio de Urgencias 127.5.

La mortalidad general es del 1.7%; la materna es de 0%.

La mortalidad infantil en el Hospital es del 13.7 muertes por mil. Para el año 1997 el 35% de los egresos correspondieron a pacientes asegurados y 65% a no asegurados. Se realizaron 4248 cirugías. El total de consultas es de 74,824, (de las cuales 71% corresponden al Servicio de Urgencias); siendo el 52.5% para los asegurados y el 47.5% para no asegurados. Se llevaron a cabo 4,750 cirugías.

Ocurrieron 2954 partos, de los cuales 425 fueron por cesárea (el índice de cesáreas es del 14% y el número de abortos 280).

Se realizaron en 1997: 217,752 exámenes de laboratorio; el 75% de los mismos en el paciente no asegurado; 21,139 exámenes radiográficos (23,366 placas); 330,674 recetas con 357,548 medicamentos despachados. Se sirvieron 95,564 raciones alimentarias. Se lavaron 327,907 libras de ropa y

se confeccionaron 1344 libras; se repararon 658. Se aplicaron 14,132 inyecciones; 2634 electrocardiogramas, y 643 ultrasonidos, 22,224 nebulizaciones.

Todos estos indicadores pretenden dar una visión global del Hospital en estudio.

## **2. Tipo de estudio**

El estudio de acreditación del Hospital Regional de Santiago de Veraguas es básicamente descriptivo y de evaluación, ya que enumera, enlista, recorre, integra y traduce una serie de información (incluyendo la previa) para describir el estado actual del hospital y su posibilidad de acreditarse. Sin embargo, no deja de ser explicativo y analítico, ya que relaciona los diferentes estándares, principalmente en el nivel 1 y su relación con la acreditación. Conlleva elementos de estructura, proceso, resultado e impacto; pero básicamente hace más énfasis en el proceso.

## **3. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos**

La metodología que se aplicará consistirá en la estandarización por área de estudio del Hospital Regional de Santiago de Veraguas. Se usará el documento de los

estándares de Acreditación de octubre de 1996 publicado por el Ministerio de Salud que incluye los estándares mínimos obligatorios (30) y los estándares no obligatorios (3). Los obligatorios están divididos en:

- Organización de la atención médica.
- Áreas técnicas y de apoyo.
- Documentación Edilicia.
- Estructura Físico - Funcional.
- Instalaciones.

La organización de la Atención Médica comprende la continuidad de la atención médica, las derivaciones o referencias, consultorios externos, urgencias, laboratorio de análisis clínico, el diagnóstico por imágenes, la hemoterapia, la atención del nacimiento, el área quirúrgica, la de anestesiología y el control de infecciones intrahospitalarias.

Las Áreas Técnicas y de Apoyo incluyen: alimentación, lavandería, limpieza, esterilización, dispensa de medicamentos, enfermería, historias clínicas y archivos, estadísticas, gobierno del hospital, administración, seguridad e higiene laboral, seguridad general y garantía de calidad.

Los planos están dentro del tercer grupo, el de Documentación Edilicia. Los accesos y circulaciones dentro



del IV, el de la Estructura Físico - Funcional. Las Instalaciones comprenden el grupo formado por el sistema eléctrico, el control de excretas, y residuos y potabilidad del agua y el confort en internación. Algunos aspectos de mantenimiento están incluidos en estos estándares.

Por otra parte, los estándares no obligatorios que se evaluarán son: rehabilitación, el servicio social y la biblioteca. Se excluyeron la terapia radiante, la medicina nuclear, los cuidados críticos y de neonatología, ya que estos servicios no se encuentran incluidos en la Propuesta Nacional. Esta decisión, al igual que algunas otras, las comentaremos en el capítulo correspondiente.

Continúa el mismo documento explicando que los estándares incluidos en el primer grupo deben ser considerados mínimos y obligatorios para todo establecimiento que solicite la acreditación. Los comprendidos en el segundo grupo, dependerán de la existencia o no, del servicio en la institución evaluada, o de la decisión de cada país o región de incluirlos entre las exigencias.

Por otra parte, establece este documento que cada uno de los estándares está dividido por niveles, englobando una serie de requisitos que pretenden evaluar el funcionamiento armónico de los diferentes servicios en sus proyecciones interna y externa. La acreditación permite evaluar el

desarrollo basándose en la armonía y eficiencia de la organización, evitando así crecimientos poco sustentables, hipertrofiados y no planificados. Incluye, frente al concepto de complejidad tecnológica, la categorización de riesgo de la atención médica por niveles y utiliza el enfoque de oferta, viendo el hospital desde el punto de vista integral.

Se realizaron 45 entrevistas y se aplicó el instrumento en cada caso a la persona disponible de mayor capacidad gerencial y de conocimiento del Departamento o Servicio.

Las primeras entrevistas estuvieron dirigidas a catequizar la administración del Hospital en la importancia del estudio y a informar a los jefes de departamentos y servicios del propósito y substancia del mismo.

En resumen las técnicas de recolección de datos fueron:

- Entrevista personal.
- Entrevista indirecta.
- Visitas e inspecciones de campo.
- Revisión bibliográfica.
- Revisión de expedientes (por muestreo al azar, aleatorio simple).
- Revisión de formularios, listados, murales, normas, presupuestos, etc.

- Tabulación directa.
- Observación estructural.
- Revisión de planos.
- Ejecución de ejercicios prácticos.

Hay que señalar que a pesar de que la evaluación de los estándares no es exhaustiva, sí exige algunas condiciones implícitas de calidad que señalaremos a continuación: Que no existan paredes descascaradas o superficies rugosas en áreas restringidas, o goteras y humedad; que la disponibilidad de agua sea ininterrumpida; que el Hospital esté ubicado en zonas no inundables; que la pintura no esté deteriorada; que no se encuentren animales domésticos, roedores o cucarachas dentro del edificio o basura fuera del lugar; que los uniformes no estén sucios; y que existan instalaciones para la circulación vertical en sitios de más de una planta.

Algunos de los requisitos señalados por diversos autores (colombianos, bolivianos, argentinos) y en especial por la OPS, para solicitar la acreditación son:

- Estar habilitado por la autoridad sanitaria nacional.
- Que tenga por lo menos un año de funcionamiento continuado, legalmente habilitado; y funcione todo el año.
- Que mantenga instalaciones, camas y servicios

disponibles en forma continuada las 24 horas del día.

- Que cuente con un cuerpo médico y profesional calificado, propio que garantice la continuidad de la atención.
- Que los consultorios y salas posean características arquitectónicas adecuadas de ventilación, materiales aislantes y lo mínimo necesario para asegurar una buena atención.

#### **4. Procedimiento para la recolección de la información.**

##### **4.1. Solicitud de la Acreditación.**

Sobre el procedimiento en sí de solicitar la acreditación, el establecimiento deberá cumplir con algunos requisitos. Sin embargo, en nuestro caso, sólo vamos a aplicar el método y no a acreditar en todo el sentido de la palabra y sin derivadas implicaciones. Por considerarlo de interés, incluimos los requisitos para solicitar la acreditación formal, éstos son:

- Confeccionar un formulario de pedido en el que se certifiquen los requisitos preliminares consignados en el apartado anterior y los aspectos legales y administrativos relacionados.
- Pagar el costo de la evaluación.

- Con un período previo (4-8 semanas), el establecimiento recibirá el Manual de Acreditación que se habrá de emplear en el reconocimiento.
- Previamente (una-dos semanas), las autoridades deberán comunicar al público, al personal y a los pacientes, en forma clara y visible que durante la fecha estipulada estarán presentes los evaluadores que realizarán la acreditación con instrucciones para que ofrezcan la información requerida.
- Al término del proceso de acreditación, los evaluadores informarán a las autoridades del establecimiento los resultados de la aplicación del instrumento de evaluación y la decisión que recomendarán al ente evaluador. Asimismo, asesorarán al establecimiento sobre los objetivos hacia los que deberán orientar sus inversiones en el futuro inmediato, de acuerdo con el instructivo de interpretación.
- El dictamen final será comunicado a las autoridades del establecimiento en forma confidencial, por el ente evaluador.
- La facultad de dar a conocer públicamente el resultado de la evaluación, quedará exclusivamente a cargo del establecimiento.
- El resultado de la evaluación podrá ser apelado ante

la autoridad del ente evaluador, la cual emitirá un dictamen final inapelable.

Para efectos de este estudio se cursaron notas solicitando la aprobación del Director de la Región de Salud de Veraguas y del Director del Hospital Regional de Santiago, quien, posteriormente a su visto bueno, me permitió recoger la información necesaria por servicios, o departamentos en estos tres años de investigación.

#### **5. Aspectos Administrativos.**

La aplicación del método de Acreditación de Hospitales al Hospital Regional de Santiago de Veraguas tendrá en esta ocasión financiamiento propio. Será operativizado todo el proceso por un investigador. Se calculan 25 sesiones de trabajo de seis horas cada una.

La ayuda institucional estará traducida en los aportes y disponibilidad del recurso humano que se va a entrevistar y en la información que pueda suministrar durante la aplicación de la metodología.

El costo se incluye en el siguiente cuadro y asciende a un valor aproximado de B/.980.00.

El cronograma de actividades fue colocado en el anexo.

**5.1 Presupuesto estimado para la aplicación del Método  
de Acreditación de Hospitales al Hospital Regional  
de Santiago de Veraguas.**

<b>PRESUPUESTO</b>	<b>N° ESTIMADO</b>	<b>COSTO APROXIMADO (en Balboas)</b>
<b>Materiales</b>		
Fotocopias (Incluye uso Internet)	3,000	150.00
Manuales	2	10.00
Útiles varios	3	25.00
Hojas Bond (20 lbs.)	2 cajas	75.00
Empastado	4	70.00
<b>Transporte:</b>		
Viajes Santiago-Panamá- Las Tablas (Viáticos)		300.00
Gastos de Mecanografía Cuadros y Gráficos.		250.00
Preparación de material para la Conferencia.		<u>100.00</u>
	<b>TOTAL:</b>	<b>980.00</b> =====

## **6. Plan de Análisis y Presentación de los Resultados**

El análisis de los diferentes niveles está basado en la publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) La Garantía de Calidad, Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe que es la publicación que ha dado las directrices en todos los países miembros de la OPS para el análisis e integración de los diferentes elementos que componen los niveles de los estándares de acreditación.

### **6.1. Plan de Análisis**

Para analizar la aplicación de los estándares este Manual establece textualmente lo siguiente: 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 cuyos requisitos son totalmente satisfechos. Los requisitos son indivisibles cuando se refieren a más de una cualidad: si una de éstas no es satisfecha deberá consignarse la



satisfacción del nivel anterior.

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

- a) Para ser acreditado, el establecimiento debe cumplir por lo menos el nivel 1 de satisfacción de calidad de todos los estándares;
- b) Cuando de uno a tres estándares, los requisitos de calidad no se cumplan totalmente, por deficiencias que puedan subsanarse dentro de un año, podrá otorgarse la acreditación provisoria por ese plazo;
- c) Los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles; los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al programa de acreditación;
- d) Los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tienen por finalidad promover el desarrollo armónico del establecimiento, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí. Los niveles son para manejo interno y exclusivo del ente evaluador y de las autoridades del establecimiento, no toman estado público. El resultado público es por sí o no, acreditado;

- e) El asesoramiento de los evaluadores a las autoridades del establecimiento, deberá estar orientado hacia la manera de canalizar las inversiones para lograr una mayor coherencia "horizontal" en el nivel de satisfacción de los distintos servicios. Debe tenerse en cuenta que los niveles se refieren a satisfacción de requisitos de calidad y no a categorías o grados de complejidad asistencial.
- f) La acreditación plena se otorgará por tres años; luego deberá ser renovada. La acreditación provisoria lo será por un año; después de este plazo se otorgará la acreditación plena por dos años más o se denegará, si las deficiencias apuntadas en la evaluación no han sido satisfechas. Los establecimientos no acreditados deberán esperar por lo menos un año para solicitar una nueva evaluación;
- g) Las sucesivas acreditaciones conllevarán un aumento progresivo en los niveles de exigencia. En este sentido, los distintos grados de satisfacción cumplen la finalidad de orientar los objetivos hacia los cuales los establecimientos deben dirigir sus esfuerzos de mejoramiento en el futuro.

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

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

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

- b) Los estándares incluidos, serán considerados de la misma manera que el conjunto de los estándares mínimos obligatorios.

El Manual establece además, una cierta interdependencia de los estándares, en los cuales se instaurarán el desarrollo armónico de la organización, o categorización según riesgo de atención y la disponibilidad local de los servicios.

Hace mención del hombre-mujer como ejes centrales del hospital donde la entrada de personas enfermas compromete a la Institución a la recuperación de la salud. Esta persona tiene derechos tales como: derecho al acceso, al tratamiento, al respeto, dignidad, a que se le considere como un ser integral, a que se le respete la privacidad, su seguridad personal y se asegure la confidencialidad. El paciente tiene derecho a mantener su identidad, a establecer vínculos de comunicación que le permitan conocer la información relacionada a su patología, con el objeto de que se le consulte y que él de su consentimiento en la aplicación de tratamientos o realización de procedimientos diagnósticos. Incluso denegando un tratamiento hasta donde lo permita la ley y la ética de la práctica de la medicina.

**VII**

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## **VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.**

A continuación se presenta el listado de las áreas y estándares investigados para entrar en la discusión de cada uno de ellos.

### **A. ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS**

#### **1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

CONSULTA EXTERNA

URGENCIAS

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

HEMOTERAPIA

ATENCIÓN DEL NACIMIENTO

ÁREA QUIRÚRGICA

ANESTESIOLOGIA

CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

#### **2. ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO**

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

LAVANDERÍA

LIMPIEZA

ESTERILIZACIÓN

FARMACIA

ENFERMERÍA

HISTORIAS CLÍNICAS Y ARCHIVO

ESTADÍSTICAS

GOBIERNO HOSPITALARIO

ADMINISTRACIÓN

SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

SEGURIDAD GENERAL

GARANTÍA DE CALIDAD

**3. ESTRUCTURA FÍSICO - FUNCIONAL**

PLANOS

ACCESOS

CIRCULACIONES

INSTALACIONES

CONTROL DE EXCRETAS, RESIDUOS Y

POTABILIDAD DEL AGUA

CONFORT EN INTERNACIÓN

**B. ESTÁNDARES NO OBLIGATORIOS**

REHABILITACIÓN

TRABAJO SOCIAL

BIBLIOTECA MÉDICA

## **A. ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS**

### **1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

**NIVEL 1: Posee una Dirección Médica que conduce la atención y asume su responsabilidad, así como su supervisión. La continuidad está basada en los médicos de turno. Cuenta con profesionales médicos específicamente encargados del seguimiento de los pacientes, con visitas diarias a las salas.**

Posee una Dirección Médica atendida por el Dr. Aquiles Machuca hasta 1998. En este año fue asumida por el Doctor Manuel Caballero.

Un médico especialista es responsable por el tratamiento de cada paciente desde su ingreso al hospital, vía servicio de urgencia o referido de otra institución.

En la oficina de personal se constató la lista de turnos y la idoneidad de los especialistas.

Se cuenta con médicos de turno las 24 horas del día; los turnos se elaboran por servicios y departamentos. El personal médico regular hace una visita diaria a cada paciente internado, generalmente en las primeras horas de la mañana; y el personal de turno lo hace en días feriados y fines de semana (funcionario de turno e interno). En las áreas críticas, la visita puede ser más frecuente. Está garantizada la continuidad del tratamiento médico en los



turnos, ya que de no tener turno un servicio específico, la especialidad más general cubre estos pacientes; ejemplo: Neurocirugía (que hace 15 turnos por mes), Cirugía General se hace cargo el resto del tiempo. Igual sucede en Psiquiatría, Alergología, Dermatología, Otorrinolaringología, Máxilo Facial y Cirugía Plástica. Las especialidades básicas tienen 365 turnos al año.

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

Cada paciente tiene su médico tratante. Los internos son supervisados por estos funcionarios y a su vez dependen de la Dirección de Docencia y del Director Médico. No existen residentes en este hospital.

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

En los Servicios de Medicina, Pediatría, Cirugía y Ginecología, junto con las diferentes subespecialidades, se realizan sesiones semanales de discusión de casos; semanalmente la Dirección de Docencia programa discusiones de casos para todo el hospital, éstas pueden ser sesiones clínicas, anatomopatológicas, etc., de casos de difícil diagnóstico o tratamiento, o meramente académicas.

## REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

**NIVEL 1: Tiene mecanismos acerca de los establecimientos de la Región Sanitaria 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, cuando estos han sido dados de alta.**

Los pacientes cubiertos por alguna entidad financiadora no cuentan habitualmente con una lista de servicios contratados a los que deben ser derivados para efectuar estudios especializados de diagnóstico o prestaciones de mayor complejidad que la existente en el establecimiento donde son atendidos. Los médicos de sala no disponen de una lista de establecimientos de menor grado de complejidad ubicados en el área de influencia de la Región Sanitaria, hacia donde deberán referirse los casos de recuperados. Dichos establecimientos, en algunos casos, mantienen comunicación con el de referencia, por contactos entre médicos, teléfonos o radio.

Este es un hospital regional a donde generalmente se refieren pacientes de otros hospitales rurales, centros de salud y policlínicas. Sin embargo, el hospital deriva a otros hospitales, como lo son los hospitales nacionales. No

encontramos las normas escritas que se siguen para este manejo. La norma implícita está dada por el criterio del médico funcionario de turno.

**NIVEL 2: Cuenta con un medio de transporte propio o contratado que idealmente contará con los siguientes elementos: asistencia paramédica o médica, equipamiento, incubadora de transporte, radiocomunicación.**

Existen ambulancias equipadas parcialmente (3). Hay personal médico y paramédico, en caso de requerirse, para realizar los traslados. No se cuenta con equipo de radiocomunicación.

