ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Facultad de Ingeniería en Electricidad y Computación

"DESARROLLO DE LAS BASES NECESARIAS PARA CREAR UNA ENTIDAD QUE CONTROLE LA APLICACIÓN EFECTIVA DE LAS NORMAS DE SEGURIDAD EN LOS HOSPITALES DEL PAÍS"

TESINA DE SEMINARIO

Previo a la obtención del Título de:

INGENIERO EN ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES

Presentado por:

Bosco Alberto Alcívar Ayala
Edward Daniel Dávila Llerena
Luis Daniel Montaleza Ortiz

GUAYAQUIL – ECUADOR

Año: 2012

AGRADECIMIENTO

Nuestro profundo agradecimiento al M.Sc. Miguel Eduardo Yapur Auad tutor de nuestra tesina de grado; por su invalorable colaboración en el desarrollo de la misma.

A los profesores por los conocimientos impartidos.

A todas aquellas personas que han hecho posible lograr este nuevo paso en nuestra vida.

Bosco Alberto Alcívar Ayala.

Edward Daniel Dávila Llerena.

Luis Daniel Montaleza Ortiz.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las personas que han estado a mi lado a lo largo de toda mi vida universitaria, principalmente a mi madre por su ayuda incondicional y a Dios por permitirme cumplir esta meta en mi vida.

Bosco Alberto Alcívar Ayala

DEDICATORIA

La dedicatoria de este trabajo es principalmente para mi familia, especialmente a mis padres que siempre estuvieron presentes, apoyándome en toda mi vida universitaria.

A Dios que me dio salud y fortaleza para afrontar los desafíos que se me presentaron hasta ahora en mi vida.

Y a mi novia que siempre me dio fuerza para seguir adelante.

Edward Daniel Dávila Llerena

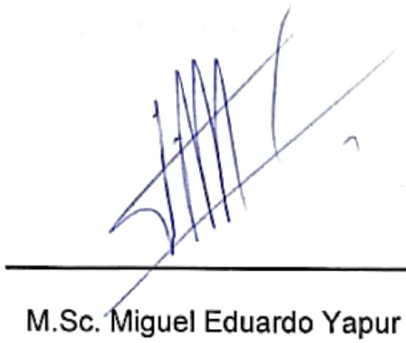
DEDICATORIA

Mi gratitud, principalmente está dirigida hacia Dios y a mis padres, por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de la carrera.

A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación.

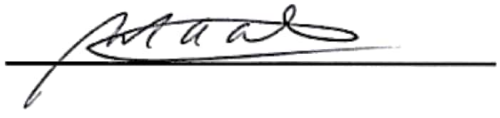
Luis Daniel Montaleza Ortiz

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



M.Sc. Miguel Eduardo Yapur Auad

PROFESOR DEL SEMINARIO DE GRADUACIÓN



Ing. María Antonieta Álvarez Villanueva

PROFESOR DELEGADO POR LA UNIDAD ACADEMICA

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contenido de esta Tesina de Seminario, nos corresponde exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la Escuela Superior Politécnica del Litoral".

(Reglamento de exámenes y títulos profesionales de la ESPOL).

Bosco Alberto Alcívar Ayala

Edward Dávila H.

Edward Daniel Dávila Llerena

Luis Daniel Montaleza Ortiz

RESUMEN

Actualmente el país carece de una normativa técnica para la acreditación de los centros hospitalarios y, de un ente regulador que se encargue de la acreditación, siendo notorias las falencias en el servicio de salud, así como la falta de uniformidad y racionalidad de los ambientes físicos en las construcciones de los centros hospitalarios. Ante esta situación, se ha considerado conveniente formular un conjunto de normas técnicas, que servirán como referencia para el planteamiento y diseño de una entidad que acredite y regule adecuadamente los centros hospitalarios, dentro de un criterio técnico y tendiente a la modernidad.

Este trabajo que se refiere a la implementación de una Comisión Acreditadora Hospitalaria del Ecuador (CAHDE), se orienta a llenar un vacío en la normativa y supervisión de centros hospitalarios. Los objetivos de la CAHDE son analizar la importancia del ambiente físico, la gestión de la tecnología y los riesgos asociados a éstos, en la prestación de los servicios de salud; y asegurar que cada centro hospitalario cuente con una política y procesos de gerencia del ambiente físico, que contemplen los recursos físicos, el mantenimiento de la seguridad y la preparación para emergencias y desastres.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN..... VII