**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.**

No se encontraron para el personal paramédico normas escritas para la forma del traslado de insuficiencia respiratoria y circulatoria aguda grave, embolismo pulmonar, arritmia aguda grave, shock, síndrome psiquiátrico agudo grave, delirium tremens, esquizofrenia aguda, pancreatitis aguda, abdomen agudo, hemorragia digestiva, accidente

vascular cerebral, tal como se señala en el manual. Las normas para el personal médico se basan en los criterios de manejos, según el funcionario de turno.

**NIVEL 4: Existe un mecanismo para el seguimiento de las referencias y medios de evaluación de la atención que se brinda en las mismas.**

No hay mecanismos claramente establecidos. Los médicos entrevistados refirieron que ellos toman la iniciativa para que por vía telefónica se les dé la información pertinente. Trabajo Social refiere que no siempre puede hacerse, tal como puede comprobarse en el estudio de últimas derivaciones.

**CONSULTA EXTERNA**

**NIVEL 1: En las especialidades básicas hay cupos disponibles para la atención en un lapso de 24 horas al día. En el resto, el tiempo de espera no es mayor de quince días.**

En las especialidades básicas no hay citas disponibles en el día a menos que sea a través del servicio de urgencias. El tiempo de espera fluctúa entre días a meses.

La consulta externa de la mayoría de las disciplinas (con excepción de Ortopedia, Medicina Física, Otorrinolaringología y Oftalmología que están en el Hospital) se encuentra en otras instituciones del Ministerio de Salud como lo es el Centro de Salud de Canto del Llano y la Policlínica Especializada, Horacio Díaz Gómez de la Caja de Seguro Social.

**NIVEL 2: La Consulta Externa tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y cirugía ambulatoria.**

Sí cuenta con el Servicio. Se realizan cirugías ambulatorias todos los días de lunes a viernes, pero en el Salón de Operaciones.

El sector cuenta con secretarias y enfermeras exclusivas que atienden la consulta externa, de: medicina, ginecología,

pediatría, etc. Este personal puede ser trasladado a otro sector, si se considera necesario.

**NIVEL 3: Los cupos se programan de acuerdo con las normas de la organización. Se pueden reservar cupos telefónicamente.**

La programación de los cupos se realiza en base a agendas de cada médico. No se pueden hacer citas telefónicamente, a no ser que sea hecho por una trabajadora social, una enfermera o una orientadora de otra institución. Sólo en estos casos podría hacerse reservación telefónica: ejemplo, desde el Hospital de Cañazas.

El personal encargado de la programación de los cupos no cuenta con normas de cada especialidad, sobre la frecuencia, duración y distribución de las consultas. Se interrogó al personal sobre los números disponibles para efectuar las reservas telefónicas (Central de Hospitales) y por qué medios de difusión se dan a conocer (Programas de Radio).

**URGENCIAS**

**NIVEL 1: Cuenta con médico de turno presente las 24 horas del día, funcionando en un local y enfermería de uso exclusivo, y apoyo de radiología, laboratorio y hemoterapia.**

Hay médicos y enfermeras las 24 horas del día, todos los días de la semana, exclusivos para el área de urgencias. El local destinado al Servicio de Urgencias se remodeló en el año de 1993 y cuenta con algunos de los elementos necesarios para cumplir su función incluyendo una Sala de Observación. Además, tiene el apoyo de radiología, y laboratorio (que tienen un local dentro de la misma área del hospital) y de hemoterapia. Hay médicos generales de planta todos los días hasta las 4:00 de la tarde; luego se encargan los médicos internos. Se dispone de camillas, instrumentales, equipo, mobiliario y stock de medicamentos propios. Los listados de turnos (que se entregan a cada funcionario y se colocan en tableros en el servicio) son verificados en la Oficina de Personal.

**NIVEL 2: Cuenta con las siguientes especialidades a distancia, por llamada: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría. Hay una Unidad de Reanimación, atendida por personal de atención de urgencias.**

Sí cuenta con estas especialidades para llamadas a distancia.

Existe un área determinada para los pacientes críticos. Ésta posee los materiales y medicamentos necesarios para tratar estos casos (desfibrilador, ambú, aire comprimido, oxígeno, medicamentos y aspiración). Los respiradores están en la Unidad de Terapia Intensiva. Se podrían poner marcapasos transitorios.

**NIVEL 3: Por lo menos tres de las especialidades básicas están organizadas en turno activo las 24 horas.**

No existen. Se constató que existen facilidades para el descanso nocturno en habitaciones que no se utilicen para pacientes.

**NIVEL 4: Tiene por lo menos otras dos especialidades más en turno por llamada las 24 horas, con acceso al equipamiento del servicio correspondiente.**

En los murales existe el listado de diversas subespecialidades (Otorrinolaringología, Neurocirugía, Ortopedia, etc.) de los funcionarios que están de turno por llamada.

Otorrinolaringología, Máxilo Facial y Cirugía Plástica, hacen en conjunto 30 días de turno. Oftalmología, Ortopedia, Anestesiología, Cardiología, Ginecología, Pediatría -



Perineonatología y Cirugía, hacen 30 días también. Urología y Neurocirugía hacen 15 días, Psiquiatría y Radiología 20 días.

Las llaves para el equipo en Urgencia están accesibles: son responsables la enfermera y el jefe de cada turno.

Existen líneas internas para llamadas a los funcionarios de turno. En ocasiones hay que utilizar la línea de la Policía Nacional, en caso de suma urgencia.

**LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO**

El laboratorio está ubicado en el Hospital frente a la Sala de Maternidad y la Sala de Pediatría, y se puede recorrer a pie en menos de 15 minutos de cualquier punto del hospital. Se cuenta con un laboratorio especializado en toxicología el cual no está operando actualmente. Existe una relación formal entre el laboratorio y el establecimiento.

**NIVEL 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A. Cuenta con Laboratorista Clínico en turno pasivo las 24 horas.**

Pueden realizar todos los exámenes que se citan a continuación: amilasemia, bacterioscopia directa, coagulograma básico, colesterol, creatinina, creatinfosfoquinasa (CPU), Chagas (se procesa y se envía al laboratorio central) reacción para glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, dehidrogenasa láctica (LDH), látex para artritis reumatoidea, orina completa, parasitológico de materias fecales, sangre oculta en materia fecal, triglicéridos, uremia, VDRL cualitativa, otros como teofilina, litio, magnesio, CKMP, colonesterasa, electrolitos, etc.

En el momento de realizar la evaluación, en el laboratorio había en existencia reactivos en cantidad y calidad suficiente. Cuenta con un moderno equipo

computarizado. En la Dirección del Laboratorio se nos mostró el listado de turnos de los diferentes técnicos, los cuales hacen guardia activa.

**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.**

En la actualidad existen los discos de antibiograma, aunque en períodos previos han faltado. El laboratorio maneja diferentes medios de cultivo, y realiza control de calidad de los reactivos y control del personal, a través de normas de bioseguridad; existe un Manual de Normas de Procedimientos y Bioseguridad, publicado en 1994. Se realiza supervisión personalmente a los técnicos y se insiste en la autoevaluación. Están en el Programa de Evaluación Interna y Externa Institucional.

**NIVEL 3: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, gases en sangre y antibiogramas cuantitativos. Cuenta con Laboratorista Clínico en turno activo las 24 horas. El control de la calidad resolutive**

**de las determinaciones está a cargo del responsable del servicio por muestras-testigo periódicas.**

El listado de técnicos de guardia se verificó en los cubículos. Los turnos que se realizan son de 8 horas. Existen equipos para la toma de gases arteriales; luego de determinada cantidad de muestras, se realiza un autocontrol automático y programado. Se lleva un libro de registro control.

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

Se realizan los exámenes del anexo B (antígeno australiano, T3, T4 y TS4. El antígeno carcino-embriionario, estriol, FSH, LH, prolactina, no se realizan. Se tiene un programa de control de calidad externo. No existe una disposición adecuada de los desechos; éstos drenan a través del sistema general del hospital hacia el sistema de desechos públicos. No hay mecanismos controlados para el desecho de material de radio inmuno análisis ni para su almacenamiento.

**ANEXO A:**

Amilasemia, bacterioscopía directa, coagulograma básico, colesterol, creatinina, creatinfosfoquinasa (CPK),

chagas, reacción para glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, láctico dehidrogenasa (LDH), látex para artritis reumatoidea, orina completa, parasitológico de materias fecales, sangre oculta en materia fecal, triglicéridos, uremia, VDRL cualitativa y otros.

**ANEXO B:**

Antígeno australiano (AgAU), antígeno carcinoembrionario (CEA), estriol, foliculestimulante (FSH), luteinizante (LH), prolactina, tiroxina (T4), triiodotironina (T3), tirotrófina (TSH) y otros.

**DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**

En el Hospital se cuenta con los siguientes procedimientos diagnósticos:

- Radiológicos convencionales, fluoroscópicos, politomografías, por sustracción digital de imágenes.
- Ultrasonográficos: Ecografía, mono y bidimensional, estudios por efecto Doppler.
- No se cuenta con resonancia magnética nuclear ni termografía; tampoco con tomografía axial computarizada; la mamografía se realiza en la Policlínica Horacio Díaz Gómez.

**NIVEL 1: Está habilitada de acuerdo con los requisitos del servicio de Radiofísica Sanitaria (Salud Radiológica) de la jurisdicción correspondiente. Cuenta con equipo fijo de 100 MA mínimo, con dispositivo Potter Bucky sin seriógrafo, operado por un técnico en Radiología Médica.**

Tiene habilitación por el Servicio de Salud Radiológica el cual no está expuesto en lugar visible en este momento (Notas Archivadas).

Existe un programa de salud radiológica en donde se evalúa al personal cada año, y mensualmente se toma la cuenta de radiaciones que ha recibido. Se pudo verificar el

resultado de los informes. Equipo antidifusor Potter Bucky MM en ambos equipos (2).

**NIVEL 2: Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por radioscopia y ultrasonidos. Los estudios son realizados e interpretados por médicos especializados en radiología que intercambian opiniones con los médicos tratantes.**

Puede efectuar este tipo de estudios.

El servicio posee áreas para vestuario, preparación de pacientes, locales donde se realizan los estudios que cuentan con intensificadores de imágenes y pantalla de radioscopia, área para el revelado de las radiografías y para su archivo.

Así como también el área de interpretación y elaboración de los informes. Se pudo constatar en los informes la firma del médico especialista, así como el intercambio de opiniones con el médico tratante de manera informal y su concurrencia frecuente a este servicio, para el intercambio de opiniones.

Los funcionarios cumplen con las normas de protección radiológicas (usan el contador, se ponen delantal de plomo, etc.).

**NIVEL 3: Funciona a pleno las 24 horas, con turno activo de técnico o médico radiólogo. Tiene 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.**

Se verificó la existencia de turnos rotativos por llamadas de técnicos y por llamadas de funcionarios después de las 3:00 p.m. Cuenta con equipo radiológico portátil en el salón de operaciones con el que se podrían realizar colangiografías intraoperatorias. Los procedimientos invasivos se realizan en el salón de operaciones, y en conjunto con el especialista del ramo, aunque actualmente no se hacen. Los radiólogos médicos atienden 30 turnos.

**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.**

Los especialistas son consultados acerca del medio diagnóstico más adecuado para los casos e incluso, intervienen en su aplicación; pero no se cuenta con tomografía axial computarizada o resonancia magnética.



**SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE**

**NIVEL 1: Cuenta con la disponibilidad de un Banco de Sangre cercano, con adecuada comunicación y transporte a una distancia no mayor de 1 hora y accesibilidad no mayor de una hora, del que se obtiene sangre certificada.**

El servicio de hemoterapia está ubicado en el área del laboratorio del Hospital; cuenta con un banco de sangre las 24 horas. Se maneja de acuerdo con la Ley 17 de junio de 1986 y el Decreto de Gabinete 21 - 402 de octubre de 1989, como se hace en todo el país.

El Banco de Sangre cumple con los siguientes requisitos:

- Contar con médicos responsables del interrogatorio y del examen físico de los donantes. (Los del Servicio de Urgencia).
- Tiene capacidad para realizar pruebas mínimas como: tipaje y Rh, compatibilidad, VDRL, hepatitis A-B-C, HIV, y pruebas de solubilidad.
- Cumple con la asignación de un tecnólogo médico, asistente de laboratorio y una oficinista, que atiende también el Laboratorio.
- Los expansores de volumen son manejados por la farmacia; la distancia entre el Banco de Sangre y el

establecimiento evaluado, permite disponer de sangre certificada en menos de una hora, por los medios de transporte habituales. Se verifica en el Banco de Sangre el cumplimiento de todos estos requisitos.

**NIVEL 2: El Servicio de Hemoterapia cuenta con un local propio independiente del Laboratorio Clínico, y dispone de normas para servicio de hemoterapia. El servicio está a cargo de un médico especialista en hemoterapia.**

Existe un local exclusivo para el banco de sangre, que funciona las 24 horas del día, y cuenta con un Manual de Normas y Procedimientos. Se realizan las siguientes pruebas serológicas a la sangre que se recibe: Agrupamiento, Du, genotipo, sífilis (VDRL), antígeno de hepatitis B, detección de anticuerpos HIV y otras. No se hace linfocitos C ni chagas.

El responsable del banco de sangre es una Licenciada en Tecnología Médica. Se verificó el almacenamiento de las bolsas de sangre con sus rótulos, por grupo sanguíneo.

No se registra la capacitación del personal; pero el Departamento de Personal tiene en ejecución un proyecto de verificación de los curriculums.

No existe médico especialista en hemoterapia.

**NIVEL 3: Cuenta con un Banco de Sangre con personal técnico y médico hemoterapeuta, de turno las 24 horas. El Banco de Sangre debe cumplir con los siguientes requisitos:**

- Sala de espera, sala de flebotomía y consultorio médico con su equipo (utiliza los del Servicio de Urgencias).
- Cumple con un laboratorio dividido en diversas secciones: tipaje y Rh, pruebas de compatibilidad, detección de enfermedades transmisibles, detección de anticuerpos.
- Cumple con área de fraccionamiento con suficientes refrigeradoras con termómetro, para almacenar la sangre y sus diversos componentes.
- Área de oficinas administrativas con registros adecuados de donantes y receptores, lista de tipos sanguíneos difíciles, y estadísticas (compartida con el laboratorio).

Durante el día se cuenta con personal técnico en guardia activa, hasta las 3:00 de la tarde. Posteriormente existen los turnos rotativos cubiertos por personal no exclusivo del Banco de Sangre. El personal que acude a prestar servicio en el Banco de Sangre, recibe una capacitación previa que se hace formalmente; pero no se registra. Existe un programa de

docencia del servicio y del departamento.

**NIVEL 4: Cuenta con un Banco de Sangre dirigido por profesional especializado. Cuenta con un manual de normas técnicas y administrativas de los procedimientos para procesar y almacenar sangre. Hay un equipo separador de componentes sanguíneos en donante único. Es centro de referencia de otros establecimientos. Realiza evaluaciones periódicas a reacciones adversas.**

El Banco de Sangre reúne las siguientes características:

- Está dirigido por un profesional capacitado, aunque no es médico.
- Cuenta con registro de dadores y beneficiarios.
- Tiene normalizado sus procedimientos para procesar y almacenar sangre.
- Es centro de referencia de otros establecimientos.
- Realiza evaluaciones periódicas de reacciones adversas.

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

- Estudio, examen clínico, selección, clasificación de donantes y extracción de sangre.
- Clasificación y control de sangre y sus componentes.

- Fraccionamiento de sangre entera para separar componentes.
- Conservación de los componentes para su provisión a demanda.

El fraccionamiento de sangre sólo lo hace para glóbulos rojos y lo más llamativo es que no existe personal médico especializado para dirigir el Banco.

Se constató el registro de donadores y las historias clínicas de éstos; al igual que se cumple con los procedimientos descritos en las normas.

El abastecimiento es de manera voluntaria y por solicitud a los pacientes, como requisito prequirúrgico, los cuales generalmente recurren a "donantes profesionales" o a través de familiares. Los donantes verdaderamente voluntarios son un número ínfimo.

**ATENCIÓN DEL NACIMIENTO**

Se comprende con esta denominación, al conjunto de servicios destinados a la atención de la mujer gestante y del 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 o enfermera obstetra o enfermera básica y médico pediatra en turno por llamada. El parto es atendido por un médico o por una enfermera especializada en obstetricia o por una enfermera básica.**

Se verificó en el Servicio de Urgencias y en la Sala de Partos, la lista de profesionales disponibles cada día de la semana y los medios de comunicación, mediante los que pueden ser llamados por teléfono. Se constató que a través de estos medios se puede ubicar al profesional en menos de 15 minutos.

Se verificó en la Oficina de Personal el registro de capacitación especializada. Cuenta con un local destinado exclusivamente a sala de partos, que dispone de camilla o sillón de partos (3), iluminación adecuada, apoyo de enfermería, instrumental, medicamentos y materiales descartables, en vitrinas y alacenas.

**NIVEL 2: Cuenta con médico obstetra en turno activo y**

**pediatra de turno por llamada, y hay un local exclusivo para recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios para atender un parto de alto riesgo, con monitoreo perinatal.**

Se verificó en la Oficina de Personal la lista de profesionales asignados, (ambos por turno por llamada) su distribución de horarios, la programación de los turnos y el registro de antecedentes de capacitación especializada. El local dedicado a la recepción del recién nacido está ambientado con temperatura adecuada, contiguo a la sala de partos; está provisto de agua caliente las 24 horas y se puede bañar al recién nacido si es necesario. Cuenta con laringoscopio, balanza, oxígeno, aspiración y aire comprimido; dispone de una incubadora de transporte. Si fuera necesario, la madre puede ser rápidamente trasladada a un quirófano vecino. No hay obstetra en turno activo. Pediatra y obstetra hacen turno por llamadas.

**NIVEL 3: Cuenta con médico obstetra y pediatra en turno activo. Posee un sector destinado a la atención del recién nacido patológico (RNP), claramente diferenciado del sector de recién nacido normal, que puede resolver los principales síndromes respiratorios del recién nacido, incluyendo asistencia respiratoria mecánica.**

Posee sala de aislamiento. Tiene pediatra o neonatólogo en turno pasivo.

Cumple con todos estos requisitos, con excepción de que el pediatra y el obstetra tienen turno por llamada y no por turno activo.

**ÁREA QUIRÚRGICA**

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

**Tiene un sistema de aire acondicionado especializado.**

**Tiene sala de Recuperación Anestésica (Sala de Recobro).**

El área de circulación restringida está separada del resto por una puerta, que se mantiene cerrada, con señalización de prohibición de paso. El sector de lavado de manos del equipo quirúrgico cuenta con lavado y dispensadores de jabón y/o antisépticos, que permiten su manejo sin utilización de las manos. No ingresa a este sector de apoyo, personal que proviene de otras áreas del establecimiento, sin



haberse cambiado con ropa propia del área quirúrgica. Existe un instructivo con las normas de preparación y conservación de piezas operativas; se verificó la existencia de frascos de vidrio limpios para este fin, formol, alcohol y otros elementos indicados en el instructivo. En una muestra de veinte historias clínicas, extraídas del libro de cirugía, de pacientes operados durante los últimos tres meses, se constató la presencia de los protocolos quirúrgicos en 18% y anestésicos en el 100% de los casos. Los quirófanos se limpian con agua y desinfectante después de cada operación. El Salón de Operaciones fue remodelado en 1995.

Hay que aclarar que todos (22 de 22) tenían "nota quirúrgica" pero sólo 4 tenían protocolo.

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

El personal destinado exclusivamente al área quirúrgica, es de enfermería, y se ocupa del manejo del instrumental y otros elementos quirúrgicos; controla el ingreso y egreso de estos materiales, cuando se envían a lavar y a esterilizar; controla la disposición de los desechos y residuos sólidos hacia afuera del área quirúrgica; no efectúa durante su turno de trabajo ninguna función no relacionada con el área;

es responsable del cumplimiento de las normas de asepsia, tanto en quirófanos como en las áreas anexas, incluso respecto a los médicos. El local para la recuperación anestésica (Sala de Recobro) está adyacente al área quirúrgica.

En la actualidad se encuentran funcionando cinco de los seis salones de operación.

**NIVEL 3: El área quirúrgica está coordinada por un profesional. El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intraoperatorio. Los monitoreos intraoperatorios en pacientes con riesgo aumentado, son realizados por médicos especializados.**

El encargado del área quirúrgica es un médico anesthesiólogo y cumple con las siguientes funciones:

- Supervisar las tareas del personal de enfermería.
- Programar los turnos y distribución de los quirófanos.
- Controlar el cumplimiento de las normas para la prevención de infecciones.
- Determinar las necesidades de provisión de elementos de uso quirúrgico (instrumental, medicamentos, materiales descartables, antisépticos, insumos varios) junto con la jefe de enfermería del Salón de Operaciones.

El local de recuperación anestésica está previsto en función de los quirófanos disponibles. Los anesthesiólogos controlan la recuperación de los pacientes ya intervenidos e indican el momento de traslado al área de internación que corresponda. Se interrogó al personal de enfermería sobre el cumplimiento de este requisito. La circulación de los pacientes no se cruza con los cirujanos, anesthesiólogos e instrumentadoras (es). Existe una zona de transferencia que impide el ingreso al área quirúrgica de camillas y personal, provenientes de las salas de hospitalización; el acceso al vestuario está diferenciado y se puede hacer desde el exterior del área quirúrgica o desde la zona de transferencia. Se verificó la existencia de equipo radiológico portátil para diagnóstico intraoperatorio, el cual está en condiciones de funcionamiento, con personal disponible para operarlo y en una zona accesible a los quirófanos. Se sacó del libro de quirófano los nombres de profesionales que hicieron monitoreo intraoperatorio en pacientes con riesgo cardiológico aumentado y se constató en la Oficina de Personal que tienen especialización (anesthesiólogo, cardiólogo y médicos internistas).

**NIVEL 4: Los quirófanos están diferenciados y equipados por especialidades. Hay un quirófano exclusivo para el**

**servicio de urgencias.**

Se interrogó al responsable del área quirúrgica de la distribución de los quirófanos y las especialidades a las que están destinados. Se verificó que sí cuentan con equipamiento específico para cada especialidad, (con excepción del neurocirujano). Se evaluó en el libro del área quirúrgica la adecuación de los casos operados, respecto al destino de cada quirófano y en el programa operatorio. El quirófano de urgencias no existe y se utiliza en estos casos el o los que estén disponibles.

El quirófano uno atiende casos sucios; el dos, cirugía general; el tercero no está a disposición por falta de equipo; el cuarto atiende cirugía plástica, oftalmología y otorrinolaringología. Los quirófanos quinto y sexto son compartidos por cirugía general y gineco-obstetricia.

**ANESTESIOLOGÍA**

**NIVEL 1: Los anestesiólogos deben realizar la evaluación preoperatoria correspondiente por escrito, y brindar la anestesia durante el acto quirúrgico.**

**Confeccionan protocolo anestésico.**

**Se cuenta con anestesiólogo de turno.**

En una muestra al azar de 30 historias clínicas de pacientes operados durante los últimos tres meses, se constató la existencia de protocolo anestésico en el 100%.

En el área quirúrgica existe una lista de anestesiólogos con sus respectivos medios de comunicación. Hay anestesiólogo de turno.

**NIVEL 2: Cuenta con un servicio de anestesiología, a cargo de un responsable que coordina el programa de anestesia y la lista de turnos.**

**Los turnos son cubiertos por llamadas por anestesiólogos y médicos residentes de la especialidad (que actúan como auxiliares).**

Se verificó la capacitación especializada del responsable y los anestesiólogos de turno, en la Oficina de Personal. Se observó la programación de los turnos y se verificó su cumplimiento el día de la evaluación. Se revisaron pedidos de insumos y medicamentos por parte del

responsable del servicio, efectuados el mes anterior. No existe programa de residencia. El turno se inicia a las 3:00 de la tarde hasta las 7:00 a.m. del día siguiente.

**NIVEL 3: Los turnos son cubiertos en forma activa por anesthesiólogos y médicos residentes de la especialidad que actúan como auxiliares.**

Hay anestesistas (enfermeras) en guardia activa. Los anesthesiólogos acuden por llamada. No hay médicos residentes.

Existen auxiliares de anestesia que coadyuvan en las labores de asepsia del equipo.

**CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS**

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

La información fue suministrada por el personal médico, de enfermería y de limpieza. Se constató la existencia de normas en borrador, escritas en octubre de 1995, que no han sido publicadas a la fecha; pero se tiene conocimiento de ellas en los diferentes servicios y departamentos. En éstas figuran recomendaciones del lavado de manos, antisépticos, higiene hospitalaria, precauciones universales, cuidados de catéteres intravasculares y urinarios, manejo del pte HIV-SIDA, apoyo respiratorio, curación de heridas y procedimientos obstétricos. Se incluyen aspectos administrativos, de seguimiento, notificación, rotulación, etc. También se establece un mecanismo de control para el uso de antimicrobianos.

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

Se interrogó a las autoridades sobre el tipo de seguimiento efectuado, los criterios de clasificación, el método de recolección de información empleado y la persona responsable del procesamiento y análisis de datos. Se

verificaron los informes escritos existentes sobre los estudios realizados. Los registros de incidencia contienen información sobre la cantidad de casos detectados en un período determinado, la vía de infección y la relación con la cantidad de internaciones producidas. Los estudios de prevalencia contienen la cantidad de pacientes infectados existentes en un día, en relación con el total de internados, la distribución por salas y el medio por el que se diagnosticó la infección, según lo solicitado en este manual. Se lleva a cabo un registro diario de cada una de las infecciones hospitalarias encontradas, éste lo hacen los médicos y enfermeras del Comité de Infecciones Nosocomiales y se recibe un informe diario del Laboratorio de Microbiología.

Se tiene de un 5 - 6% de infecciones hospitalarias. Se ha calculado el riesgo para infección hospitalaria de 1/20.

En 1996 se informaron 58 casos, 18 (31%) en Maternidad, 4 (7.0%) en Medicina, 17 (28%) en Cirugía, 13 (22%) en Pediatría, 4 (7%) en la OCI. En el 5% de los casos fueron ubicados en heridas quirúrgicas; 31%, infección de vía urinaria por catéteres colonizados por E. Coli, y el 2% asociado a flebitis.

**NIVEL 3: Cuenta con una persona por lo menos, enfermera, u otro profesional encargado del control de**



**infecciones, que utilice métodos activos de vigilancia epidemiológica.**

El personal encargado del control de infecciones hospitalarias está capacitado en esta área; además existe un programa de docencia programado y otro en el sitio que se necesite de manera incidental. Este programa tiene funciones normativas, ya que son asesores del Director Médico.

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

Se interrogó a las autoridades sobre la composición del Comité. La coordinación la ejerce el Dr. Manuel Espino. La secretaría recae en la enfermera María Peña. Según el organigrama, la vinculación con la Gerencia del Establecimiento se da a través del nivel asesor. Realizan reuniones con una frecuencia semanal y mensual.

Se estudiaron las actas o registros de las reuniones realizadas durante los últimos 6 meses, y los temas tratados.

Se verificó con el Departamento de Epidemiología Regional el programa de vigilancia epidemiológica al que se ajustan los objetivos del Comité. Se evaluaron los componentes del programa, los registros de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes, las normas de antibioticoterapia, las instrucciones permanentes al personal, la vigilancia de

procedimientos de limpieza y de técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, etc. El programa de vigilancia epidemiológica figura en un trabajo anual del Establecimiento. Otros miembros del Comité son: Dr. Luis Vergara (Epidemiólogo Regional), Dr. Aquiles Machuca (Director Médico), Dr. Ceferino González (Pediatra), Dr. Enrique Chí (Cirujano), Dr. Didio Torres (Medicina Interna), Dr. Eliodoro Valderrama (Internista), Dr. Julián Igualada (Gastroenterólogo), Lic. Jorge Montilla (Tecnólogo), Dra. Olga Villalba (Ginecóloga) y Licda. Verónica de Guevara (Licda. Farmacia).

2.

**ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO**

## **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**NIVEL 1: Cuenta con una lista de regímenes por patología (Manual de Dietas) confeccionado por un nutricionista idóneo.**

**No menos del 50% de una muestra de pacientes califica la comida como satisfactoria.**

Se verificó que hay en existencia una lista de regímenes estándar para las patologías principales y que los mismos están detallados con su composición de nutrientes, sus prescripciones dietéticas y sus minutas diarias. La lista contiene regímenes para: úlcera gastroduodenal, diabetes, blando intestinal, postcolecistectomía e insuficiencia renal.

Se interrogó al responsable de la cocina, y se verificó que dispone de los mismos regímenes que la nutricionista responsable. Se verificó la relación entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas, en una muestra representativa al azar de 20 historias clínicas en las Salas de Medicina, Cirugía, Pediatría y Ginecobstetricia. Se verificó mediante entrevistas, a pacientes elegidos al azar, que la comida resulta no satisfactoria en el 35%, satisfactoria 65%. Cuando se le explicaba al paciente que no era el sabor de la comida, si no su calidad y cantidad, este porcentaje subió al 80%.

**NIVEL 2: Dispone de un nutricionista idóneo, al menos para la organización del servicio, la visita diaria a los pacientes y la prescripción de regímenes personalizados.**

**Hay un área para la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas.**

Cuenta con una nutricionista en su plantel, que cumple con un horario regular. Los pacientes son visitados por una nutricionista, durante su internación, si se le realiza la interconsulta.

El servicio de dietética depende de un nutricionista, que organiza la comida de cada día (300 almuerzos por día) y supervisa la calidad de los alimentos que llegan a los pacientes. En el área de internación pediátrica, hay un local especial donde se preparan las fórmulas lácteas; se dispone de normas específicas con el modo de preparación de las distintas fórmulas, en un lenguaje accesible para personal no especializado.

Hay problemas por falta de personal, y en ocasiones, de agua caliente.

**NIVEL 3: Existe el Servicio de Nutrición que interviene en la supervisión de la alimentación de los pacientes nutricionalmente comprometidos, a cargo de un**

**médico nutriólogo.**

**Tiene capacidad para efectuar alimentación enteral.**

Se verificó en el organigrama de la Institución la existencia de un Servicio de Nutrición. Entre los pacientes internados, nutricionalmente comprometidos, la participación del Servicio de Nutrición en su manejo es más activa, pero siempre, debe mediar una interconsulta (64 en promedio mensual en los últimos seis meses).

No existe servicio médico de nutrición.

El grupo de soporte nutricional está reestructurándose.

Se da soporte enteral por el momento; hay en planes iniciar el parenteral. El grupo no cuenta con presupuesto propio.

Existe coordinación conjunta entre el servicio de nutrición y el personal médico, y forman parte de diferentes comisiones. Otra función es contestar las interconsultas ya comentadas.

**LAVANDERÍA**

Están comprendidos dentro de este indicador 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.**

Al interrogar al encargado de la lavandería dijo que existen normas para el lavado de ropa y de manera verbal se transmiten, del personal que las conoce, al nuevo en el servicio.

El equipo mínimo indispensable en este nivel consiste en lavadoras, secadoras y agua caliente, los cuales se encuentran presentes en el área. La centrífuga está en otro departamento.

**NIVEL 2: Existe un circuito especial para el tratamiento de la ropa contaminada; y la provisión de ropa es suficiente para cirugía y para los pacientes hospitalizados.**

No existen las normas escritas que prevén que la ropa contaminada con sangre o secreciones sea trasladada separadamente en bolsas de polietileno.

Toda la ropa se trata como contaminada. Ya sea

proveniente del salón de operaciones, parto, salas; estén o no contaminadas se les aplica el tratamiento de igual manera.

En este momento hay suficiente ropa para las intervenciones quirúrgicas. En la estadística del salón de operaciones se observa un porcentaje mínimo de suspensiones quirúrgicas, por falta de ropa.

La ropa estéril se trata en central de equipo.

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

En un 95% (15/16) los pacientes, con vías abiertas de diferentes tipos, (Salas de Cirugía, Ortopedia, Medicina, Ginecobstetricia) mencionaron su satisfacción respecto al cambio diario de ropa. Esto se constató con el personal de enfermería, quienes explicaron que se da prioridad a este tipo de pacientes. La periodicidad en el resto de los pacientes que no tienen esta condición se efectúa cada día ya que la falta de acondicionadores de aire favorece la sudoración y la entrada de polvo, lo que rápidamente ensucia la ropa.

Se cuenta con taller de ropería, costura e impresión, pequeño y rudimentario.



**LIMPIEZA**

**NIVEL 1: Todos los pisos se limpian al menos una vez al día, con jabón, detergente o lavanda. Existe prohibición de barrido en seco, excepto en casos especiales como consultorios o circulación del público.**

En cuanto a la limpieza de pisos, éstos se limpian dos veces al día en horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.; y en el turno de 11:00 p.m. a 7:00 a.m. se realiza por llamada. (Un solo empleado de turno para todo el hospital). Además existen las áreas llamadas de especialidades (partos, urgencia, UCI) donde el personal asignado acude para la limpieza las veces que sea necesario. Esto se pudo comprobar en el Salón de Partos.

Los detergentes y desinfectantes usados son: amonio, cuaternario, hipoclorito de sodio y fenol. El barrido en seco está prohibido en las áreas de internamiento y/o tratamientos, pero se pudo observar que algunos empleados aún insisten en él. La entrevista a pacientes y personal de enfermería constató esta información.

**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 (SIDA, hepatitis B, salmonellosis).**

Las normas y procedimientos están de manera escrita, diversificadas, y el personal tiene conocimiento de ellas. En este departamento trabajan 9 personas solamente, de las cuales 7 acuden en el turno de 7-3; dos en el 3-11, y una en el 11-7.

**NIVEL 3: El Comité de Infecciones y/o la enfermera epidemióloga, participan activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza.**

Se pudo verificar que el Comité de Infecciones participa de manera activa en la elaboración de normas de limpieza y hace también que se cumplan; sin embargo, las limitaciones en el personal son importantes al momento de evaluar la condición real de salas y pasillos.

**ESTERILIZACIÓN**

**NIVEL 1: Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la Institución. Cuenta con autoclave. Existen normas escritas de procedimientos. Se efectúan controles biológicos según normas locales.**

**El personal tiene capacitación específica.**

El local es un área de circulación restringida, y dispone de mesas, estantes y alacenas para el depósito del material esterilizado. Cuenta con 3 autoclaves a vapor y una a gas; se observaron en los autoclaves la hermeticidad del cierre, y la temperatura. Se observaron las normas escritas, las que se encontraban disponibles para el personal.

Se verificó en la Oficina de Enfermería el registro de los antecedentes de capacitación.

**NIVEL 2: El área del servicio cuenta con tres sectores: recepción y lavado preparación y acondicionamiento de materiales esterilización y almacenamiento.**

Los sectores están diferenciados y separados por puertas o mostradores; la comunicación con el exterior del servicio, se realiza a través de una ventanilla o mostrador de entrega y recepción de materiales. La esterilización de materiales termosensibles no se efectúa por no contar con autoclave de

óxido de etileno, propio o contratado. El establecimiento es responsable de la calidad del proceso, por lo que realiza controles periódicos de los materiales procesados.

**NIVEL 3: Cuenta con la ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia. El lavado y desinfección de equipos se realiza mediante equipos automáticos.**

No existen equipos automáticos. El lavado y desinfección es manual.

**FARMACIA**

**NIVEL 1: Cuenta con un depósito de medicamentos que reúnen las condiciones ambientales (humedad, temperatura, iluminación, ventilación) necesarias para la conservación de los medicamentos. Está administrado por un regente farmacéuta. Provee medicamentos a los pacientes internados y/o ambulatorios en horario de 8 horas diarias.**

Para la dispensa de medicamentos se cuenta con área propia. Existe una nevera para la conservación de drogas y medicamentos que así lo requieran. La nevera no está conectada al sistema auxiliar de energía eléctrica del hospital. Hay un área de despacho ubicada en el área del Servicio de Urgencias y el depósito dentro del área de administración. Está administrado por un Licenciado en Farmacia. Provee medicamentos en horario de 7:00 a.m. - 10:00 p.m., y se lleva control de inventario.