ÍNDICE GENERAL VIII

ABREVIATURAS..... XII

ÍNDICE DE FIGURAS..... XIII

ÍNDICE DE TABLAS..... XIV

INTRODUCCIÓN..... XV

CAPÍTULO 1..... 1

1. IMPLEMENTACIÓN DE LA CAHDE. 1

1.1 Historia de la acreditación de centros hospitalarios en otros países..... 1

1.2 En qué consiste la acreditación hospitalaria..... 3

1.3 Estructura del Comité acreditador de hospitales. 6

CAPÍTULO 2..... 11

2. PROCESO DE ACREDITACIÓN..... 11

2.1 Generalidades..... 11

2.2 Etapas del proceso de acreditación. 12

2.2.1 Solicitud de incorporación y proceso de Autoevaluación. 12

2.2.2 Evaluación Externa..... 13

2.2.3 Pronunciamiento de Acreditación. 14

2.2.4 Mejoramiento Continuo..... 15

2.3 Áreas a evaluar en el hospital. 16

3. ESTÁNDARES DE LA CAHDE..... 22

3.1 Generalidades..... 22

3.2 Conceptos básicos..... 24

3.3 Importancia de los estándares en el cuidado de la salud. 25

3.4 La junta directiva y su intervención en los estándares..... 27

3.5 Organización de los estándares. 29

3.6 Fuentes para desarrollar los estándares. 30

3.7 Estructura de los estándares..... 31

3.8 Uso del manual de estándares..... 37

CAPÍTULO 4..... 41

4. GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA LA CAHDE. 41

4.1 Financiamiento de la CAHDE..... 41

4.2 Rubros en el Proceso de Acreditación. 44

4.3 Costo de los Certificados de Acreditación. 46

4.4 Administración de los Recursos de la CAHDE. 47

4.4.1 Decisiones de los Recursos Financieros 48

4.4.2 Destino de los Recursos Financieros..... 49

4.5 Infraestructura y Ambiente de Trabajo. 49

4.5.1 Recursos Humanos. 49

4.5.2 Capacidad, Formación y Toma de Conciencia del Personal. 49

4.5.3 Infraestructura. 50

4.5.4 Ambiente de trabajo. 50

CAPÍTULO 5..... 52

5. TRABAJO EN CONJUNTO DE LA CAHDE Y OTRAS ENTIDADES DE CONTROL 52

5.1 Relación de Trabajo de la CAHDE con Entidades de Regulación Estatales. 52

5.1.1 Trabajo en conjunto de la CAHDE y el Ministerio de Salud Pública. .. 54

5.1.2 Trabajo en conjunto de la CAHDE y el Cuerpo de Bomberos. 57

5.1.3 Trabajo en conjunto de la CAHDE y la Defensa Civil. 60

5.1.4 Trabajo en conjunto de la CAHDE y el INH. 65

5.2 Relación de Trabajo con el comité de cada centro hospitalario. 66

5.3 Relación de Trabajo con los directores de cada centro hospitalario. 68

5.3.1 Funciones de Liderazgo del Director. 69

5.4 Responsabilidad del Comité Interno del Centro Hospitalario 71

CAPÍTULO 6..... 73

6. INFORMES DE RESULTADOS PRESENTADOS POR LA CAHDE. 73

6.1 Generalidades. 73

6.2 Características que deben tener los Informes. 75

6.3 Control de la Acreditación del Proceso de Evaluación y de la Mejora Continua. 77

6.4 Formato de los Informes Presentados por la CAHDE. 80

6.4.1 Forma de Presentación. 81

6.4.2 Contenido del Informe. 83

6.4.3 Formatos sugeridos para indicadores de procesos y resultados..... 91

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ABREVIATURAS

ACS: “American College of Surgeons”.

APHA: “American Public Health Association”

CGA: “Compressed Gas Association”.

CAHDE: “Comisión para la Acreditación Hospitalaria del Ecuador”.

INEN: “Instituto Ecuatoriano de Normalización”.

INH: “Instituto Nacional de Higiene.”

ISO: ” Organización Internacional de Normalización”.

JCAHO: “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations”.

NFPA: “National Fire Protection Association”.

OAE: “Organismo de Acreditación Ecuatoriano”.

OMS: “Organización Mundial de la Salud”.

SGSH: “Sistema de Gestión de la Seguridad Hospitalaria”.

USA: “United States of America”.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura.1.- Ilustración para formato de membrete……91

Figura.2.- Ilustración de formato para identificadores de incidentes…..……...92

Figura.3.- Ilustración de formato para control de cumplimiento……..…….93

Figura.4.- Ilustración de formato para control de requisitos…….……94

Figura.5.- Ilustración formato para control mitigaciones……...95

Figura 6.- Ilustración de formato para control de riesgos e impacto……....96

Figura.7.- Ilustración de formato para planificación de controles……..…...97

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 4.1 Costos de evaluación para el proceso de Acreditación. 45

TABLA 4.2 Rubros en los que se valora los Certificados de Acreditación. ... 47

INTRODUCCIÓN

Este proyecto está basado principalmente en las normas organizaciones de acreditación internacional, específicamente refiriéndonos a la Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Haciendo referencia a cómo fue concebida, para qué fue diseñada y cómo ayuda a mejorar el sistema de salud en nuestro país.

Se hace referencia de cómo es un sistema de acreditación, cuáles son los pasos a seguir y cuáles son los beneficios, tanto para los centros hospitalarios como para los usuarios. Se desarrolla un modelo base necesario para el establecimiento, seguimiento, revisión, mantenimiento y mejora de estándares para un sistema de seguridad hospitalaria en el Ecuador.

Se ha establecido un sistema de financiamiento de acuerdo con las necesidades de la institución, fijando tasas para el autofinanciamiento en conjunto a un sistema de auditorías para la institución. Analiza el trabajo conjunto que puede realizar la CADHE con instituciones públicas, para obtener un resultado eficiente y estructurado. Incluye la forma de presentar resultados y sugiere formatos, los cuales nos facilitan el proceso de acreditación.

La bibliografía referida en el presente trabajo se la consideró un elemento imprescindible, ya que da a conocer trabajos previamente publicados que sirven de apoyo, da fiabilidad a nuestro trabajo documentando el origen de las afirmaciones y contenidos, permitiendo su verificación al lector para ampliar determinados apartados del trabajo que considere de interés ya sea sobre la JCAHO, procesos de acreditación, creación de los estándares y adaptación al Sistema Ecuatoriano, gestión de los recursos financieros para la CAHDE, trabajo en conjunto con otras entidades y la presentación de informes de resultados.

Puntualmente se puede referir bibliografía de relevancia al libro Health-Care Delivery Systems, texto guía durante el seminario de graduación, los manuales de COTECNA para Cursos de Auditores Internos, si se desea profundizar en la estructuración genérica de estándares y la presentación de resultados, el sitio web htt://www.jointcommissioninternational.org, para mayor conocimiento sobre la JCAHO, la documentación en el sitio web http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_EstandaresParaCertHospitalesM_20120813.pdf, para conocer más sobre estándares para la Certificación de Hospitales en otros países y las páginas web de las diferentes entidades de regulación en el Ecuador, cómo por ejemplo http://www.defensacivil.gov.do/funciones de la defensa civil, si se desea conocer sobre sus funciones.

CAPÍTULO 1

1. IMPLEMENTACIÓN DE LA CAHDE.

1.1 Historia de la acreditación de centros hospitalarios en otros países.

En el año 1917, fue creado un programa de estandarización de hospitales por la ACS (American Collage of Surgeons) con el objetivo de inspeccionar hospitales; en el año 1918 dio como resultado que sólo 89 de los 692 hospitales norteamericanos encuestados superaron los estándares requeridos. En 1950 la ACS continuó evaluando hospitales americanos, hasta llegar a acreditar 3.290 centros. El programa de estandarización era demasiado grande para la ACS, por lo que se asoció a otras

instituciones profesionales para formar la JCAH (Joint Commission of Accreditation of Hospitals). En el año 1953 la JCAH publicó los estándares para la acreditación de hospitales; en 1965 creó un programa de acreditación para centros de larga estancia y, en 1970 uno para centros psiquiátricos. La ampliación de la Joint Commission hacia otros tipos de centros sanitarios ha continuado hasta la actualidad. Este hecho motivó el cambio de nombre que se produjo en 1987: Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de la salud). A principios de los años 90, la Organización Panamericana de la Salud publicó un manual de acreditación de hospitales para los países de América Latina. A partir de esta base se ha creado un programa de acreditación de hospitales en Argentina, por el Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES); con una experiencia similar tanto en una provincia de Brasil como en Colombia donde se han editado manuales de estándares.

La JCAHO es una institución independiente, sin fines de lucro, cuyo propósito fundamental es la acreditación. El Consejo de Dirección de la JCAHO está formado por representantes de

diferentes instituciones, y su Misión es: "Mejorar la calidad de la asistencia que recibe el público a través de la acreditación sanitaria, y otros servicios que apoyan la mejora de la calidad en las instituciones sanitarias". [6]

1.2 En qué consiste la acreditación hospitalaria.

La acreditación de centros hospitalarios es un proceso de evaluación que se hace a una institución hospitalaria, que consiste en compararla de acuerdo con los estándares previamente establecidos, que definen a una institución como excelente. Si la institución evaluada cumple con los estándares, recibe un certificado de acreditación.

Una institución hospitalaria tiene interés en mostrar su nivel de calidad. Esta información puede interesar a los pacientes o potenciales pacientes del hospital, a los financiadores del hospital, sean éstos compañías de seguros o instituciones públicas; también interesa a las entidades del gobierno encargadas de las instituciones hospitalarias que deben velar por la seguridad de éstas.

Mediante la acreditación, la institución hospitalaria les transmite una información correcta y contrastada sobre su nivel de calidad, que no esté viciada por anécdotas o errores accidentales.

La acreditación es un método de evaluación, basado en la comparación con estándares previamente determinados que están publicados y son de dominio público. En la elaboración de los estándares se ha tenido en cuenta opiniones profesionales basadas en juicios de expertos.

La evaluación la realiza una institución externa a la entidad evaluada, con el objetivo que ésta sea independiente e imparcial. Estas dos características son las que garantizan a los usuarios de la evaluación que ésta ha sido realizada de forma correcta y por lo tanto pueden dar valor a los resultados.

La evaluación se realiza sobre el terreno; es decir, dentro de la institución evaluada, mediante profesionales hospitalarios que han sido formados específicamente para realizar esta evaluación. Estos profesionales son capaces de evaluar independiente e imparcialmente las instituciones evaluadas.

La acreditación finaliza con la entrega a la institución evaluada de un certificado, en el que la institución evaluadora certifica que ha realizado la revisión pertinente y que la institución evaluada cumple con los estándares.

La institución evaluadora garantiza mediante su firma ante terceros, de la fiabilidad de la evaluación realizada. El certificado tiene una duración temporal, generalmente de tres años.

La evaluación para la acreditación es diferente a una auditoría contable financiera, aunque las dos son evaluaciones externas. El objetivo de la evaluación es diferente, mientras en la auditoría financiera se evalúa la fiabilidad de la contabilidad; para la acreditación se evalúa la calidad de la institución hospitalaria.

La evaluación para la acreditación se realiza a toda la institución hospitalaria y, no un solo sistema o proceso como es el caso de la evaluación por las normas ISO. Estas normas sirven de base para certificar el sistema de calidad, el conjunto de los procesos y funciones de una institución. Las normas ISO son las mismas

para cualquier empresa, mientras que los estándares de acreditación son específicos para un tipo de institución hospitalario:

- Hospital público.
- Hospital privado.
- Hospitales de la junta de beneficencia.
- Centro de salud.
- Etc…

1.3 Estructura del Comité acreditador de hospitales.

La estructuración del comité de acreditación es una de las partes más importantes en este proyecto, dado que este comité estará encargado de realizar el proceso al que se someterán las diferentes instituciones, para obtener la acreditación respectiva. Por este motivo se debe ser muy cauteloso al momento de escoger miembros para este comité. La estructuración del comité debe ser equilibrada para estar seguros de obtener un proceso de acreditación exitoso y a su vez eficiente.

Dado que la estructuración es un proceso complicado, tedioso, con una gran responsabilidad y al no haber registros en nuestro país de una organización similar, en la que se pueda basar para

formar el comité, se tomará como referencia a las organizaciones internacionales que están encargadas de realizar acreditaciones a instituciones hospitalarias por más de 50 años, obteniendo grandes y buenos resultados en sus procesos.

La estructuración del comité se basará específicamente en la JCAHO. Esta organización está gobernada por un buró o comité de 28 miembros o comisionados. Los cuales están estructurados de la siguiente manera:

- Seis miembros públicos.
- Un representante general de enfermería.
- Miembros del colegio médico.
- Miembros del colegio de cirugía.
- Miembros de la asociación dental.
- Miembros de la asociación de hospitales.
- Miembros de la asociación médica.

Cada una de estas organizaciones designa a sus respectivos comisionados para ser parte de los 28 miembros que conformaran el Comité de Acreditación. En este caso, todas

estas organizaciones existen en los Estados Unidos de América. [6]

Para lo que corresponde a nuestro país, la estructuración de la CAHDE estará conformada por 7 miembros o comisionados. Los cuales serán designados de la siguiente manera:

- Un representante por parte de los Hospitales Privados.
- Un representante por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Un representante por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).
- Un representante por parte de la Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL).
- Un representante por parte de las Facultades de Medicina.
- Un representante por parte de las Fundaciones vinculadas con la Prestación de Servicios para la Salud.
- Un representante por parte de las Compañías de Seguros.

Una vez conformado el comité de acreditación de hospitales, la CAHDE está lista para brindar los servicios de evaluación y acreditación dirigidos a:

- Hospitales generales, psiquiátricos, pediátricos y de rehabilitación.

- Redes de atención médica, programas de salud, redes de urgencias y organizaciones de proveedores de servicios de salud.

- Centros de atención ambulatorios y organizaciones que proporcionan servicios de la salud en el hogar, personal para brindar cuidados y servicios de apoyo, infusión en el hogar y otros servicios de farmacia, servicios de equipos médicos y servicios de asilos u hospicios.

- Clínicas de reposo y otras facilidades para el cuidado de la salud a largo plazo, incluyendo programas de cuidados especiales, programas de atención a dementes y servicios de farmacia de largo plazo.

- Organizaciones para el cuidado de la salud del comportamiento, incluso aquellas que proporcionan salud mental, fármaco-dependientes y retardo mental e invalidez, orientadas a pacientes de diferentes edades y etapas.

- Proveedores de cuidados ambulatorios, incluyendo medios para la cirugía del paciente ambulatorio, centros de rehabilitación, centros de infusión, prácticas de grupo y otros.

- Laboratorios Clínicos.

Cabe recalcar que los servicios de evaluación y acreditación prestados, están orientados a las condiciones estructurales y tecnológicas de las instituciones, para que tras su cumplimiento se reduzcan los accidentes causados por estos factores, aislándose así las malas practicas médicas a ser corregidas y en conjunto incrementar los niveles de calidad hospitalaria en el país.