Se observó y constató, a través de una prueba de campo y al azar, que los medicamentos enumerados coincidían entre el stock registrado y el stock real. (ácido fólico, trimetropín con sulfame toxasole, halopuridol, estreptomina, propanolol, iruxol, albothyl, acetaminofen con codeína, estreptasa, atancuronio triacrium.

**NIVEL 2: Existe una lista base de medicamentos para utilizar, propia del establecimiento. Provee medicamentos en horario mayor de 8 horas. Posee manual de normas de atención. Es atendida por farmaceuta idóneo. Las compras de medicamentos se programan en base a la lista oficial.**

Se verificó la existencia del listado oficial y del manual de normas de atención:

- Descripción de funciones de asistente.
- Cuadro básico de medicamentos (1997).
- Manual de procedimientos y despacho de medicamentos en general.

Se verificaron las normas y el kardex. Provee medicamentos de 7:00 a.m. a 10:00 p.m.

Las compras de medicamentos se programan según listado oficial.

**NIVEL 3: La Farmacia provee medicamentos a pacientes internados y ambulatorios durante las 24 horas del día, y es atendida por farmacéutico. Existen y se actualizan normas de utilización de antibióticos.**

Se cuenta con personal de planta en turnos. No existen turnos las 24 horas en el área del servicio de urgencias (hasta las 10:00 p.m.) y en depósito (4:00 p.m.)

Las normas de utilización de antibióticos las lleva el Comité de Infecciones Nosocomiales, del que Farmacia forma parte.

**NIVEL 4: Cuenta con un Comité de Fármaco-Vigilancia.**

**Sistema de distribución en unidosis. Provee preparaciones de nutrición parenteral a pacientes internados.**

No se cuenta con lo señalado en el Nivel 4. Existen preparaciones de nutrición parenteral que son manejadas por el grupo de soporte enteral y parenteral.

**ENFERMERÍA**

Se verificó previamente en la Oficina de Personal, el número total de enfermeras profesionales y auxiliares, con que cuenta el Establecimiento, (67 en total, de las cuales 7 no dan atención directa) así como los procedimientos de selección de este personal, los cuales siguen la práctica general.

**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.

La responsable del servicio tiene el título de Licenciada en Enfermería. Se constató en las historias clínicas que en cada turno (8 horas cada uno) se registran los signos vitales de los pacientes. La relación enfermera/cama es de 0.3.

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



Existen normas escritas de desempeño.

Es requisito indispensable que la jefe del servicio y las supervisoras tengan el título de licenciatura; además, estos cargos se ocupan después de ser sometidos a concurso.

El personal de enfermería al ser nombrado recibe un entrenamiento de 15 días de teoría y 15 días de práctica en la sala; también existe un programa de docencia continua. Esto se constató con tres enfermeras de reciente ingreso a la Institución. Además reciben tres (3) días de instrucción en la Coordinación Regional.

Existen normas escritas en la Oficina Sede, Comité de Infecciones Nosocomiales, Salón de Operaciones, Central de Equipos, etc.

No existen empíricas, ya que a las enfermeras se les forma a nivel universitario. Las asistentes de clínica reciben un entrenamiento de 3 meses, y las auxiliares de enfermería por un período de 1 año.

**NIVEL 3: Existe un Departamento de Enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de enfermería.**

De la jefatura de enfermería depende administrativamente todo el personal. El personal asignado a un sector

especializado depende técnicamente del responsable de dicho sector; pero administrativamente de la jefatura de enfermería.

Existe una persona encargada de la docencia de enfermería. El Departamento no tiene ingerencia en la selección.

**HISTORIAS CLÍNICAS Y ARCHIVO**

**NIVEL 1: Se confeccionan historias clínicas de todas las personas que asisten al Establecimiento, tanto ambulatorias como internadas.**

**El Establecimiento debe contar con un local exclusivo para el archivo de las historias clínicas.**

**Deben existir normas para el manejo de las historias clínicas.**

Se interrogó, en primera instancia, al responsable del archivo del Establecimiento y se verificó que:

- Sí se confeccionan historias clínicas en todos los casos.
- Se verificó la existencia y cumplimiento de las normas para el manejo de las historias clínicas.

Al hacer la evaluación sobre una muestra estadísticamente significativa de 34 historias clínicas seleccionadas entre las últimas admisiones registradas en el libro de egresos, se verificó que están firmadas, en el 55%, son legibles en 75% y cuentan con epicrisis en 25%.

Se interrogó al responsable del archivo sobre la existencia de las normas y su difusión al personal profesional. Se verificó que no están accesibles ejemplares

de las normas en las áreas de descanso de médicos, pero sí en las oficinas de enfermería. Se interrogó a varios profesionales sobre su conocimiento de las normas, lo que dio resultados encontrados.

El registro de la historia clínica está organizado por doble entrada por número de orden y por orden alfabético.

**NIVEL 2: Existe supervisión de las historias clínicas.**

Hay supervisión por parte de los técnicos y auxiliares de registros médicos. Se ha tratado de implementar mecanismos para que los expedientes sean firmados y cerrados.

**NIVEL 3: Existe una historia clínica única tanto para la atención ambulatoria como de internación en el establecimiento. Existe un Comité de Historias Clínicas. Existen normas que regulan el movimiento de las historias clínicas.**

Dispone de una historia única. Actualmente no existe un comité de historias clínicas. El movimiento de las historias clínicas se realiza por medio de boletas o vales.

**NIVEL 4: Existe personal exclusivo e idóneo para este fin, y hay acceso expedito al Archivo las 24 horas del día.**

El personal de registros médicos y estadística es exclusivo para este fin. El archivo es computarizado en parte, y trabaja hasta las 3:00 p.m. solamente.

**ESTADÍSTICAS**

**NIVEL 1:** Lleva registro estadístico de por lo menos los siguientes indicadores: Consultas, egresos clínicos y quirúrgicos, nacimientos (partos y cesáreas), promedios días estancia, porcentaje de ocupación, giro de camas, intervenciones quirúrgicas, y defunciones.

La autoridad encargada nos facilitó el registro de los indicadores señalados anteriormente y otros del año 1995-96 y primer semestre de 1997; que se han utilizado en este estudio.

**NIVEL 2:** El personal específicamente dedicado a esta tarea debe ser idóneo (Técnico y Auxiliar de Registros Médicos y Estadísticas).

Los registros, tabulados y el procesamiento de datos estadísticos, son realizados por personal especialmente capacitado.

Se verificó la idoneidad del personal dedicado a esta tarea.

**NIVEL 3:** Los egresos están clasificados por patologías.

Los registros estadísticos incluyen una clasificación de los egresos por patología, en alguna de las siguientes modalidades.

- Clasificación de la OMS de 2 ó 3 dígitos (CIE).
- Principales síndromes de las internaciones o admisiones clínicas, y por aparatos en las quirúrgicas.
- Por diagnóstico clínico preciso y por código de la operación.

Se verificó la clasificación de los egresos con el responsable de las estadísticas.

Sin embargo, la codificación se está revisando actualmente.

**NIVEL 4: Existe un Departamento de Estadísticas con personal técnico (Técnico y Auxiliar de Registros Médicos y Estadísticas) que emite una publicación mensual de la información, y realiza reuniones periódicas para su discusión.**

No existe una publicación mensual del Departamento en el momento actual. La información se publica en los Informes Mensuales de la Región de Salud o en las memorias anuales.

**GOBIERNO HOSPITALARIO**

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

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

El gobierno hospitalario es conducido por el Director Médico, quien distribuye su tiempo entre dar consulta médica y atender las tareas administrativas. Existe un registro de firmas del personal que labora en la Dirección Médica. El Director Médico permanece más de seis horas en la Institución.

**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 labora un presupuesto anual, y se realiza un seguimiento presupuestario. Se elabora un balance anual.**

La Institución cuenta con un Director Médico y un Director Administrativo. El Director Administrativo tiene

formación gerencial, el Director Médico manifestó tener estudios en Administración de Hospitales y Desarrollo Gerencial. Existen manuales de cargos y descripción de puestos de trabajo a nivel nacional. Se elabora presupuesto anual (Anexo N°. 8).

**NIVEL 3: La Institución cuenta además con: Un Consejo Técnico Médico, un Consejo Técnico Administrativo que asesoran a la Dirección. Se elaboran estados financieros anuales auditados por una empresa de reconocido prestigio u organismos públicos autorizados.**

No existe un Consejo Técnico Médico o Administrativo que actualmente asesore al Director Médico. Hay auditoría de la Contraloría General de la Nación, que forma parte del nivel fiscalizador, como se muestra en el organigrama. (Ver Anexo N° 9).

**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 para definir, de acuerdo con la naturaleza de la Institución (pública, privada, gubernamental, no gubernamental, académica, etc.). Existe una secretaría general, un servicio de auditoría interna dependiente del Directorio. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoría.**

No existe un Consejo Directivo como órgano superior.

Existe auditoría interna y externa (Contraloría). Se verificó que se elaboran estados financieros anuales auditados, aunque no se publican.

El presupuesto se elabora en el Hospital, pero debe ser discutido en la Región, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Planificación, para después ser aprobado en la Asamblea Legislativa, junto con el resto de los presupuestos. En 1997 el Hospital de Santiago tiene un presupuesto aprobado de B/2, 789, 419.00 de los cuales B/1.852,590.00 son para servicios personales, B/.18,905.00 para servicios no personales y 917,924.00 para materiales y suministros. La Región de Salud de Veraguas tiene un presupuesto de 8,480.921 millones.

En el Hospital se tiene como referencia el Plan Nacional de Salud para el cumplimiento de la gestión.

**ADMINISTRACIÓN**

**NIVEL 1: Existe un responsable del área administrativa. Hay registro de certificaciones personal profesional. Cuenta con un manual de procedimientos administrativos, legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación.**

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

- La adquisición, distribución y control de los insumos y recursos humanos,
- los registros, liquidación de haberes y control de los recursos humanos, la facturación y cobranzas a entidades prestatarias, y el control presupuestario general.

Se siguen las normas de la política fiscal nacional..

Por lo menos, el personal profesional tiene registrados sus títulos habilitantes en dicha administración, lo cual es evidente al revisar los legajos. Existen los procedimientos administrativos y los trámites de rutina, escritos compendiados en un manual que registra los principales pasos de cada circuito. En dicho compendio figuran, por lo menos, los procedimientos relacionados con las funciones enunciadas arriba. La totalidad del personal-profesional o no profesional tiene legajo en la oficina de personal, donde se

archivan las certificaciones de cursos de capacitación realizados con anterioridad o en servicio.

En los 40 expedientes se encontró que el 85% tiene actualizado sus legajos, producto de un trabajo de actualización de expedientes que realizaba en ese momento la Jefa de Personal.

**NIVEL 2: El responsable del área administrativa debe ser profesional.**

Se pudo constatar que el Jefe Administrativo es un Administrador Público y se encuentra claramente diferenciada el área de personal y el área de contabilidad.

**NIVEL 3: Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión. Existe un sistema de control de gestión.**

El sistema de control de gestión es ejecutado a través de los auditores internos y externos de la Institución, incluyendo los de la Contraloría General de la República.

**SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

**Nivel 1: Existe un Programa de Seguridad y Salud Ocupacional del personal, de acuerdo con la legislación vigente. Está prevista la atención de accidentes de trabajo. El personal dispone de duchas en las áreas de riesgos (laboratorio, mantenimiento, cocina y lavandería).**

No existe clínica del empleado en el Hospital. El personal que se enferma o accidenta acude al Servicio de Urgencias o a la Policlínica del Seguro Social en el Programa de Salud Ocupacional.

No en todas las áreas de riesgo hay la disponibilidad de duchas. Se denuncian y tratan los accidentes de trabajo ya sea por la atención en el Servicio de Urgencias o en Salud Ocupacional en la Policlínica de la Caja de Seguro Social.

**NIVEL 2: Se dispone de un Manual General de Normas de Bioseguridad.**

En las oficinas y salas de descanso del personal y lugares de concentración de usuarios se exhiben algunas instrucciones sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y accidentes en el medio laboral (laboratorio, banco de sangre y un mural fuera del salón de operaciones). Las normas de bioseguridad están accesibles y

son conocidas por el personal en algunos servicios(Inmunología, Laboratorio, Banco de Sangre, Lavandería, OOP).

**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 la descontaminación y lavado y la provisión de elementos de bioseguridad.**

La totalidad del personal no está clasificado por grupos de riesgo, según las tareas específicas y el grado de exposición a distintas patologías. Aunque existe, en base al mapa de riesgos, un programa preventivo sólo para hepatitis B que se ejecuta en la Policlínica.

La provisión de ropa de trabajo del personal, como su descontaminación y lavado, no están a cargo del Establecimiento; sólo la ropa del salón de operaciones y de la sala de parto.

**SEGURIDAD GENERAL**

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

Se recorrieron todas las salidas de emergencia; se verificó que no están claramente señalizadas y que, en los lugares de circulación del público, no existen flechas visibles que orienten hacia las salidas de emergencia. Las puertas no abren hacia afuera.

Parte del personal ha recibido instrucción específica sobre la forma de evacuar las instalaciones en caso de alarma general; existen también instrucciones escritas no exhibidas en lugar visible sobre cómo proceder en estos casos.

La carga de los extinguidores no es revisada cada seis meses. Hay plan de evacuación. Al supervisar el 100% de los extinguidores y verificar la fecha de la última recarga se verificó que estaba vencida. Se comunicó inmediatamente a la Administración.

**NIVEL 2: Se ha adoptado el Plan de Contingencia para situaciones de desastres, de acuerdo con riesgos, aprobado por la autoridad designada para ello.**

Se verificó la existencia del Plan de Contingencia y su

conocimiento por parte del personal. No se han realizado simulacros periódicos.

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

Se verificó en la Oficina de Personal, el personal asignado, la distribución de horarios y la programación de turnos rotativos: son seis policías para tres turnos. Dos de siete a tres y de tres a once y uno de once a siete.

No existe personal de mantenimiento las 24 horas.

**NIVEL 4: Posee dispositivo de alarma general y está integrado al Programa de Defensa Civil.**

No existe ningún mecanismo acústico o luminoso que se perciba como alarma general, desde cualquier lugar del establecimiento. Los folletos y especificaciones técnicas del dispositivo no existen.

Por tanto, el dispositivo de alarma general no está integrado a los programas de defensa civil de la comunidad local, tanto para la atención de los daños del Establecimiento, cuanto para la recepción de damnificados por desastres. Sin embargo, sí existe un Programa de Desastres en el establecimiento y coordinación con el Sistema Nacional de Protección Civil.

**GARANTÍA DE CALIDAD**

**NIVEL 1: Desarrolla actividades destinadas a evaluar la calidad de la atención. La calidad de la actuación profesional dentro del Establecimiento está garantizada por: actualización periódica del currículum y registro de certificados de capacitación especializada, ingreso por selección de antecedentes.**

En el momento de la evaluación, la directora de personal evaluaba y actualizaba los expedientes del personal y sus legajos del historial profesional.

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

Se realiza una sesión de docencia semanal y hay discusiones de casos en los diferentes servicios. Existe un programa docente coordinado por un médico de la institución.

Sin embargo, no cuentan con un programa específico de evaluación de la calidad de atención médica; con excepción de los médicos internos que son evaluados durante sus rotaciones.

**NIVEL 3: Cuenta con comités de garantías de calidad, infecciones, medicamentos y otros. Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.**



No hay un comité de garantía. Hay comités de infecciones y un comité de farmacovigilancia de antibióticos. No se realizan encuestas de satisfacción al usuario.

**NIVEL 4: Posee un servicio de epidemiología hospitalaria; cuenta con profesionales especializados y con programa de investigaciones dirigidas a la garantía de la calidad.**

Se cuenta con un comité de infecciones nosocomiales. No existe el servicio de epidemiología hospitalaria.

**3. ESTRUCTURA FÍSICO - FUNCIONAL**

## **PLANOS**

**NIVEL 1: Posee planos actualizados conforme a obra, de planta y estructura aprobados por la autoridad competente.**

No existe en la Institución, dichos planos.

**NIVEL 2: Posee planos actualizados conforme a obra de instalaciones de agua, gas, electricidad y desalojo pluvial.**

No existen en la Institución, estos planos.

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

No están a disposición. Se nos refirió a la Dirección de Ingeniería. El Salón de Operaciones, remodelado en 1995, sí cuenta con este tipo de planos.

**NIVEL 4: Posee Plan Arquitectónico Director, dinámico, de obras en ejecución o por ejecutar.**

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

No existe, dicho plan.

**ACCESOS**

**NIVEL 1: El ascenso y descenso de pacientes se realiza en áreas donde no hay circulación vehicular media o alta.**

Existe área diferenciada para rehabilitación con rampa y protección y en el Servicio de Urgencias.

**NIVEL 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.**

No en todas las entradas para vehículos está diferenciado el acceso a peatones. (Ejm.: Al Servicio de Urgencias).

**NIVEL 3: Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de urgencias con señalización adecuada.**

El área de estacionamiento y maniobras de vehículos de servicios, de aprovisionamiento, del público o del personal, se superpone con la de vehículos que llegan al área de acceso del servicio de emergencias.

**NIVEL 4: Cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público.**

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

**CIRCULACIONES**

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

La señalización permite al usuario, en parte acceder a los sectores de mayor utilización (urgencias, consultorios, servicios de diagnóstico y tratamiento, baños, etc.) sin necesidad de preguntar, pero no está en todas las áreas y se presenta confuso para familiares y pacientes que vengan por primera vez.

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

Se verificó que las áreas de atención de pacientes, se encuentran sobre circulaciones técnicas generales o técnicas específicas, con control selectivo de acceso están entrecruzadas por el "emparchamiento" del Hospital. Existe entrecruzamiento de circulación general en terapia intensiva y área quirúrgica.

**NIVEL 3: Brinda facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes.**

Se constató que en todos los niveles puedan circular camillas y sillas de ruedas, así como pasamanos en algunas de las escaleras y en alguno de los baños para el público.