CAPÍTULO 2

2. PROCESO DE ACREDITACIÓN.

2.1 Generalidades.

El proceso de acreditación es una evaluación basada en criterios y estándares de calidad previamente establecidos, que es llevada a cabo por un organismo externo, que procura garantizar la calidad del cuidado al paciente y la organización como tal.

El proceso de acreditación está formado por diferentes etapas que la organización debe llevar a cabo, para así poder obtener su respectiva certificación.

A continuación se mostrarán las diferentes etapas del proceso de acreditación.

2.2 Etapas del proceso de acreditación.

2.2.1 Solicitud de incorporación y proceso de Autoevaluación.

Para participar en el proceso de acreditación, una institución o una organización debe solicitar su incorporación al proceso conducido por la CAHDE.

Luego, la institución u organización debe realizar una autoevaluación, que se efectúa a través de un análisis de la información disponible y consultas a fuentes, tanto internas como externas; analizando las políticas y mecanismos de autorregulación existentes; identificando fortalezas y debilidades y de la capacidad de dar cumplimiento oportuno a los criterios de evaluación, y a los propósitos definidos en la propia misión institucional o del programa en cuestión.

Se firma el convenio de acreditación con la CAHDE, donde se establece el plazo para entregar el informe de autoevaluación, dándose a conocer las normas, criterios

de evaluación, plazos y aranceles asociados a la evaluación externa.

2.2.2 Evaluación Externa.

El informe de Autoevaluación contempla la información sustantiva de la institución u organización. Incluye un análisis crítico de los resultados de las autoevaluaciones, especificando las fortalezas, debilidades, el nivel de cumplimiento de los criterios de evaluación y los planes de mejoramiento.

En la visita de evaluación externa, la evaluación está a cargo de un comité de pares de expertos convocados por la CAHDE; este comité debe contar con la aprobación de la institución evaluada. El comité tiene como misión revisar los informes de autoevaluación, verificar en terreno la información declarada, evaluar el cumplimiento de los criterios de evaluación y luego, emitir un informe de evaluación externa.

El informe es enviado a la institución, la que tiene derecho a formularle observaciones o complementar con antecedentes.

2.2.3 Pronunciamiento de Acreditación.

El pronunciamiento de acreditación será adoptado por la CAHDE, sobre la base de:

- Los criterios de evaluación previamente definidos.
- El informe de autoevaluación.
- El informe de los pares evaluadores.
- Las observaciones que la institución formule en dicho informe.

Luego de revisar exhaustivamente la información disponible, la CAHDE emite un acuerdo de Acreditación que considera las siguientes alternativas:

- Si la institución cumple íntegramente con los criterios de evaluación, la acreditación puede extenderse por un plazo de tres años.

- Si una institución no cumple íntegramente con dichos criterios, pero presenta niveles de cumplimientos

aceptables, la comisión podrá acreditarla por un período inferior, sugiriéndose un año bajo evaluaciones periódicas, luego de las cuales, tras su cumplimiento, se da paso a la acreditación en firme

- Si el nivel de cumplimiento de los criterios no es aceptable, la Comisión no otorgará la acreditación y formulará las observaciones correspondientes. La institución podrá volver a someterse al proceso de acreditación en un plazo de dos años, donde se considerarán dichas observaciones y las medidas implementadas por la institución para subsanarlas.

2.2.4 Mejoramiento Continuo.

Si bien el proceso concluye formalmente con el juicio de la CAHDE, el aseguramiento de la calidad exige mantener un permanente control de las acciones de mejoramiento. Mantener este proceso activo significa contribuir al mejoramiento permanente de la calidad. Los procesos de autoevaluación y acreditación son ciclos que buscan promover en las instituciones una cultura de

evaluación y la implementación de acciones de mejora continua.

Para mantener la acreditación, una organización debe someterse a inspección por un equipo designado por la CAHDE por lo menos cada año por motivos de control y luego de tres para renovar la acreditación (proceso de re-acreditación).

2.3 Áreas a evaluar en el hospital.

Las diferentes áreas para las cuales la CAHDE genera estándares y realiza evaluaciones a fin de acreditar al hospital son:

a. Servicios de Anestesia. Deben existir cuando el hospital presta servicios de cirugía y obstetricia.

b. Edificios y tierra de seguridad. Es premisa para el hospital ser estructuralmente seguro para todos aquellos que lo usan.

c. Dietéticos. Los servicios dietéticos deberán satisfacer las necesidades nutricionales de los pacientes.

d. Servicios de Emergencia. Personal calificado evaluará apropiadamente cualquier individuo que llegue a la emergencia médica del hospital, para evaluación o tratamiento inicial, y se darán servicios apropiados dentro de la capacidad definida del hospital.

e. Seguridad Funcional e Higienización. El hospital será funcionalmente seguro e higiénico para los pacientes, el personal del hospital y los visitantes.

f. Cuerpo de Gobierno. Habrá un cuerpo de gobierno organizado, o personas designadas que tienen responsabilidad global por el funcionamiento del hospital de una manera apropiada, con el objetivo de brindar un cuidado de alta calidad al paciente.

g. Servicios de cuidados en el Hogar. Un hospital que proporciona cuidados en el hogar debe coordinar la provisión eficaz de medicamentos, médicos, enfermeras y servicios para el cuidado de la salud de alta calidad en el hogar.

h. Servicios de Cuidados Ambulatorios. Los Cuidados ambulatorios proporcionados directa o indirectamente por el hospital se darán de manera segura y efectiva, siendo diseñados para asegurar la óptima calidad alcanzable.

i. Control de Infección. Deberá haber un programa efectivo para el control de infecciones en el hospital.

j. Gerencia y Servicios Administrativos. La gerencia del hospital debe ser llevada a cabo con efectividad y eficiencia.

k. Servicios de Archivos. El hospital mantendrá registros médicos documentados con precisión y de manera oportuna, que serán rápidamente accesibles permitiendo la recuperación pronta de información, incluyendo datos estadísticos.

l. Personal. Habrá un colectivo profesional organizado, que tiene la responsabilidad global por la calidad de todo el cuidado médico proporcionado a pacientes, así como por la conducta ética y práctica profesional de sus miembros,

incluyéndose por la contabilidad ante la dirección del hospital y estado, los equipos médicos.

m. Servicios de Medicina Nuclear. Los Servicios de Medicina Nuclear estarán convenientemente disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes determinadas por el personal médico.

n. Servicios de Enfermería. Habrá un departamento de servicios de enfermería organizado que tome todas las medidas razonables a fin de alcanzar la máxima calidad en los cuidados de enfermería que se brindan, y mantener la óptima conducta y práctica profesional de sus miembros.

o. Servicios de Patología y Laboratorio. Los servicios de Patología y Laboratorio Médico estarán convenientemente disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes determinadas por el personal médico.

p. Servicios Farmacéuticos. El hospital mantendrá un departamento o servicio farmacéutico que se conduce de

acuerdo a las prácticas éticas y profesionales aceptadas, así como con todos los requisitos legales.

q. Biblioteca Profesional. El hospital proporcionará servicios de biblioteca para satisfacer las necesidades informativas, educativas y de investigación, desarrollos relacionados con las necesidades del personal médico del hospital.

r. Aseguramiento de la Calidad. El hospital demostrará un esfuerzo consistente para brindar cuidados óptimos al paciente, con los recursos disponibles y de acuerdo a metas alcanzables. Un componente principal en la aplicación de este principio es el funcionamiento de un programa de aseguramiento de la calidad.

s. Servicios de Radiología. Los Servicios de Radiología estarán convenientemente disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes determinadas por el personal médico.

t. Servicios o Programas de Rehabilitación. Los servicios o programas de Rehabilitación estarán regular y

convenientemente disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes.

u. Servicios de Cuidados Respiratorios. Los Servicios de Cuidados Respiratorios serán dispuestos para satisfacer las necesidades de los pacientes que determine el personal médico, y estarán disponibles de manera permanente.

v. Trabajo en la Comunidad. Los Servicios de trabajo comunitario estarán prontamente disponibles para el paciente, la familia del paciente y otras personas significativas para el paciente, a fin de preparar a estos individuos para los impactos de enfermedad y promover al máximo el aprovechamiento de los beneficios brindados por los cuidados de salud de la institución.

w. Unidades de Cuidados Especiales. Las Unidades de cuidados especiales, cuando resulte apropiado para el hospital, se establecerán para pacientes que requieren cuidados extraordinarios de manera concentrada y continua.

CAPÍTULO 3

3. ESTÁNDARES DE LA CAHDE.

3.1 Generalidades.

Para un proceso de estandarización se requiere seleccionar rasgos de la estructura del sistema, proceso u objeto a regular; en este caso se hace referencia a los Centros Hospitalarios. Los criterios restrictivos, formalizan los límites de lo que se considera o no dentro de los estándares.

Este capítulo ha sido elaborado con la finalidad de brindar un modelo base necesario para el establecimiento, implementación, seguimiento, operación, revisión,

mantenimiento y mejora de estándares para un Sistema de Gestión de la Seguridad Hospitalaria (SGSH) en el Ecuador. La adopción de un SGSH debería ser una decisión estratégica para el Sistema de Salud Nacional. El diseño y la implementación del SGSH, en una organización, están influenciados por las necesidades, los objetivos y los requisitos de seguridad, así como también por los procesos empleados. Se espera que la implementación de un SGSH se ajuste de acuerdo con las necesidades de la organización que lo adopta; por ejemplo, una situación simple requiere una solución del SGSH simple.

Los objetivos de los estándares son:

- Utilizar las normas competentes y, en base a ellas, evaluar la conformidad hacia las mismas por las partes interesadas, tanto internas como externas.

- Cubrir todo tipo de eventualidades en organizaciones que presten servicios de salud a la comunidad ecuatoriana. Con las normas, expuestas en los diferentes estándares, se podrían especificar los requisitos para establecer, implementar, operar, hacer seguimiento, revisar, mantener y

mejorar un SGSH documentado, dentro del contexto de los riesgos de las organizaciones.

- Especificar los requisitos para la implementación de controles de seguridad, adaptados a las necesidades de las organizaciones individuales o a partes de ellas.

3.2 Conceptos básicos.

Estándares.- Son documentos que se consideran para establecer un nivel mínimo de prestaciones o para definir elementos tales como los métodos de prueba, especificaciones, propiedades, definiciones o prácticas. Estos documentos no tienen fuerza de ley. [1]

Es decir, que sirven como patrón o referencia sugerida y están creados en base a normas y reglamentos, para asegurar que los materiales, productos, procesos y servicios se ajusten a su propósito.

Normas.- Son documentos emitidos originalmente por un gobierno o entidad privada. Son incluidos total o parcialmente

en un estándar. Son documentos con fuerza de ley desde el principio. [1]

Es decir, las normas son reglas de obligado cumplimiento.

3.3 Importancia de los estándares en el cuidado de la salud.

Para definir la importancia de los estándares en los procesos y servicios para el cuidado de la salud, se debe recordar que la premisa general de estandarización es la redacción y aprobación de normas, las que se establecen para garantizar el acoplamiento de elementos independientes dentro de una estructura, para que éstos trabajen en conjunto, así como para asegurar la rápida respuesta en caso de ser necesario; así se garantiza la calidad de los elementos, la seguridad de funcionamiento y el trabajo con responsabilidad social.

En base a lo expuesto, tanto en los conceptos básicos como en la premisa, se puede definir, que los estándares de la CAHDE deben ser el conjunto de normas y reglas que permiten ajustar a su propósito, tanto los procesos como los servicios para el cuidado de la salud en el Estado Ecuatoriano; de allí no solo su importancia sino también su necesidad.

Hay que tener en cuenta que normalización, regulación y certificación no son lo mismo:

- Normalización consiste en elaborar, difundir y aplicar normas.

- Regulación es una interpretación más exacta, ya que establece restricciones a los individuos y grupos, directamente obligándolos a tomar acciones. [1]

- Certificación es la acción llevada a cabo por una entidad reconocida e independiente, relacionada con la acreditación de centros hospitalarios que es un proceso de evaluación realizada a una institución hospitalaria, y consiste en compararla de acuerdo con los estándares previamente establecidos, que definen a una institución como excelente. Si la institución evaluada cumple con los estándares, recibe un certificado de acreditación (certificación).

Los estándares de la CAHDE deben de contener consideraciones técnicas tales como:

- Normas ambientales.
- Normas biológicas.
- Normas eléctricas.

- Normas radiológicas.
- Normas generales.

Que garanticen la seguridad de los pacientes, así como de todo el personal involucrado, sea éste médico, administrativo o de apoyo.