**NIVEL 4: Posee independencia circulatoria entre áreas técnicas y públicas en todo el Establecimiento.**

No existe en gran parte del Establecimiento (Ejm.: laboratorio, radiología, salón de operaciones, electrocardiografía, cuidados intensivos, etc.).

**INSTALACIONES****SISTEMA ELÉCTRICO****NIVEL 1: Posee sistemas alternativos de iluminación para las áreas críticas.**

El control del sistema eléctrico no está distribuido con un tablero central o tableros sectoriales por pisos. Se verificó la existencia de iluminación de emergencia en las áreas críticas y las salidas de emergencia; el funcionamiento de dichos sistemas alternativos fue constatado en el momento de la evaluación.

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

Los circuitos eléctricos de las áreas críticas y las salidas de emergencia disponen de una fuente alternativa de generación de energía (grupo electrógeno) cuyo adecuado funcionamiento se constató durante la evaluación. La planta es de 1995. Está conectada a la unidad de terapia intensiva, servicio de urgencias, pasillos, salones de operación, sala de parto y ciertas áreas de internamiento.

**NIVEL 3: Posee sistema de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento de salud.**

Sin embargo, los ingenieros encargados nos informaron que se está dando un programa de mantenimiento permanente al sistema eléctrico.

**CONTROL DE EXCRETAS, RESIDUOS****Y POTABILIDAD DEL AGUA**

**NIVEL 1: El control de las excretas, los residuos y la potabilidad del agua, se ajustan a las normas municipales, provinciales o nacionales.**

No encontramos normas a las cuales se ajustan estos servicios. El tanque de agua (25,000 galones) está permanentemente cubierto.

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

Tanto el agua potable como la disposición final de las aguas servidas están provistas por una red pública. El Hospital cuenta con un tanque de 25,000 galones.

Mediante interrogatorios al personal de mantenimiento, se descartó la existencia de pozo ciego domiciliario y de pozo de agua con bombeo.

Los residuos se disponen a través de una salida "sucia" especial, algunos acondicionados en bolsas plásticas resistentes, las agujas, dentro de recipientes de paredes rígidas, para evitar pinchazos del personal que las manipula. El Hospital tiene que trasladar la basura al vertedero



municipal e incinerarla con métodos rudimentarios.

**NIVEL 3: Existe mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitarias. Los residuos sólidos de alto riesgo son identificados y reciben un tratamiento diferenciado.**

El personal de mantenimiento verifica el correcto funcionamiento de todas las camillas, depósito de inodoros, sistemas de calentamiento del agua (calefones, termotanques, calderas), y bocas de inspección de aguas servidas, cuando se le solicita por algún desperfecto.

Los residuos sólidos contaminados de alto riesgo, no son almacenados en bolsas resistentes diferenciadas - rotuladas o de color diferenciado - manipuladas con guantes, se mezclan con los residuos sólidos comunes.

No hay sistema de desechos para reactivos radioactivos.

Tienen una trituradora de placentas.

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

El servicio de mantenimiento para estas áreas está a cargo de personal técnico especializado (ingeniero, aunque no

sanitario tiene título universitario) y relación de dependencia con la Institución. Él está en personal técnico no especializado ni académicamente.

Hay un local inadecuado expuesto, pero específico y exclusivo para el depósito de los residuos sólidos que son evacuados por una puerta trasera destinada, no exclusivamente para este fin.

Dos veces por día se recolectan los residuos y se depositan en este local, el cual es lavado una vez por día, después de la recolección final por el personal que la transporta al vertedero.

**CONFORT EN INTERNACIÓN****NIVEL 1: Todos los ambientes cumplen condiciones de confort adecuado a las necesidades de la región.**

Hay iluminación natural y artificial. Se cuenta con ventilación directa al exterior. La sobrepoblación de pacientes hospitalizados (especialmente maternidad, pediatría, urgencias, entre otros) hacen que no todos los ambientes cumplan con las condiciones. Hay, además, problemas severos de espacio, de ventilación y de estructura. Esto ha sido documentado en los estudios de planificación del nuevo hospital.

**NIVEL 2: Todos los baños disponen de agua fría y/o caliente de acuerdo con las características climatológicas de la región.**

Con el nuevo tanque (25,000 galones) se ha solucionado el problema del suministro de agua. Esto se constató al entrevistar 10 pacientes en las diferentes salas. Los baños no disponen de agua caliente.

**NIVEL 3: Dispone de baño privado en todas las instalaciones.**

Todas las habitaciones, independientemente del número de camas, cuentan con un baño al que se accede por una puerta interior de la habitación. Existen 47 baños, 88 lavamanos, 67 sanitarios, 12 tinas, 4 fregadores, 2 tinas de aseo y 2 para trapeadores. A pesar de esto, el número no se ajusta a la demanda y hay serios problemas con el aseo de la estructura, debido en gran parte a que este hospital ha sufrido innumerables remodelaciones, adiciones, reconstrucciones que dificultan el proceso de limpieza por no formar parte de una ejecución planificada integral.

**B. ESTÁNDARES NO OBLIGATORIOS****REHABILITACIÓN**

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

El servicio especializado está compuesto por fisioterapeutas, con títulos universitarios, que reposan en la Oficina de Personal. Efectúan tratamientos en fisioterapia respiratoria, fisioterapia neurológica y en traumatología.

**NIVEL 2:** Cuenta con un servicio de rehabilitación física que trata pacientes ambulatorios y que dispone de las instalaciones mínimas necesarias. El servicio está a cargo de un médico especialista en rehabilitación.

El servicio también está compuesto por fonoaudiólogos y terapistas ocupacionales. Las instalaciones están constituidas como mínimo por: 2 consultorios, 1 taller de terapia ocupacional con equipamiento suficiente para ejercitación en actividades de la vida diaria y gimnasio para rehabilitación ortopédica, neurológica, cardio-vascular. El equipamiento del gimnasio incluye: barras paralelas, espejo de pared, escalera/plano inclinado, bicicleta fija, colchonetas y poleas; también cuenta con empaques calientes, diatermia de onda corta, rayos infrarrojos y ultravioletas,

en el sector de fisioterapia.

**NIVEL 3: Cuenta con un servicio integral de rehabilitación, equipado para desarrollar la mayor parte de los tratamientos de la especialidad, ambulatoria y en internación. Existe apoyo de otras especialidades. Existe un mecanismo de seguimiento mediato de los pacientes tratados.**

El servicio integral realiza los siguientes tratamientos: diatermia de onda corta, empaques calientes, ultrasonidos, rayos infrarrojos y ultravioleta, electroterapia, iontoforesis, tracción cervical, masajes, movilización, reeducación muscular, ejercicios terapéuticos, rehabilitación respiratoria, tratamiento de amputados, malformaciones, neuropatías congénitas y adquiridas, terapia ocupacional, fonoaudiología diagnóstica y terapéutica. El médico fisiatra tiene otros especialistas de apoyo: (neurólogo, otorrinolaringólogo, psiquiatras, etc.) y profesionales auxiliares (kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos).

Los profesionales del servicio mantienen intercambio con el resto de los servicios y participan de los ateneos.

Registran sus programas terapéuticos en las historias clínicas. Con posterioridad a la conclusión del tratamiento los pacientes son citados para evaluar su evolución, con una periodicidad establecida para cada patología.

La rehabilitación cardíaca se hace parcialmente.

**TRABAJO SOCIAL**

**NIVEL 1: Cuenta por lo menos con un profesional de Trabajo Social y un ámbito adecuado para el desarrollo de su tarea.**

Se cuenta con dos trabajadoras sociales. Estas comparten consultorio con el psiquiatra lo que provoca interferencia mutua a pesar del buen entendimiento entre las partes.

**NIVEL 2: Existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente.**

Sí existen normas escritas revisadas periódicamente y el personal las conoce.

Los archivos de informes socio-económico de los pacientes y el registro de las tareas que se realizan se encuentran actualizados y archivados dentro del departamento.

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

Las trabajadoras sociales participan en ateneos y reuniones, y el registro de sus actividades, en una lista de diez historias clínicas proporcionadas por el propio servicio, fue constatado por este investigador.

Trabajo Social interviene por interconsulta en los servicios.

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

Las trabajadoras sociales forman parte de otras asociaciones como Nutre Hogar, Asociación Nacional Contra el Cáncer, Fundación Pro Impedidos y dan apoyo a Clubes Cívicos y a otras Instituciones del Estado (Juzgado de Menores, Casinos Nacionales, Lotería Nacional). Forman parte del equipo técnico del Asilo de Ancianos.

Dentro de los programas manejan grupos de riesgo (ancianos, mujeres, niños, alcohólicos, etc.).

#### **BIBLIOTECA MÉDICA**

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

No se cuenta con tratados o manuales, publicados en el idioma vernáculo, de no más de cinco años de antigüedad, referidos por lo menos a: clínica médica, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría y emergencias. Sin embargo, tienen publicaciones periódicas actualizadas en pediatría, edocrinología, gastroenterología. Los textos están

disponibles en una sala destinada para esto y pueden ser consultados dentro o fuera del Establecimiento.

**NIVEL 2: Se halla a cargo de personal que lleva control de ingresos y egresos. Las incorporaciones de material no son programadas. Cuenta con suscripción a determinada revista científica. Cuenta con textos de otras especialidades.**

El personal asignado es administrativo, y realiza las tareas específicas de la biblioteca. Las incorporaciones de material bibliográfico se hacen a demanda del cuerpo médico o por donaciones no evaluadas (se incorpora todo el material que sea donado). Existe suscripción por lo menos a dos revistas científicas, como por ejemplo: las Clínicas Pediátricas y las Clínicas de Endocrinología, Clínica de Medicina Interna y Clínica de Gastroenterología, Lancet, Inmunología, Neoplasia, Oftalmología, Enfermedades Infecciosas, Cirugía, Enfermería, Medicina Hospitalaria, Hospital Practice, etc.

**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.**



En el momento de la evaluación la biblioteca estaba a cargo de una Licenciada en Bibliotecología. No existe un programa de publicaciones por incorporar ni para las que deben ser dadas de baja. No se utilizan índices internacionales. Existe un mecanismo de consulta con los médicos de los diferentes servicios que hacen sugerencias para las publicaciones que deben incorporarse a la biblioteca. No tiene presupuesto propio.

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

No existe Comité de Biblioteca que elabore un programa anual destinado a: incorporar material bibliográfico, informar al cuerpo profesional sobre la disponibilidad de materiales, dar de baja al material obsoleto o inservible y elaborar el presupuesto del sector.

No cuenta con fotocopidora a disposición de la biblioteca. No dispone de computadora y no tiene una publicación propia.

**TABLA N°1**  
**CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS SEGÚN**  
**NIVELES EN LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS DEL**  
**HOSPITAL DE SANTIAGO DE VERAGUAS. 1998.**

<b>ÁREA</b> <b>ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN -</b> <b>ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS</b>	<b>NIVEL</b> <b>1</b>	<b>NIVEL</b> <b>2</b>	<b>NIVEL</b> <b>3</b>	<b>NIVEL</b> <b>4</b>
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	√	√	√	-
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	X	X	X	X
CONSULTA EXTERNA	X	√	X	-
URGENCIAS	√	√	X	√
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO	√	√	√	X
DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES	X	√	X	X
SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	√	X	X	X
ATENCIÓN DEL NACIMIENTO	√	X	X	-
ÁREA QUIRÚRGICA	X	√	√	X
ANESTESIOLOGÍA	√	√	X	-
CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS	√	√	√	√
<b>ÁREAS</b> <b>TÉCNICAS Y DE APOYO - ESTÁNDARES</b> <b>MÍNIMOS OBLIGATORIOS</b>				
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	√	√	X	-
LAVANDERÍA	X	X	√	
LIMPIEZA	X	√	√	-
ESTERILIZACIÓN	√	X	X	-
FARMACIA	X	√	X	X
ENFERMERÍA	√	√	X	-
HISTORIAS CLÍNICAS Y ARCHIVO	X	√	X	X

<b>ÁREA TÉCNICAS Y DE APOYO - ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS</b>	<b>NIVEL 1</b>	<b>NIVEL 2</b>	<b>NIVEL 3</b>	<b>NIVEL 4</b>
ESTADÍSTICAS	√	√	√	X
GOBIERNO HOSPITALARIO	√	√	X	X
ADMINISTRACIÓN	√	√	√	-
SEGURIDAD E HIGIENE LABORAL	X	X	X	-
SEGURIDAD GENERAL	X	X	X	X
GARANTÍA DE CALIDAD	√	X	X	X
<b>ÁREAS ESTRUCTURA FÍSICO FUNCIONAL - ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS</b>				
PLANOS	X	X	X	X
ACCESOS	√	X	X	X
CIRCULACIONES	X	X	X	X
SISTEMA ELÉCTRICO	X	√	√	-
CONTROL DE EXCRETAS RESIDUOS Y POTABILIDAD DEL AGUA	X	X	X	X
CONFORT DE INTERNACIÓN	X	X	X	-

**FUENTE:** Inédita

Leyenda:

- √ Pasa el nivel
- X No pasa el nivel
- No existe el nivel

**TABLA N° 2**  
**CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES NO OBLIGATORIOS**  
**HOSPITAL DE SANTIAGO DE VERAGUAS. 1998.**

ESTÁNDAR	NIVEL	NIVEL	NIVEL	NIVEL
	1	2	3	4
REHABILITACIÓN	√	√	X	-
TRABAJO SOCIAL	√	√	√	-
BIBLIOTECA MÉDICA	X	X	-	-

**FUENTE:** Inédita

**CUADRO N° 3**  
**ESTADO DE LA ESTANDARIZACIÓN POR NIVELES**  
**Y PROBLEMAS EVENTUALES ENCONTRADOS.**  
**HOSPITAL REGIONAL DE SANTIAGO DE VERAGUAS 1998.**

ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	REFERENCIAS Y CONTRA REFERENCIAS	CONSULTA EXTERNA .
<b>Organización de la atención médica.</b> Continuidad de la atención Referencias y Contrarreferencias Consulta externa Urgencias Laboratorio de análisis clínico Diagnóstico por imágenes Hemoterapia Atención del nacimiento Area quirúrgica Anestesiología Control de infección Hospitalaria	1 √  2 √  3 √	1 X No hay normas  2 X Falta equipo en ambulancias y radio comunicación  3 X No hay normas  4 X No se da seguimiento normado	1 X Espera mayor de 15 días en la consulta.  2 √  3 X. No existen normas para cada especialidad
	<b>Urgencias</b>	<b>Laboratorio</b>	<b>Diagnóstico por imágenes .</b>
	1 √  2 √  3 X <u>No hay especialidades básicas en turno activo</u>  4 √	1 √  2 √  3 √  4 X No puede hacer algunos exámenes; desechos mal manejados	1 X No se encontró exhibición de habilitación  2 √  3 X No hacen turno activo  4 X No tiene TAC O RM

	<b>SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE</b>	<b>ATENCIÓN DEL NACIMIENTO</b>	<b>ÁREA QUIRÚRGICA .</b>
Estándares Mínimos Obligatorios Organización de la Atención Médica.	1 √	1 √	1 X No hay protocolo
	2 X No hay hematólogo	2 X El obstetra no hace turno activo	2 √
	3 X Post 3pm no tiene personal de planta	3 X	3 √
	4 X idem no realiza separación, sólo de glóbulos rojos		4 X NO hay quirófano destinado a urgencias
<b>Anestesiología</b>	<b>Control de Infección Hospitalaria</b>		
1 √	1 √		
2 √	2 √		
3 X Anestesiólogo hace turno por llamada y no activo	3 √		
	4 √		

II ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	LAVANDERÍA	LIMPIEZA .
Nutrición y Dietética	1 ✓	1 X Faltan normas	1 X Barrido en seco
Lavandería	2 ✓	2 X Faltan normas	2 ✓
Limpieza	3 X No tiene	3 ✓	3 ✓
Esterilización	nutriólogo		
Farmacia			
Enfermería			
Historias clínicas y estadística			
Gobierno hospitalario			
Administración			
Seguridad y salud Ocupacional			
Seguridad general			
Garantía de calidad			
	<b>Esterilización</b>	<b>Farmacia .</b>	<b>Enfermería</b>
	1 ✓	1 X Nevera no conectada al sistema	1 ✓
	2 X No hay óxido de etileno	alerno de energía	2 ✓
	3 X Lavado manual del equipo	2 ✓	3 X No tienen ingerencia con la selección de personal
		3 X No da servicio 24 horas	
		4 X No hay Comité de Fármaco vigilancia	

Continuación .....	<b>HISTORIAS CLÍNICAS Y ARCHIVO .</b>	<b>ESTADÍSTICAS</b>	<b>GOBIERNO HOSPITALARIO</b>
	1 X Faltan normas, epicrisis, firmas	1 ✓	1 ✓
	2 ✓	2 ✓	2 ✓
	3 X	3 ✓	3 X No existe Consejo Técnico Médico Asesor
	4 X	4 X No hay publicación	4 X No existe Consejo Directivo Superior
<b>Administración</b>	<b>Seguridad y Salud Ocupacional</b>	<b>Seguridad</b>	<b>Garantía de Calidad</b>
1 ✓	1 X No hay clínica del empleado	1 X Falta señalización y extinguidores	1 ✓
2 ✓	2 X No hay normas de bioseguridad	2 X No hay señalización	2 X
3 ✓	3 X No hay división por grupo de riesgo	3 X No hay personal de mantenimiento 24 h	3 X No hay comité de garantía de calidad. No hay encuestas de satisfacción
		4 X No hay dispositivo de alarma	4 X No existe el Servicio de Epidemiología Hospitalaria



<b>ESTRUCTURA FÍSICO FUNCIONAL</b>	<b>PLANOS</b>	<b>ACCESOS</b>	<b>CIRCULACIONES</b>
Planos Accesos Circulaciones Instalaciones Sistema eléctrico Control de residuos y potabilidad del agua Confort en interacción	1 X No existen planos del hospital  2 X  3 X  4 X No existe plan director	1 √  2 X No está diferen- ciado el acceso totalmente  3 X idem 2  4 X No existe personal 24 horas	1 X No pasa el ejerci- cio de "primera vez"  2 X Entrecruzamiento de áreas  3 X Falta pasamanos en pasillos y baños  4 X No hay independen- cia circulatoria
<b>Sistema Eléctrico</b> .  1 X No hay tablero  2 √  3 √	<b>Control de residuos y            potabilidad del agua</b>  1 X no hay normas. Va al alcantarillado sin tratamiento  2 X Manejo inadecuado de desechos sólidos  3 X No hay sistema para desecho radiactivo  4 X No hay ingeniero sanitario	<b>Confort en internación</b>  1 X No cumple  2 X No hay agua caliente  3 X No hay baño privado	

<b>ESTANDARES NO OBLIGATORIOS</b>	<b>REHABILITACIÓN</b>	<b>TRABAJO SOCIAL</b>	<b>BIBLIOTECA</b>
Rehabilitación	1 √	1 √	1 X
Trabajo Social	2 √	2 √	2 X
Biblioteca Médica	3 X No hay Rehabilitación cardiovascular	3 √	3

**LEYENDA:**

√ Pasa el nivel

X No pasa el nivel, problema eventual

### VIII. CONCLUSIONES

1. En base al método de acreditación de hospitales aplicado, el Hospital de Santiago no podría ser acreditado, ni siquiera provisionalmente, por las siguientes razones:
  - a) El manual establece que se deberán aprobar todos los estándares del nivel uno para poder ser acreditado; cuando uno o tres estándares no se cumplen, se podría hacer una acreditación provisional.
  - b) No pasa el nivel uno en 16 de los estándares (15 obligatorios y uno no obligatorio).
  - c) Aunque fuéramos más flexibles y admitamos la insatisfacción de hasta cinco estándares para la acreditación consolidada y hasta diez para la provisional, el Hospital de Santiago no lograría acreditarse.
2. Una de las variables de los estándares que más se verificó negativamente es la inexistencia de normas escritas, conocidas y accesibles de procedimientos, atención o los traslados.
3. Paradójicamente en siete de los estándares como lo son: consulta externa, imagenología, área quirúrgica, limpieza, farmacia, historias clínicas y archivo y el sistema eléctrico, en los cuales, a pesar de no cumplir con los requisitos del primer

nivel de los estándares, del nivel uno cumplen con el nivel dos. Esto es una consecuencia, desde mi punto de vista, de la falta de coherencia en el proceso de planificación y administración integral de todos los servicios.