Los estándares tienen una cobertura cultural sobre la población en el Estado Ecuatoriano, en especial para los derechos de los pacientes; y son complementados con las leyes y reglamentos del Estado Ecuatoriano. Cuando existiesen leyes locales o nacionales relacionadas con un estándar, para el cumplimiento regirá lo que establezca el requisito más estricto.

3.4 La junta directiva y su intervención en los estándares.

La junta directiva de la CAHDE está comprendida por un grupo representativo como personal técnico calificado, personal médico calificado, administradores con experiencia en calidad y seguridad, expertos en políticas públicas y representantes de organizaciones que ofrecen servicios para el cuidado de la salud; debido a ello la junta directiva de la CAHDE estará integrada de por 7 miembros de la siguiente manera:

- Un representante por parte de los Hospitales Privados.
- Un representante por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Un representante por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).
- Un representante por parte de la Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL).
- Un representante por parte de las Facultades de Medicina.
- Un representante por parte de las Fundaciones vinculadas con la Prestación de Servicios para la Salud.
- Un representante por parte de las Compañías de Seguros.

La CAHDE establece los estándares que miden la calidad de los servicios para el cuidado de la salud en el Ecuador; por ello, de manera continua, la Junta Directiva de la CAHDE se debería reunir para revisar estos estándares, proveer recomendaciones, adiciones y mejoras de los mismos; liderando así la mejora continua, mediante la elaboración y el proceso de revisión de los estándares de acreditación, para Centros Hospitalarios en el Ecuador. La labor del grupo de trabajo puede perfeccionarse, basándose en una revisión de campo internacional de los

estándares, junto con los aportes de expertos y demás personas con conocimientos especializados.

Con respecto a la frecuencia con que se deben actualizar los estándares, la información y la experiencia relacionadas con los estándares se reunirán en forma permanente. Si un estándar ya no refleja las prácticas de atención sanitaria contemporáneas, concomitantes con la tecnología comúnmente disponible y las prácticas de gestión de calidad, entonces el mismo deberá ser revisado o eliminado. Se define provisoriamente que los estándares serán revisados y publicados al menos cada tres años.

3.5 Organización de los estándares.

La organización funcional de los estándares es por el momento la más ampliamente utilizada en el mundo entero; entonces los estándares de todas las organizaciones sanitarias se organizarán en torno a las funciones importantes y comunes, relacionadas con la atención al paciente y la presentación de una organización segura, efectiva y bien manejada.

Los estándares se aplican a toda la organización, así como a cada departamento de unidad o servicio dentro de la misma. El proceso de evaluación reúne información sobre el cumplimiento de los estándares, dentro de toda la institución, bajo procesos para la toma de decisiones y otorgamiento de la acreditación, basándose en el nivel de calidad y el cumplimiento ante la normativa de dicha institución.

3.6 Fuentes para desarrollar los estándares.

Se tomarán como fuentes primarias para el desarrollo de los estándares las tesinas presentadas por la Escuela Superior Politécnica del Litoral en el seminario de graduación “PRINCIPIOS DE INGENIERÍA CLÍNICA” 2011 – 2012 bajo los temas de:

- “DESARROLLO DE NORMAS AMBIENTALES QUE GARANTICEN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”.

- “DESARROLLO DE NORMAS BIOLÓGICAS QUE GARANTICEN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”.

- “DESARROLLO DE NORMAS ELÉCTRICAS QUE GARANTICEN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”.

- “DESARROLLO DE NORMAS RADIOLÓGICAS QUE GARANTICEN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”.

- “DESARROLLO DE NORMAS GENERALES QUE GARANTICEN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”.

Los estándares pueden estar disponibles para ser usados por la comunidad en general; así pues, al estar estos estándares a disposición de todo el público, podrán ser utilizados por organizaciones sanitarias y agencias públicas para mejorar la calidad de atención al paciente. Los estándares pueden obtenerse de forma gratuita, a fin de tener en cuenta su aplicación y adaptación a las necesidades de cada entidad de salud. La traducción y el uso de los estándares tal como fuesen publicados por la CAHDE necesitarán autorización.

3.7 Estructura de los estándares.

Cada uno de los estándares define las estructuras y los procesos que ha de tener desarrollados una institución, para poder ofrecer una buena calidad asistencial. Un estándar puede diversificarse en varios sub-estándares, que a su vez pueden tener ramificaciones, con lo que el conjunto normativo tiene una

forma arborescente. El enunciado de cada estándar o sub-estándar va acompañado de una explicación amplia del propósito del mismo, que permita su comprensión y los elementos de medición de su cumplimiento. La filosofía de fondo es la mejora continua en la Gestión de Seguridad Hospitalaria en el Ecuador, con un alto índice de calidad. Las metas de los estándares son:

- Identificar correctamente a los pacientes.
- Mejorar la comunicación efectiva a todo nivel.
- Mejorar la seguridad de las fuentes de alto riesgo.
- Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, con el equipo preciso en óptimo estado.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud y con la atención médica.
- Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- Acceder a la atención médica correcta de forma óptima en los centros de salud y garantizar continuidad en la misma.
- Defender los derechos del paciente y de su familia.
- Evaluar la atención a los pacientes, personal médico e infraestructura del centro de salud.

- Asegurar la atención quirúrgica sin riesgos y el correcto uso de medicamentos.
- Promover la educación del paciente y de su familia.
- Prevenir y controlar las infecciones.
- Comprometer al Gobierno en liderazgo y dirección.
- Gestionar y asegurar las instalaciones de los centros de salud, bajo las premisas dictadas en las normativas.
- Calificar y educar al personal.
- Manejar la comunicación y la información para que ésta sea concisa y efectiva.

El capítulo 6 “INFORME DE RESULTADOS PRESENTADOS POR LA CAHDE”, sugiere formatos para indicadores de procesos y resultados, que permiten dar seguimiento y evaluar los procesos de los programas, de los sistemas de atención médica y de servicios en general.

Cada estándar cuenta con su enunciado, el propósito, las normas relacionadas al mismo y uno o varios elementos medibles relacionados, que se pueden medir. [6]

En el **ENUNCIADO** del estándar se definen las expectativas generales de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros de alta calidad.

El **PROPÓSITO** es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar; puede contener expectativas detalladas del estándar que se evalúa en el proceso de evaluación.

Las **NORMAS** son las reglas y parámetros técnicos relacionados con el estándar, requisitos que deben seguirse para asegurar el cumplimiento del mismo.

Los **ELEMENTOS MEDIBLES** son aquellos requisitos del estándar a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación. Enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta, y proporcionan mayor claridad a los estándares. Los elementos medibles serán calificados con la siguiente escala:

NA (sin valor): significa que no aplica el elemento medible y reduce el denominador para calcular adecuadamente el porcentaje de cumplimiento.