4. En el transcurso de tres años, período en el cual se dio seguimiento a lo encontrado, se han notado avances; sin embargo, persisten problemas eventuales que deberán solucionarse antes de la apertura del nuevo hospital. No se justifica que la actual institución alcance niveles de especialización propios de hospitales más complejos y que aún se pueda observar barrido en seco en áreas no permitidas, que no se escriben los protocolos quirúrgicos, que las neveras de áreas críticas (Farmacia) no estén conectadas al servicio alterno de la planta eléctrica o que no existan procedimientos técnicos o administrativos normados.
5. La aplicación del método permitió a los directivos y técnicos entrevistados interaccionar en un proceso de investigación interna que generó propuestas, conflictos y soluciones posibles.

## IX. RECOMENDACIONES

1. La acreditación de hospitales se hace impostergable en el país como método de control para la garantía de atención con calidad, por lo que se recomienda reactivar los procesos y mecanismos administrativos y jurídicos necesarios para iniciar un Plan Nacional de Acreditación de Instituciones de Salud.
2. Se recomienda incluir en el Plan un programa de inducción para la aceptación y comprensión de la metodología.
3. Se requiere evaluar la inclusión en los estándares de variables que están fuera del control de las instituciones. Por ejemplo: las manifestaciones del efecto de partidas centralizadas de equipo, medicamentos y otros.
4. La presentación de los estándares por niveles debería codificarse de tal forma que el objetivo que se va a verificar esté más claro y permita eliminar, en mayor grado, la subjetividad en algunos de sus estándares.
5. La calidad técnica de los estándares deberá ser reevaluada constantemente, por ejemplo: el estándar de imagenología contempla en los niveles uno y dos

equipo con muy poca capacidad para realizar estudios de tiempos cortos.

6. Sugerimos incluir los estándares no obligatorios de neonatología, cuidados críticos, medicina nuclear y terapia radiante, con la condición de que el peso de su aplicación quede definido en quienes den estos servicios, excluyendo el resto de los establecimientos.
7. No se ha definido en Panamá claramente la metodología de acreditación y análisis. En el momento en que se haga deberá contemplar los diferentes niveles de complejidad.
8. Sugerimos una evaluación mayoritaria de procesos.
9. Deben involucrarse en las evaluaciones a pacientes y familiares para conocer su opinión y el concepto que tiene de la institución evaluada. Esto requerirá el replanteamiento de objetivos en áreas de atención médica y en estándares no obligatorios para determinar si existe o no la satisfacción de necesidades que el hospital dice ofertar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. ACKOFF, R. 1991. Cápsulas de Ackoff. Administración En Pequeñas Dosis. Versión Española: Paolo Copertini. México, D.F. Editorial LIMUSA/GRUPO Noriega Editores, 1985 (2ª Edición), págs. 5-15.
2. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS. 1995. Manual de Acreditación para Instituciones Hospitalarias. Colombia. Santa Fé de Bogotá, 130 págs.
3. BAEZ, G., Holgún N., García B. 1990. Calidad Interna, Normas y Procedimientos. Editorial Universitaria. Santo Domingo, República Dominicana. Págs. 19-23.
4. BARQUIN M. 1992. Dirección de Hospitales. Sistemas De Atención Médica. México. Editorial Inter-americana Mc Graw-Hill. Págs. 223-302.
5. BRITO, P. 1994. Educación Permanente. Análisis del Trabajo y Calidad de los Servicios de Salud. (En Prensa. OPS / OMS. Washington). Pág. 2.
6. BURKE, W. Warner A. 1988. Desarrollo Organizacional. Punto de vista normativo. / W. Warner Burke, versión en español: Ramón Palazón. SITESA México, D.F.. Págs. 25-36.
7. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. 1988. Acreditación Hospitalaria. Caja costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica. CCSS.
8. CÓDIGO SANITARIO. Ley 66 de 10 de noviembre de 1947. Panamá, República de Panamá.
9. COMISIÓN MIXTA PARA EL DESARROLLO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. 1991. Manual de Acreditación Establecimientos Asistenciales de la Argentina. Buenos Aires, Argentina. CONCAM.
10. CHAR BONNEQU, H. 1989. Control de Calidad. Traducción: Armando E. Koch Cadenas. Mc Graw-Hill. México D.F., (Veim 1982). Pág. 24.



11. DEPARTAMENTO DE RELACIONES PÚBLICAS. 1994. Información Básica. Complejo Hospitalario Metropolitano de Seguro Social. Panamá. 5 pág.
12. D. GIANCOMO, E. JCAHO. 1995. Understanding the Process in 1995. Harbor-Vela Medicine Center. Torrance, California. 10 págs.
13. GIBSON, J. 1987. Organizaciones: Conducta, estructura, proceso. Traducido por: Leonor Tejada Condepelayo y Francisco Gutiérrez Noriega. México D.F. Nueva Editorial Interamericana. Págs. 223, 495-510.
14. GOLBERG A. J. y De Noble A. 1988. Perfiles de Departamentos Hospitalarios. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Serve N° 60 OPS. Págs. 10-12.
15. Información General sobre la Caja de Seguro Social. 1994. Recopilación Departamento de Relaciones Públicas. Complejo Hospitalario Metropolitano Caja de Seguro Social. Panamá. 19 págs.
16. Informe Final del Seminario Taller "Acreditación de Hospitales". 1994. Ministerio de Salud, Panamá.
17. ISAZA O. y Santana P. 1988. Guías de Diseño Hospitalario para América Latina. OPS N° 61. Págs. 1-5.
18. Junta de Andalucía. 1985. Consejería de Salud y Consumo. Normas de Acreditación de Hospitales. España. Editorial Alambra.
19. Joint Commission on Accreditation of Hospitals. 1985. Manual de Acreditación para Hospitales. Chicago. Estados Unidos: JCAH, 233 págs.
20. LAO DE PÉREZ L. y Barrios P. 1994. Acreditación del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá.

21. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. 1995. Top 50 Problems in Hospital Accreditation. Chicago. Págs. 1-15.
22. \_\_\_\_\_ . Surve y Monith. JCAH. Mayo 1995. Chicago, págs. 1-15.
23. \_\_\_\_\_ Management of Information Standares. Nov. 1995. JCAHO. Chicago.
24. \_\_\_\_\_ . The Accreditation Decision Process. 1996. JACHO. Chicago. Págs. 43-71.
25. Ley N°. 66 de 10 de noviembre de 1947, por la cual se se aprueba el Código Sanitario. Asamblea Nacional de Panamá. A 119.
26. Litterer, J. Análisis de las Organizaciones. 1975. Versión Española: Elena De La Rosa. México D.F. Editorial Limusa. Págs. 720-724.
27. LÓPEZ, M. Enero 1994. Propuesta de un Modelo de Acreditación de Establecimientos de Salud en el Ejercicio de la Rectoría del Ministerio de Salud de Costa Rica. Enero 1994. Tesis de Maestría en Administración Pública. Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). 161 págs.
28. MAGNER, R. 1991. Análisis de Metas. Traducción: Hilda Islas Licon. México D.F. Editorial Trillas.
29. MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO. 1994. Secretaría Nacional de Salud: Manual de Acreditación de Hospitales en Bolivia. Bolivia. 138 págs.
30. MINISTERIO DE SALUD: 1994. Acreditación de Hospitales para América Latina (Panamá) y El Caribe. Panamá. 132 págs.

31. MINISTERIO DE SALUD. Sept. 1995. Estándares para la Acreditación de Hospitales en la República de Panamá. 86 págs.
32. \_\_\_\_\_ . Octubre 1996. Estándares para la Acreditación de Hospitales de la República de Panamá. 89 págs.
33. MINISTERIO DE SALUD. 1996. Lineamientos, Políticas y Estrategias de Salud. Panamá. 64 págs.
34. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y POLÍTICA ECONÓMICA. Sept. 1994. Políticas Públicas para el Desarrollo Integral: Desarrollo social con eficiencia económica. Panamá. 26 págs.
35. MINISTERIO DE SALUD. 1996. Lineamientos, Políticas y Estrategias de Salud. Panamá. 64 págs.
34. \_\_\_\_\_ . Licitación Pública N° 01-95. 1995. Pliego de Cargos para el Financiamiento y la Ejecución del Protocolo de Rediseño. Construcción, Dotación e Instalación de Equipo Fijo, Equipo Médico, Equipo de Oficina, Instrumental Médico-Quirúrgico y de los Equipos que sean necesarios para el Funcionamiento del Hospital Regional de Santiago de Veraguas incluyendo la Capacitación del Personal que utilizan los Equipos. Programa Médico Funcional. Págs. 152-165.
35. \_\_\_\_\_ . Plan Nacional de Salud. (Segunda Versión). Dic. 1997. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Departamento de Formularios, Monitoreo y Evaluación de Programas y Proyectos.
36. MORAES NOVAES, H. 1988. Módulos Educativos de Administración Hospitalaria. OPS, Washington. Módulos 8, 9, 11, 12.
37. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1989. Análisis de las Organizaciones de Salud. Serie Paitex (4). Washington. 253 págs.

38. PAGANINI J. 1992. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. La Relación entre Estructura, Proceso y Desarrollo. OPS, Washington. SILOS HSS 30.
39. PAGANINI J., De Morales H. 1992. La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe. OPS, Washington. 189 págs.
40. \_\_\_\_\_. Calidad y eficiencia de la Atención Hospitalaria. 1995.(HSS/SILOS; 30) Organización Panamericana de la Salud.Washington, D.C.95 págs.
41. \_\_\_\_\_. La Evaluación de la Accesibilidad, Cobertura, Calidad y Equidad en la Salud. Primer Borrador. Julio 1995. OPS, Washington. Págs. 1-25.
42. PAGANINI, J. 1995. Nuevas Modalidades de Organización de los Sistemas y Servicios de Salud en el contexto de la Reforma Sectorial: La Atención Gerenciada. Bibliografía anotada. OPS, Washington. 481 págs.
43. PAREDES, J. 1990. Acreditación del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social. Panamá. Inédito.
44. ROWLAND H., y ROWWIAND B. 1988. Gerencia de Hospitales. Organización y funciones de sus Departamentos. Traducción: Florencio Pérez Gallardo. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, España. Págs. 19-20, 85.
45. SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD. 1944. Manual de Acreditación de Hospitales de Bolivia. Bolivia. 33 págs.
46. SONIS, A. 1994.La Investigación de Servicios de Salud. En: Los Sistemas locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias. Editores Paganini, J. y Capote R. Publicación Científica N° 8. OPS, Washington. Págs. 443-468.
47. VAUGHN, R. 1982. Control de Calidad. Versión España. Fernando Raúl Comal García. México, D.F.: Editorial Limusa. 4ta. reimpresión. 1990.
48. VELARDE, A. 1995. Programa de Garantía de Calidad. de Salud Pública. Universidad de Panamá. 11 págs.

**ANEXO**

## **ENTREVISTAS**

## ENTREVISTAS

NOMBRE	CARGO
Dr. Aquiles Machuca Dr. Manuel Caballero	Directores
Dr. Manuel Espino	Jefe de Medicina
Licda. Argelis Osorio	Jefa de Banco de Sangre
Licdo. Jorge Montilla	Jefe de Laboratorio Clínico
Dr. Carlos Robles Enfermera Lelia de León	Salón de Operaciones
Dr. Luis Robles	Jefe de Anestesia
Enfermera María Peña Enfermera Angela Aparicio	Comité de Infecciones Nosocomiales
Licda. Viodelda de Castillo	Jefe de Nutrición y Dietética
Sr. Claudio Barría Sr. Guillermo Guevara	Lavandería
Denis Ortega	Jefa de Control de Equipo y Esterilización
Sra. Eneida de Him	Jefa de Estadística
Sra. Gilma Vargas Gerardo Muñoz	Administradores
Sr. Isidoro Sánchez	Seguridad
Ing. Anel Rodríguez	Ingeniería

Ing. Fabricio Castillo	Ingeniería
Licda. Luzmila Robles	Jefa de Recursos Humanos
Licda. Leyda Vergara Licda. Vielka Vernaza Licda. Libertad de Sánchez	Trabajo Social
Licda. Milagros Barrios	Biblioteca
Dr. Roberto Restrepo	Jefe de Rehabilitación
Licda. Eneida Batista	Jefa de Archivos Clínicos y Estadística
Licda. Julio Márquez	Jefa de Enfermeras
Enfermera Angela de Aparicio Enfermera Mercedes Villamil	Enfermería
Enfermera Penélope del C. Castillo	U C I
Licda. Sara de Abadía	Farmacia
Dra. Florencia de la Rosa	Servicio de Urgencias
Sra. Olga de Miranda	Operadora de Central Telefónica
Dr. Eliodoro Valderrama	Médico Internista
Sr. Alberto Mendoza	Conductor de ambulancia
Sr. Rolando Obando	Técnico radiología médica
Dr. José Saavedra	Neonatología
Licda. Modesta H. de Sánchez	Epidemiología
Licda. Viodelda de Castillo	Nutrición



Dr. Juan Navarro	Docencia Médica
Licda. Zadia Reyna	MINSA - Hospitales
Dra. Eida Velarde	MINSA - Hospitales
Licda. Zaida Herrera	Fonoaudiología
Profesora Otilda Pinilla de Restrepo	Consulta de asuntos idiomáticos

\* En ocasiones una persona fue entrevistada más de una vez.

**REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**MINISTERIO DE SALUD**

**ESTÁNDARES  
PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES  
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**OCTUBRE , 1996**

## **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES**

**NIVEL 1:** Mecanismos acerca de los establecimientos de la Región Sanitaria 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, cuando estos han sido dados de alta.

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

**NIVEL 2:** Cuenta con un medio de transporte propio o contratado que idealmente contará con los siguientes elementos:

- asistencia paramédica o médica
- equipamiento
- incubadora de transporte
- radiocomunicación

También, debe tener indicaciones precisas acerca de los medios de traslado de pacientes a otros establecimientos. Deberá interrogarse al médico de turno y verificarlo la existencia accesible del listado. Averiguar, por otra parte, si las empresas consignadas cuentan efectivamente con los servicios que ofrecen. El establecimiento dispone de mecanismos para la referencia de casos hacia instalaciones de mayor complejidad cuando se exceda su capacidad resolutive.

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

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

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

## **ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS**

### **I. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN**

#### **CONTINUIDAD DE LA ATENCION MEDICA**

**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 turno. Cuenta con profesionales médicos específicamente encargados del seguimiento de los pacientes, con visita diaria a la sala.**

Un médico especialista jefe de la sala ejerce la conducción de la atención médica, supervisa las decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento y asume la responsabilidad final de las conductas médicas adoptadas. El establecimiento cuenta con médicos de turno las 24 horas del día, todos los días, y éstos tienen la responsabilidad del cuidado de los pacientes cuando no hay otro personal médico en la institución. Solicitar en la Oficina de Personal la lista de médicos especialistas de turno con su distribución por día y horario; verificar en cada caso el registro de idoneidad. En cada piso, sala o sector, existen profesionales a tiempo parcial que se ocupan del seguimiento de los pacientes internados, además de los médicos de urgencias y del servicio de Terapia Intensiva. Estos profesionales recorren todas las camas diariamente y actualizan las decisiones. Se solicitará al responsable médico, el horario en que se realizan estas visitas y se verificará su cumplimiento a través de la Historia Clínica.

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

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

Interrogar al Jefe de la sala sobre la aplicación de esta norma.

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

Por lo menos una vez por semana, el cuerpo médico en forma plenaria o por sectores, se reúne en sesión clínica para discutir los casos de mayor importancia interrogar al responsable de la organización de dichas reuniones sobre la modalidad de funcionamiento y de selección de caso. Observar en las Historias Clínicas de los pacientes internados que hayan sido discutidos en reunión clínica si se han consignado las decisiones adoptadas en la misma.