Cero (0): significa que no cumple.

Cinco (5): significa que cumple parcialmente.

Diez (10): significa que cumple totalmente.

Por lo tanto, cada elemento medible de un estándar se califica como “cumple”, “cumple parcialmente”, “no cumple” o “no aplica”.

Se califica como “cumple” cuando la respuesta es “sí” o “siempre” al requerimiento específico del elemento medible.

Pero también cuando:

- Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de 12 meses para recertificación de la acreditación (re-acreditación).
- Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de cuatro meses para primera certificación de la acreditación.

Se califica como “cumple parcialmente” cuando la respuesta es “habitualmente” o “a veces” al requerimiento específico del elemento medible.

Pero también cuando:

- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 5 - 11 meses para la recertificación de la acreditación.
- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 1 - 3 meses, para la primera certificación de la acreditación.

Se califica como “no cumple” si la respuesta es “rara vez” o “nunca” al requerimiento específico del elemento medible.

Pero también:

- Cuando se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de 0-4 meses para recertificación de la acreditación.
- Cuando se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de menos de un mes, para la primera certificación de la acreditación.

Se califica como “no aplica” si los requerimientos del elemento medible no corresponden a los servicios que brinda el hospital.

En resumen, los elementos medibles de un estándar son aquellos requisitos del estándar con su respectiva declaración de intención, que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación para la acreditación, enumerando lo que es necesario, a fin de cumplir en forma absoluta con el estándar. La enumeración de los elementos medibles proporcionan una mayor claridad, ayudando a que las organizaciones eduquen al personal y se preparen para la evaluación de acreditación.

3.8 Uso del manual de estándares.

El manual de estándares puede usarse para:

- Guiar la gestión eficiente y efectiva de una organización de atención sanitaria.

- Guiar la organización, la prestación de servicios de atención al paciente, los esfuerzos por mejorar la calidad y la eficiencia de dichos servicios.

- Revisar las funciones importantes de una organización de atención sanitaria.

- Conocer aquellos estándares que todas las organizaciones deben cumplir a fin de obtener la acreditación de la CAHDE.

- Revisar las expectativas de cumplimiento de los estándares y los requisitos adicionales encontrados en las declaraciones de intención asociadas.

- Conocer las políticas, los procedimientos y el proceso de la acreditación.

- Familiarizarse con la terminología utilizada en el manual.

Una vez establecidas estas bases, los líderes pueden traducir su visión en acciones reales, dando los pasos necesarios para desarrollar competencias fundamentales dentro de la organización:

- **Disponer de información:** De los directivos que deben tener conocimiento sobre cuáles son los problemas de seguridad. Para ello, se deben haber evaluado tanto las fortalezas como

las debilidades de cada institución y saber si los directivos están contribuyendo a mejorar la calidad, así como, cualquier condición negativa del ámbito cultural en el lugar de trabajo.

- **Definir una dirección:** Los responsables deben esforzarse por establecer una misión, visión y objetivos que sean significativos para los miembros de la organización, con los que éstos se sientan identificados. La visión y objetivos óptimos son elevados y apuntan a mover a las personas a la acción.

- **Generar interés:** De aquello a lo que dirigen sus esfuerzos los directivos, viéndose reforzado en la cultura. Los líderes deben “predicar con el ejemplo” y demostrar con sus actos que la seguridad es una prioridad corporativa.

- **Desarrollar capacidades:** Los directivos deben asignar recursos al desarrollo de competencias a través de distintos medios, entre los que se incluyen la capacitación sobre seguridad y el desarrollo de habilidades.

- **Crear sentido de la responsabilidad:** Los líderes deben mostrar primero su sentido de la responsabilidad, antes de esperar recibirlo de los demás. Esto requiere el desarrollo de planes de acción en toda la organización, incluyendo a sus directivos, y un seguimiento rutinario de las acciones que se llevan a cabo.

CAPÍTULO 4

4. GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA LA CAHDE.

4.1 Financiamiento de la CAHDE.

La CAHDE debe determinar cómo proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener la institución como tal, basándose en los costos generados por cada proceso de acreditación y otros gastos en los que se encuentran los costos directos, incrementales o marginales:

- Los salarios.
- Gastos de educación continua.

- Papelería.
- Seguros.
- Costos de partes.
- Gastos de gasolina, etc.

También se debe tener presente que existen costos fijos tales como:

- Renta del espacio.
- Depreciación de equipo de prueba.
- Administración del depto.
- Costos de inventario.
- Luz.
- Intendencia.

Por este motivo y al ser un proyecto nacional, la institución como tal será financiada por el estado, a la vez se justificará los gastos mediante tarifas que se cobrarán a instituciones públicas y privadas. La forma en la que se realizará el financiamiento será la siguiente:

- El estado proporcionará anualmente un presupuesto para la institución.

- En cada proceso de acreditación ya sea este para hospitales públicos o privados, se establecerá un rubro de acreditación dependiendo la capacidad hospitalaria y las diferentes áreas a acreditar.

- Con los rubros que se les facture a los hospitales públicos, se procederá a realizar un proceso de justificación de los gastos ya cancelados previamente por el estado.

- Con los servicios prestados a hospitales privados, se procederá a facturarle a nombre de la razón social para con estos recursos la institución pueda cubrir ciertos gastos no presupuestados por el estado, evitándose así que existan falencias en el financiamiento.

- Para asegurar que los recursos entrantes a la institución sean correctamente distribuidos, se realizará un informe en el registro de los ingresos y egresos de los recursos.

- Al término de cada período anual se procederá a contratar una empresa auditora, que asegure que se está dando un buen manejo de los recursos adquiridos por la institución.

- La CAHDE remitirá al estado toda su información sobre los recursos mediante esta empresa auditora, para que éste haga uso de ellos y retroalimente a todos los centros hospitalarios.

- La CAHDE con la misión de mejorar la calidad de los técnicos e ingenieros expertos en lo concerniente a la revisión de los centros hospitalarios, proporcionará becas de capacitación continua para obtener un proceso de acreditación eficiente.

- La adquisición de equipos estará auditada y controlara por el director de la CADHE.

4.2 Rubros en el Proceso de Acreditación.

En el proceso de acreditación, los rubros que se facturarán a las instituciones que requieran la evaluación variarán, dependiendo de la capacidad; hay que tomar en cuenta varios factores que no dependen del tipo de financiamiento de la institución a acreditar, sino de la localización geográfica. Para solicitar el costo del proceso de acreditación se procederá de la siguiente manera:

- Se remitirá al solicitante una proforma de los costos del proceso de evaluación para su aceptación.