- síndrome psiquiátrico agudo grave: delirium tremens, esquizofrenia aguda.
- pancreatitis aguda, hemorragia digestiva, abdomen agudo;
- neurológicos agudos: accidentes cerebro vasculares, crisis epilépticas subintrantes;

Las normas deberán estar accesibles, al alcance del médico de turno. Asimismo, deberá indicarse el lugar más conveniente para derivar cada tipo de patología.

**NIVEL 4: Existe un mecanismo para el seguimiento de las referencias y medios de evaluación de la atención que se brinda en las mismas.**

La Dirección Médica o del Servicio Social se efectúa seguimiento de los pacientes que han sido derivados. Asimismo la evalúa, si la orientación diagnóstica y la conducta terapéutica del establecimiento de referencia, ratifican las del que originó la derivación, lo cual es registrado en la respectiva historia clínica. Interrogar al respecto al responsable médico, al Servicio Social, y observar las historias clínicas de las diez últimas derivaciones.

#### **CONSULTA EXTERNA**

**NIVEL 1: En las especialidades básicas hay cupos disponibles para la atención en un lapso de 24 horas al día. En el resto, el tiempo de espera no es mayor de quince días.**

Verificar en las planillas de programación de turnos, los espacios reservados para otorgar turnos en el día y ver qué especialidades están previstas; por otra parte, determinar en las demás especialidades el tiempo de espera previsto para los pacientes de primera vez.

**NIVEL 2: La Consulta Externa tiene especialistas y cuenta con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y cirugía ambulatoria.**

Existen médicos de las especialidades más importantes según determine cada SILOS y cuentan con los elementos para efectuar las prácticas diagnósticas y terapéuticas más frecuentes, así como con la infraestructura de apoyo para realizar intervenciones quirúrgicas ambulatorias.

Verificar en la Oficina de Personal y en la Jefatura de Enfermería, si está prevista la asignación de secretaria y enfermera, con exclusiva dedicación a la atención de consultorios externos. La exclusividad se refiere al horario de funcionamiento de los consultorios, fuera del mismo el personal podrá estar asignado a otras tareas.

**NIVEL 3: Los cupos están programados en base a pautas fijadas por los profesionales. Se pueden reservar cupos telefónicamente.**

El personal encargado de la programación de los cupos cuenta con normas de cada especialidad, sobre la frecuencia, duración y distribución de las consultas. Interrogar al personal sobre los números disponibles para efectuar las reservas telefónicas y por qué medios de difusión se dan a conocer.

Los cupos se programan de acuerdo con las normas de la Organización.

## **URGENCIAS**

**NIVEL 1:** Cuenta con médico de turno presente las 24 horas, funcionando con un local y enfermería de uso exclusivo y apoyo de Radiología, Laboratorio y Hemoterapia.

Solicitar en la Oficina de Personal la lista de médicos y enfermeras asignadas a urgencias y su distribución para cubrir las 24 horas, todos los días de la semana. Verificar el registro y/o código de todos los médicos. El local destinado a la atención de urgencias no deberá utilizarse para otras tareas y deberá disponer de los elementos necesarios para cumplir su función: camillas, instrumental y equipo y mobiliario, instrumental y medicamentos.

**NIVEL 2:** Cuenta con las siguientes especialidades a distancia, por llamada: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría. Cuenta con una Unidad de Reanimación, atendida por personal de atención de urgencias.

Solicitar las listas de turno de profesionales de estas especialidades para cada día de la semana. La Unidad de Reanimación debe contar con medicamentos y materiales descartables adecuados, monitor hemodinámico, desfibrilador, electrocardiógrafo, respirador y marcapasos transitorio externos; dispondrá además de oxígeno, aire comprimido y aspiración.

**NIVEL 3:** Por lo menos tres de las especialidades están organizadas en turno presencial las 24 horas.

Verificar la lista de los profesionales correspondientes y su distribución. Constatar que dispongan de facilidades para el descanso nocturno en habitaciones que no se utilicen para pacientes.

**NIVEL 4:** Tiene por lo menos otras dos especialidades más en turno por llamada las 24 horas, con acceso al equipamiento del servicio correspondiente.

Verificar la lista de profesionales correspondientes y su distribución. Verificar que en la oficina de la Administración se encuentren las llaves de los servicios respectivos y que sean accesibles al personal de turno. Verificar la existencia de normas para el uso de llaves de los servicios especializados. Comprobar que los teléfonos registrados posibiliten rápidamente el contacto con los especialistas en turno por llamada.

## **LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO**

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

**NIVEL 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A y cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24 horas.**

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

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

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

**NIVEL 3: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, gases en sangre y antibiogramas cuantitativos. Cuenta con Laboratorista clínico en turno activo las 24 horas. El control de la calidad resolutive de las determinaciones está a cargo del responsable del servicio por muestras-testigo periódicas.**

Verificar la presencia del Laboratorista Clínico en turno activo, así como la lista de personal de turno previsto para cada día. Constatar la disponibilidad de facilidades para su descanso nocturno, en habitaciones que no se utilicen para la internación de pacientes.

Verificar la existencia de peachimetro, equipos para pO<sub>2</sub> y pCO<sub>2</sub>, con electrodos utilizables y cargas de gas disponibles. Interrogar al responsable sobre la frecuencia con que realiza los controles con

muestras-testigo, el origen de dichas muestras, qué determinaciones se verifican y dónde se tabulan los resultados. Observar el registro de los controles efectuados en los tres últimos meses.

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

Verificar la existencia de contador manual de tipo "pozo" o contador de centelleo automatizado, contenedores de radioisótopos, así como "bunker" para su depósito. Comparar, a través de las facturas de compras de radioisótopos, el consumo con las estadísticas de producción. Solicitar la habilitación para el uso de material radioactivo, emitida por la autoridad competente en la jurisdicción que corresponda al establecimiento. Observar el certificado de inscripción en el programa de control de calidad. Interrogar al responsable sobre la frecuencia de muestras recibidas, determinaciones y comunicaciones de las observaciones. Verificar las copias de los registros de resultados de los 3 últimos meses.

**Anexo A:**

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

**Anexo B:**

Antígeno australiano (AgAU), antígeno carcino-embriionario (CEA), estriol, foliculestimulante (FSH), luteinizante (LH), prolactina, tiroxina (T4), triiodotironina (T3), tirotrófina (TSH), otros

## **DIAGNOSTICO POR IMÁGENES**

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

- Radiológicos: Convencionales, fluoroscópicos, politomografías por sustracción digital de imágenes, mamografía, tomografía axial computarizada (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).
- Otras Resonancia Magnética (RM), Termografía.

**NIVEL 1:** Está habilitada de acuerdo con los requisitos del servicio de Radiofísica Sanitaria (Salud Radiológica) de la



**jurisdicción correspondiente. Cuenta con equipo fijo de 100 MA mínimo, con dispositivo Potter Bucky sin seriógrafo, operado por un técnico en Radiología Médica.**

Solicitar el certificado de habilitación, expedido por el Servicio de Radiofísica Sanitaria o la autoridad jurisdiccional que corresponda; deberá estar exhibido en lugar visible. Se considera equipo fijo el que no es trasladable en ninguno de sus componentes (mesa de estudios, generador soporte de tubos de rayos X etc.) Deberá contar con dispositivos antidifusor tipo Potter Bucky.

**NIVEL 2: Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por radioscopia y ultrasonidos. Los estudios son realizados e interpretados por médicos especializados en radiología que intercambian opiniones con los médicos tratantes.**

Cuenta con equipo de más de 200 MA con seriógrafo y pantalla de radioscopia o con intensificador de imágenes y circuito cerrado de TV.

El servicio cuenta, por lo menos con un local para los estudios, espacio para preparación y vestuario de los pacientes, un local de revelado y un local - con negatoscopio y archivo - donde se elaboran los informes. Solicitar en la oficina de personal los antecedentes sobre capacitación específica del médico radiólogo responsable del servicio.

Comprobar en varios informes la constancia de la firma del médico especialista. Interrogar a los médicos del establecimiento respecto a si intercambian opiniones con el especialista, de manera frecuente; averiguar si existe, un mecanismo formal (ateneo) o informal para dicho intercambio, y si los médicos concurren con frecuencia al servicio para presenciar los estudios. Verificar que se cumpla con las normas de protección radiológicas establecidos por Salud Radiología.

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

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

para llevarlos a cabo. Se excluyen procedimientos de cateterización intravascular o hemodinámicos.

**NIVEL 4:** Dispone de otros medios de diagnóstico de alta complejidad, como TAC, cámara gamma, RMN. Los especialistas del servicio intervienen en la indicación del medio de diagnóstico más adecuado para cada caso.

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

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

#### **SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE**

**NIVEL 1:** Cuenta con la disponibilidad de un Banco de Sangre cercano, del que se obtiene sangre certificada, con adecuada comunicación y transporte a una distancia no mayor de 1 hora y accesibilidad no mayor de una hora.

El Banco de Sangre debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Contar con un médico responsable del interrogatorio y del examen físico de los donantes.
- Capacidad para realizar y realizar pruebas mínimas como: tipaje y Rh, compatibilidad, VDRL, Hepatitis A-B-C, HIV, pruebas de solubilidad.
- Contar con un tecnólogo médico, asistente de laboratorio y con un oficinista.
- Disponer de expansores de volumen.

La distancia entre el Banco de Sangre y el establecimiento evaluado, debe permitir disponer de sangre certificada en menos de una hora por los medios de transporte habituales. Verificar en el Banco de Sangre cercano el cumplimiento de todos los requisitos.

**NIVEL 2:** El Servicio de Hemoterapia cuenta con un local propio independiente del laboratorio clínico y dispone de normas para Servicio de Hemoterapia. El servicio está a cargo de un médico especialista en Hemoterapia.

El Servicio de Hemoterapia es el ente técnico-administrativo responsable del acto transfusional, con los elementos suministrados por el Banco de

Sangre, previo estudio inmunohematológico. El Servicio de Hemoterapia, es responsable de la sangre que suministra, por lo que deberá constatar periódicamente si los componentes que recibe del Banco de Sangre cumplen con las normas en vigencia para la prevención de enfermedades transmisibles.

Las normas indican que en toda unidad transfusional se deben realizar las siguientes pruebas serológicas: Agrupamiento, Du, Genotipo, Sífilis (VDRL), Brucelosis, Chagas (látex, fijación de complemento o hemaglutinación), Antígenos de Hepatitis B y C, Detección de anticuerpos HIV, Otros

Verificar en la Oficina de Personal o en la Dirección de Servicios Médicos los antecedentes de capacitación especializada que registra el médico responsable. El responsable supervisa personalmente las unidades recibidas del Banco de Sangre, lo cual debe constatarse interrogando al personal y observando su firma en los formularios del últimos mes. Las bolsas son almacenadas en refrigeradora con termómetros con los espacios rotulados por grupos sanguíneos.

**NIVEL 3:** Cuenta con un Banco de Sangre con personal técnico y médico Hemoterapeuta de turno las 24 horas. El Banco de Sangre debe cumplir con los siguientes requisitos:

Sala de espera, sala de flebotomía y consultorio médico con su equipo.

Laboratorio dividido en diversas secciones: Tipaje y Rh, pruebas de compatibilidad, detección de enfermedades transmisibles, detección de anticuerpos.

Area de fraccionamiento con suficientes refrigeradoras con termómetro, para almacenar la sangre y sus diversos componentes.

Oficinas administrativas con registros adecuados de donantes y receptores, lista de tipos sanguíneos difíciles y estadísticas.

Verificar en la Oficina de Personal o en la Dirección de Servicios Médicos, la lista del personal técnico y médico asignado al servicio, su distribución de horarios, frecuencia de turnos. Tanto el personal técnico como médico debe contar con capacitación específica. Interrogar acerca de la frecuencia con que se reúnen con el jefe del servicio para tratar problemas operativos.

Debe estar habilitado por la autoridad sanitaria correspondiente y el certificado debe estar exhibido en lugar visible. Observar los registros de donantes. Observar manual de normas.

**NIVEL 4:** Cuenta con un Banco de Sangre dirigido por profesional especializado. Cuenta con un manual de normas técnicas y administrativas de los procedimientos para procesar y almacenar sangre. Cuenta con un equipo separador de componentes sanguíneos en donante único.

Es centro de referencia de otros establecimientos.

Realiza evaluaciones periódicas a reacciones adversas.

Observar el listado de establecimiento a los que abastece. Verificar el título de especialista del responsable.

#### **ATENCIÓN DEL NACIMIENTO**

Se comprende bajo esta denominación, al conjunto de servicios destinados a la atención de la mujer gestante y del 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 o enfermera obstetra y médico pediatra en turno por llamada. El parto es atendido por médico (interno, residente de obstetricia, médico general) o una enfermera especializada en obstetricia.

Solicitar en el turno del Servicio de Urgencias, la lista de profesionales disponibles cada día de la semana, y los medios de comunicación mediante los que pueden ser convocados. Constatar que a través de estos medios puedan ubicarse al profesional en menos 15 minutos. Verificar en la Oficina de Personal el registro de capacitación especializada. Cuenta con un local destinado exclusivamente a sala de partos, que dispondrá de camilla o sillón de partos, iluminación adecuada, apoyo de enfermería, instrumental, medicamentos y materiales descartables en vitrinas y alacenas.

**NIVEL 2:** Cuenta con médico obstetra en turno activo y pediatra de turno por llamada y hay un local exclusivo para recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios para atender un parto de alto riesgo, con monitoreo perinatal.

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

**NIVEL 3:** Cuenta con médico obstetra y pediatra en turno activo. 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. Posee sala de aislamiento, tiene neonatólogo en turno pasivo.

## **AREA QUIRURGICA**

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

El área de circulación restringida está separada del resto por una puerta, que se mantiene cerrada, con señalización de prohibición de paso. El sector de lavado de manos del equipo quirúrgico cuenta con lavabo y dispensadores de jabón y/o antisépticos, que permiten su manejo sin utilización de las manos. No ingresa a este sector de apoyo, personal que proviene de otras áreas del establecimiento, sin haberse cambiado con ropa propia del área quirúrgica. Solicitar a la enfermera el instructivo con las normas de preparación y/o conservación de piezas operativas; verificar la existencia de frascos de vidrio limpios para este fin, formol, alcohol y todo otro elemento indicado en el instructivo. En una muestra de veinte historias clínicas, tomadas del libro del área, de pacientes operados, durante los últimos tres meses, constatar la presencia de los protocolos quirúrgicos y anestésicos en el 100% de los casos. Los quirófanos se limpian con agua y detergente después de cada operación.

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

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

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

El encargado del área quirúrgica cumple las siguientes funciones:

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

antisépticos, insumos varios).

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

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

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

## **ANESTESIOLOGÍA**

**NIVEL 1:** Los anesthesiólogos deben realizar la evaluación preoperatoria correspondiente, por escrito, y brindar la anestesia durante el acto quirúrgico. Confeccionan protocolo anestésico.

Se cuenta con anesthesiólogo de turno.

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

**NIVEL 2:** Cuenta con un servicio de anestesiología, a cargo de un responsable que coordina el programa de anestesia y la lista de turnos.

Los turnos son cubiertos por llamadas por anesthesiólogos y

médicos residentes de la especialidad (que actúan como auxiliares).

Verificar la capacitación especializada del responsable y los anestesiólogos de turno, en la Oficina de Personal. Observar la programación de los turnos y verificar su cumplimiento el día de la evaluación. Revisar pedidos de insumos y medicamentos por parte del responsable del servicio, efectuados el mes anterior. Preadnestésica en la muestra de historias clínicas.

**NIVEL 3: Los turnos son cubiertos en forma activa por anestesiólogos y médicos residentes de la especialidad (que actúan como auxiliares) o técnicos auxiliares.**

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

#### **CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **II. ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO**

### **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**NIVEL 1: Cuenta con una lista de regímenes por patología (Manual de Dietas) confeccionado por un nutricionista idóneo.**

No menos del 50% de una muestra de pacientes califica la comida como satisfactoria.

Verificar que el profesional disponga de una lista de regimenes estándar para las patologías principales y que los mismos se encuentren detallados con su composición de nutrientes, sus prescripciones dietéticas y sus minutas diarias. La lista debe contener por lo menos regimenes para: úlcera gastroduodenal, diabetes, blando intestinal, post-colecistectomía e insuficiencia renal. La responsabilidad de su confección original debe ser de un nutricionista idóneo. Interrogar al responsable de la cocina y verificar si dispone de los mismos regimenes que el reponsable médico. Verificar la relación entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas, en una muestra representativa al azar. Verificar mediante entrevistas a pacientes elegidos al azar si la comida es o no satisfactoria.

**NIVEL 2: Dispone de un nutricionista idóneo al menos para la organización del servicio, la visita diaria a los pacientes**



### **y la prescripción de regímenes personalizados.**

Cuenta con un área para la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas.

Verificar en la Oficina de Personal o en la Dirección de los Servicios Médicos, si cuenta con una o más nutricionistas en su plantel, que cumplen con un horario regular. En una muestra al azar, verificar si fueron visitados por un nutricionista durante su internación.

El servicio de dietética depende de un nutricionista, que organiza la comida de cada día y supervisa la calidad de los alimentos que llegan a los pacientes. En el área de internación pediátrica, hay un local especial donde se preparan las fórmulas lácteas; dispone de normas específicas con el modo de preparación de las distintas fórmulas, en un lenguaje accesible para personal no especializado.

**NIVEL 3: Existe el Servicio de Nutrición que interviene en la supervisión de la alimentación de los pacientes nutricionalmente comprometidos, a cargo de un médico nutriólogo.**

**Tiene capacidad para efectuar alimentación enteral.**

Verificar en el organigrama de la institución la existencia de un Servicio de Nutrición. Interrogar a los miembros de dicho servicio sobre las tareas que tienen específicamente asignadas. Entre los pacientes internados nutricionalmente comprometidos, evaluar la participación del Servicio de Nutrición en su manejo

### **LAVANDERIA**

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

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

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

El equipo mínimo indispensable en este nivel consiste en centrífuga, lavadoras, secadoras y agua caliente.

**NIVEL 2: Existe un circuito especial para el tratamiento de la ropa contaminada. La provisión de ropa es suficiente para cirugía y para los pacientes hospitalizados.**

Las normas preeven que la ropa contaminada con sangre o secreciones, sea trasladada separadamente en bolsas de polietileno. Interrogar al personal al respecto y observar su cumplimiento durante el lavado.

Corroborar la provisión suficiente de ropa para cirugía y que no se

suspenden intervenciones quirúrgicas por falta de ropa.

El equipo mínimo indispensable consiste en calderas a vapor y plancha de rodillo.

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

En una muestra al azar de pacientes, que presenten vías abiertas de distintos tipo y/o secreciones anormales o patológicas, interrogar sobre el cambio diario de ropa de cama. Interrogar al responsable del servicio sobre la periodicidad del retiro y entrega de ropa a las salas; interrogar a las supervisoras de enfermería sobre el cumplimiento de la periodicidad programada.

Debe contar con taller de ropería, costura e impresión.

#### **LIMPIEZA**

**NIVEL 1:** Todos los pisos se limpian al menos una vez al día, con jabón, detergente o lavanda. Existe prohibición de barrido en seco, excepto en casos especiales como consultorios o circulación del público.

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

**NIVEL 2:** Cuenta con un responsable de la limpieza y los procedimientos están normatizados, incluyendo instrucciones sobre el uso de desinfectantes.

Existen normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes (Hepatitis B, Sida, Salmonellosis).

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

Interrogar al personal del servicio sobre su aplicación.

El Coordinador del Programa de Seguridad y Salud Ocupacional participa activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza. En todos los niveles se cumplirá con las normas de bioseguridad.

## **ESTERILIZACION**

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

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

**NIVEL 2:** El área del servicio cuenta con tres sectores:

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

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

**NIVEL 3:** El personal cuenta con capacitación específica.

Verificar en la Oficina de Personal el registro de los antecedentes de capacitación: deben tener certificado de técnico en esterilización o haber recibido un curso formal dentro del establecimiento.

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

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

## **FARMACIA.**

**NIVEL 1:** Cuenta con un depósito de medicamentos que reúne, las condiciones ambientales (humedad, temperatura, iluminación, ventilación) necesaria para la conservación de los medicamentos. Está administrado por un regente farmacéuta. Provee medicamentos a los pacientes internados y/o ambulatorios en horario de 8 horas diarias.

Lleva control de inventarios.

Observar el sistema de control de inventario y la coincidencia entre lo registrado y lo real.

**NIVEL 2:** Existe una lista base de medicamentos por utilizar, propia del establecimiento. Provee medicamentos en horario mayor de 8 horas. Posee manual de normas de atención.

Verificar la existencia de la lista y el manual de normas de atención. Las compras de medicamentos se programan en base a la lista oficial.

**NIVEL 3:** La Farmacia provee medicamentos a pacientes internados y ambulatorios durante las 24 horas del día y es atendida por farmacéutico. Existen y se actualizan normas de utilización de antibióticos.

Verificar la lista de profesionales y técnicos y su distribución de horario. Revisar las normas de utilización de antibióticos.

**NIVEL 4:** Cuenta con un Comité de Fármaco-Vigilancia. Sistema de distribución en unidosis. Provee preparaciones de Nutrición parenteral a pacientes internados.

Verificar la existencia de las normas del Comité de Farmaco-Vigilancia y el conocimiento que tienen de ella los médicos de la sala.

#### **ENFERMERIA**

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

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

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

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

conocimiento de las normas.

**NIVEL 2:** Existe supervisión de las historias clínicas.

**NIVEL 3:** Existe una historia clínica única tanto para la atención ambulatoria como de internación en el establecimiento. Existe un Comité de de historia clínica. Existe normas que regulan el movimiento de las historias clínicas.

Verificar en las historias clínicas del consultorio externo del día si existen registros de internaciones anteriores.

**NIVEL 4:** Existe personal exclusivo e idóneo para este fin y hay acceso expedito al archivo las 24 horas día.

Verificar en la planilla de distribución del personal si esta prevista la atención del archivo las 24 horas.

#### **ESTADISTICAS**

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

Consultas, Egresos Clínicos y Quirúrgicos, Nacimientos (Partos y Cesáreas), Promedio Días Estancia, Porcentaje de Ocupación, Giro de camas, Intervenciones Quirúrgicas, Defunciones

Estos indicadores deberán encontrarse tabulados y procesados, por lo menos hasta tres meses antes del mes en que se realiza la evaluación, aunque no hayan sido volcados a una publicación interna.

Solicitar a la autoridad médica del establecimiento la observación de los registros estadísticos.

**NIVEL 2:** El personal específicamente dedicado a esta tarea debe ser idóneo (Técnico y Auxiliar de los Registros Médicos y Estadística).

Los registros, tabulados y el procesamiento de datos estadísticos, son realizados por personal especialmente capacitado. verificar la idoneidad del personal dedicado a esta tarea.

**NIVEL 3:** Los egresos están clasificadas por patologías.

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

- Clasificación de la OMS de 2 ó 3 dígitos (CIE)
- Principales síndromes de las internaciones o admisiones clínicas, y por aparatos en las quirúrgicas
- Por diagnóstico clínico preciso y por código de la operación. Verificar la clasificación de los egresos con el responsable de las estadísticas.

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

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

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

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

La totalidad del personal de enfermería depende funcionalmente del departamento de enfermería.

#### **HISTORIAS CLINICAS Y ARCHIVO**

**NIVEL 1:** Se confeccionan historias clínicas de todas las personas que asisten al establecimiento, tanto ambulatorio como internados.

El establecimiento debe contar con un local exclusivo para el archivo de las historias clínicas.

Deben existir normas para el manejo de las historias clínicas.

Interrogar en primera instancia al responsable del archivo del establecimiento y verificar:

- Si se confeccionan historia clínica en todos los casos
- verificar la existencia y cumplimiento de las normas para el manejo de las historias clínicas

Al hacer evaluación sobre una muestra estadísticamente significativa de historia clínica seleccionadas entre las últimas admisiones, registradas en el libro de egresos, verificar si están firmadas, son legibles y cuentan con epicrisis.

Interrogar al responsable del archivo sobre la existencia de las normas y su difusión al personal profesional. Verificar si se encuentran accesibles ejemplares de las normas en las áreas de descanso de médicos, oficinas de enfermería, etc. Interrogar a varios profesionales sobre su

**NIVEL 4:** Existe un Departamento de Estadísticas con personal técnico (Técnico y Auxiliar de Registros Médicos y Estadística) que emite una publicación mensual de la información y realiza reuniones periódicas para su discusión.

Solicitar las publicaciones mensuales realizadas el último año, las cuales deberán llegar por lo menos hasta tres meses antes del mes de la evaluación. Interrogar al Jefe del Departamento y a los Jefes de Servicio, sobre las reuniones realizadas para discutir la información publicada. Verificar si estas reuniones de discusión se realizan con la periodicidad programada en las normas.

#### **GOBIERNO HOSPITALARIO**

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

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

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

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

Contactar en la jefatura de Personal la documentación que acredite a la formación de personas en técnicos administrativos. Analizar el presupuesto de los dos últimos periodos y comparar la ejecución presupuestaria. Evaluación del balance del último período. Solicitar memorandums comunicados por dirección y jefatura médica y administrativa. Interrogar sobre realización de reuniones periódicas de jefaturas de departamentos o serivicos.

**NIVEL 3:** La institución cuenta además con: Un concejo técnico médico, un consejo técnico administrativo. Como elementos importantes de asesoramiento a la dirección/jefe médico y jefe administrativo, se elaboran estados financieros anuales auditados por una empresa de reconocido prestigio u organismos públicos autorizados.

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

**NIVEL 4:** La institución cuenta con un Director (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 por definir de acuerdo a la naturaleza de la institución (pública, privada, gubernamental, no gubernamental, académica, etc.) Existe una secretaria general, un servicio de auditoría interna dependiente de Directorios. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoría.

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

#### **ADMINISTRACIÓN**

**NIVEL 1:** Existe un responsable del área administrativa. Hay registro de certificaciones personal profesional. Cuenta con un manual de procedimientos administrativos, legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación.

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

- la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos humanos,
- los registros, liquidación de haberes y contralor de los recursos humanos,
- la administración de los recursos financieros, la facturación y cobranzas a entidades prestatarias, y el control presupuestario general.

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



representativa, al azar, de cuarenta agentes de distintos servicios y niveles jerárquicos, a partir del listado de personal de planta, y estudiar los respectivos legajos.

- NIVEL 2:** El responsable del area administrativa debe ser profesional. Existe una Area de Personal y un Area contable.
- NIVEL 3:** Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión.
- NIVEL 4:** Existe un sistema de control de gestión.

#### **SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

- NIVEL 1:** Existe un programa de seguridad y salud ocupacional del personal, de acuerdo a la legislación vigente. Está prevista la atención de accidentes de trabajo. El personal dispone de duchas en las áreas de riesgos (Laboratorio, Mantenimiento, Cocina y Lavandería).

El personal tiene una ficha clínica en donde se registran los resultados de los controles de salud y los procesos morbosos ocurridos. Verificar el cumplimiento de este requisito en una muestra de las fichas de cuarenta personas, de distintos sectores y jerarquías. Observar en las área de riesgo la disponibilidad de duchas. Interrogar a la Oficina de Personal sobre el procedimiento mediante el cual denuncian y tratan los accidentes de trabajo; verificar en particular, si existe cobertura con esta finalidad específica. Interrogar al personal que denunció accidentes en los últimos seis meses, sobre la satisfacción por la atención recibida.

- NIVEL 2:** Si dispone de un manual general de normas de bioseguridad.

En la oficinas y salas de descanso del personal y lugares de concentración de usuarios se exhiben instrucciones sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y accidentes en el medio laboral.

Verificar que las normas de bioseguridad esten accesibles y que sean conocidas por el personal.

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

La totalidad del personal está clasificada por grupos de riesgo, según las tareas específicas y el grado de exposición a distintas patologías. En base a este mapa de riesgo se elaboran programas preventivos para hepatitis b, tuberculosis, accidentes eléctricos, radioactividad, explosiones, otras patologías infecciosas, etc. Interrogar a la Oficina de Personal sobre el contenido de estos programas preventivos y quiénes están a cargo de su implementación y evaluación. Tanto la provisión de

ropa de trabajo y uniformes del personal, como su descontaminación y lavado, están a cargo del establecimiento; a través de un servicio propio o contratado. Interrogar al respecto a la Oficina de Personal y a distintas personas la provisión de ropa de trabajo o uniformes; verificar en particular si la reposición de ropa sucia ocurre oportunamente.

## **SEGURIDAD GENERAL**

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

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

Mediante el asesoramiento de personal técnico o de empresas especializadas, el establecimiento cuenta con un sistema adecuado de prevención y extinción de incendios; la carga de los extinguidores es revisada cada seis meses. Interrogar a la autoridad competente sobre el plan de evacuación y verificar que se hayan cumplido sus recomendaciones. Supervisar el 100% de los extinguidores y verificar la fecha de la última recarga.

**NIVEL 2: Se ha adoptado el Plan de Contingencia para situaciones de desastres, de acuerdo con riesgos, aprobado por la autoridad designada para ello.**

Verificar la existencia del plan de contingencia y su conocimiento por el personal. Interrogar al personal sobre la práctica de simulacros periódicos.

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

Verificar en la Oficina de Personal, el personal asignado, la distribución de horarios y la programación de turnos rotativo, si fuera un servicio contratado, revisar los términos del contrato y si el mismo prevee adecuadamente la cobertura las 24 horas.

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

Mediante algún mecanismo acústico o luminoso se percibe la existencia de alarma general, desde cualquier lugar del establecimiento. Requerir los folletos y especificaciones técnicas del dispositivo instalado y verificar si funciona.

El dispositivo de alarma general deberá estar integrado a los programas

de defensa civil de la comunidad local, tanto para la atención de los daños del establecimiento, cuanto para la recepción de damnificados por desastres.

#### **GARANTIA DE CALIDAD**

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

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

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

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

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

**NIVEL 3: Cuenta con comités de garantías de calidad, infecciones, medicamentos y otros. Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.**

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

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

### III. ESTRUCTURA FISICO - FUNCIONAL

#### PLANOS

**NIVEL 1:** Posee planos actualizados conforme a obra, de planta y estructura aprobados por la autoridad competente.

**NIVEL 2:** Posee planos actualizados conforme a obra de instalaciones de agua, gas, electricidad y desalojo pluvial.

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

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

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

**NIVEL 4:** Posee plan arquitectónico director, dinámico, de obras en ejecución por ejecutar.

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

#### ACCESOS

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

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

El ascenso y descenso de pacientes transportados no deberá realizarse sobre vías de circulación vehicular de intensidad media y alta. Cuando así ocurra, la vereda deberá contar con estacionamiento de vehículos y

alero de protección sobre la vereda.

**NIVEL 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.**

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

**NIVEL 3: Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de urgencias con señalización adecuada.**

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

**NIVEL 4: Cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público.**

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

#### **CIRCULACIONES**

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

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

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

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

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

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

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

Verificar la diferenciación circulatoria en todas sus categorías, mediante un recorrido por todo el establecimiento; especialmente constatar la total independencia de la circulación general.

#### **INSTALACIONES SISTEMA ELECTRICO**

**NIVEL 1: Posee sistemas alternativos de iluminación para las áreas críticas.**

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

**NIVEL 2: Posee sistema alternativos de generación de energía para las áreas críticas.**

Los circuitos eléctricos de las áreas críticas y las salidas de emergencia disponen de una fuente alternativa de generación de energía (grupo electrógeno) cuyo adecuado funcionamiento deberá constatarse durante la evaluación.

**NIVEL 3: Posee sistema de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento de salud.**

Verificar la existencia de un dispositivo electrógeno central, en compañía del personal técnico especializado, y constatar que sus mecanismos funcionen plenamente en el momento de la evaluación. Dicho dispositivo deberá estar conectado al tablero central y contará con una llave central de transferencia de la fuente de energía.

#### **CONTROL DE EXCRETAS, RESIDUOS Y POTABILIDAD DEL AGUA.**

**NIVEL 1: El control de las excretas, los residuos y la potabilidad del agua, se ajustan a las normas municipales, provinciales o nacionales.**

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

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

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

**NIVEL 3: Existe mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitarias. Los residuos sólidos de alto riesgo son identificados y reciben un tratamiento diferenciado.**

Por lo menos cada tres meses, el personal de mantenimiento verifica el correcto funcionamiento de todas las canillas, depósito de inodoros, sistemas de calentamiento del agua (calefones, termotanques, calderas) y bocas de inspección de aguas servidas. Los residuos sólidos - excepto alimentos - contaminados de alto riesgo, son almacenados en bolsas resistentes - rotuladas o de color diferenciado - manipuladas con guantes, y no se mezclan con los residuos sólidos comunes. Verificar este requisito con el personal.

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

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

#### **CONFORT EN INTERNACIÓN**

**NIVEL 1: Todos los ambientes cumplen condiciones de confort adecuado a las necesidades de la región.**

En horario diurno contarán con iluminación natural. Deberán contar con ventilación directa al exterior.

**NIVEL 2: Todos los baños disponen de agua fría y/o caliente de acuerdo con las características climatológicas de la región.**

Interrogar a una muestra de diez pacientes de distintos sectores, sobre la existencia de agua a toda hora.

**NIVEL 3: Dispone de baño privado en todas las instalaciones.**

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

#### IV ESTANDARES NO OBLIGATORIOS

##### REHABILITACIÓN

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

El personal especializado está compuesto por fisioterapeutas o kinesiólogos, con títulos universitarios, que reposan en la oficina de personal. Efectúan tratamientos en fisioterapia respiratoria, fisioterapia neurológica y en traumatología.

**NIVEL 2:** Cuenta con un servicio de rehabilitación física que trata pacientes ambulatorios y que dispone de las instalaciones mínimas necesarias. El servicio está a cargo de un médico especialista en rehabilitación.

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

**NIVEL 3:** Cuenta con un servicio integral de rehabilitación, equipado para desarrollar la mayor parte de los tratamientos de la especialidad, ambulatoria y en internación. Existe apoyo de otras especialidades. Existe un mecanismo de seguimiento mediato de los pacientes tratados.

Un servicio integral debe realizar los siguientes tratamientos: diatermia de onda corta, empaques calientes, ultrasonidos, rayos infrarrojos y ultravioleta, electroterapia, iontoforesis, tracción cervical. Masajes, movilización, reeducación muscular, ejercicios terapéuticos, rehabilitación respiratoria y cardíaca. Tratamiento de amputados, malformaciones, neuropatías congénitas y adquiridas.

Terapia Ocupacional, fonoaudiología diagnóstica y terapéutica. El médico fisiatra deberá estar apoyado de otros especialistas: neurólogo, otorrinolaringólogo, psiquiatras y profesionales fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y psicólogos.

Los profesionales del servicio mantienen intercambio con el resto de los servicios y participan de los ateneos.

Registran sus programas terapéuticos en las historias clínicas. Con posterioridad a la conclusión del tratamiento, los pacientes son citados para evaluar su evolución, con una periodicidad establecida para cada patología.



## **TRABAJO SOCIAL**

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

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

**NIVEL 2:** Existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente.

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

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

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

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

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

## **BIBLIOTECA MEDICA**

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

Cuenta con tratados o manuales, publicados en el idioma vernáculo, de no más de cinco años de antigüedad, referidos por lo menos a: clínica médica, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría y emergencias. Los textos están disponibles en la dirección o en una sala de descanso de los médicos y sólo pueden ser consultados dentro del establecimiento.

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

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

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

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

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

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

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

Existe fotocopiadora a disposición de la Biblioteca durante todo el horario de funcionamiento de la misma. Dispone de computadora con programas de archivo y conexión con bases de datos internacional.