- El costo del proceso de acreditación se calcula en base al número de evaluadores.

- Se contarán los días necesarios en cada una de las actividades de evaluación, en relación del alcance de acreditación.

Para todas las evaluaciones, con la aceptación de la proforma de los costos por los servicios del proceso de evaluación, se solicitará que se haga el pago anticipado con al menos 7 días anteriores a la fecha prevista de la evaluación.

ESPECIFICACIÓN DE RUBROS	**VALORES EN DÓLARES AMERICANOS**
Documental	320.00
Testificación	320.00
Experto	200.00
Sector	80.00

TABLA 4.1 Costos de evaluación para el proceso de Acreditación.

La Documentación se requiere cuando la CAHDE solicita que la evaluación documental se realice en sus instalaciones; para

este caso la evaluación documental tiene un valor extremadamente importante, debido a que estos documentos son la constancia de la evaluación realizada en un centro hospitalario.

La Testificación es un rubro que permite establecer responsabilidades respecto de los evaluadores al testificar en un acto judicial.

Los rubros destinados a los Expertos y al Sector, cubren respectivamente tanto los honorarios del especialista del área a evaluar, así como la movilización al centro hospitalario a ser evaluado.

Todos estos rubros se deberán facturar por cada una de las áreas a evaluar.

4.3 Costo de los Certificados de Acreditación.

Cuando toda la evaluación haya concluido y los resultados hayan sido satisfactorios, se procederá a realizar una inspección para la posterior entrega de los certificados que

acrediten el centro hospitalario. Este proceso tendrá un costo tal como se indica:

- La inspección requiere la presencia del experto que haya evaluado el centro previamente. Esta una vez terminada deberá facturarse.

- La entrega del certificado como tal, es un rubro que se procederá a facturar.

ESPECIFICACIÓN	VALORES EN DÓLARES AMERICANOS
Visita del experto	600.00
Entrega del certificado	500.00

TABLA 4.2 Rubros en los que se valora los Certificados de Acreditación.

Todos estos rubros se deberán facturar por cada una de las áreas a acreditar.

4.4 Administración de los Recursos de la CAHDE.

La administración de los recursos de la CAHDE se encarga de ciertos aspectos específicos de la institución, que varían de

acuerdo con la naturaleza de cada una de las funciones, las funciones más básicas que desarrolla la administración son:

- La inversión.
- El financiamiento.
- Las decisiones sobre los dividendos de la institución.

La administración es el área que cuida de los recursos financieros de la empresa, centrándose en dos aspectos importantes de los recursos financieros como lo son: la rentabilidad y la liquidez. Esto significa que la administración busca que los recursos de la institución sean completamente aprovechados en el momento exacto.

4.4.1 Decisiones de los Recursos Financieros.

Ante la necesidad de los recursos, la institución deberá tomar decisiones sobre cómo financiar sus propios proyectos, cómo determinar el tipo de financiamiento que deberán tener estos proyectos y, decidir si recurrirá al financiamiento de bancos nacionales o internacionales, sean éstos públicos o privados indistintamente.

4.4.2 Destino de los Recursos Financieros.

El destino de los recursos se basa en el pago de las deudas de la institución, así como la adquisición de equipos, herramientas y materiales que ayuden a mejor la calidad de la evaluación, para que la acreditación se cumpla con una implementación de primer nivel.

4.5 Infraestructura y ambiente de trabajo.

4.5.1 Recursos Humanos.

El personal que realice trabajos que vayan en contra a de los estándares, y del usuario final debe, ser probo y con una solida educación, formación y experiencia.

4.5.2 Capacidad, Formación y Toma de Conciencia del Personal.

La organización debe determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad de los estándares que inciden en el usuario final. Cuando sea posible, proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria, evaluando la eficacia de las acciones tomadas, asegurándose de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus

actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de los estándares, así como mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia; tales registros establecidos deben proporcionar evidencia de la conformidad tanto con los estándares, como de la operación eficaz del sistema.

4.5.3 Infraestructura.

La Institución debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los estándares. La infraestructura incluye:

- Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados.
- Equipamiento para los procesos (tanto hardware como software).
- Servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).

4.5.4 Ambiente de trabajo.

La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los estándares.

Nota: El término “ambiente de trabajo” está relacionado con aquellas condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo, incluyendo factores físicos, ambientales, y de otro tipo (tales como el ruido, la temperatura, la humedad, la iluminación o las condiciones climáticas).

CAPÍTULO 5

5. TRABAJO EN CONJUNTO DE LA CAHDE Y OTRAS ENTIDADES DE CONTROL.

5.1 Relación de Trabajo del a CAHDE con Entidades de Regulación Estatales.

El proceso de acreditación de instituciones y organizaciones, que prestan servicios de atención médica a pacientes, es un proceso que necesita por medio de la institución acreditadora un gran esfuerzo y constancia. Por esta razón y para poder realizar un buen trabajo en el proceso de acreditación, la CAHDE trabajará en conjunto con varias entidades de regulación estatales. Lo importante de esta relación de trabajo

entre la CAHDE y estas entidades, es que se podrá realizar un trabajo consciente y eficiente, tratando a su vez de eliminar monopolios que en un futuro pudieran perjudicar a la institución acreditadora. Se usará la información de las entidades de regulación estatales para analizar el estado de las instituciones, y se compararán con las autoevaluaciones que cada institución entregará en su proceso de acreditación.

Luego de constatar personalmente el estado en que se encuentra la institución por parte del comité acreditador, se podrán sacar conclusiones más exactas y concretas. Para establecer con qué entidades de regulación estatales podría trabajar la CAHDE, se deberá hacer un estudio de las entidades reguladoras, para saber si el trabajo realizado por dicha institución es de ayuda en el proceso de acreditación, y si sus niveles de regulación son los adecuados. Una vez demostrado que la entidad reguladora es de ayuda en el proceso de acreditación, esta entidad podrá comenzar a trabajar en conjunto con la CAHDE. Para poder entender mejor el trabajo que realizará la CAHDE con entidades de regulación estatales, se procederá a realizar un detalle de las entidades con las cuales se podría realizar un trabajo en conjunto. Las siguientes

entidades realizan un trabajo de regulación en Ecuador; de las más afines para conforma el comité acreditador y dar inicio a este proyecto:

- Ministerio de Salud Pública.
- Cuerpo de Bomberos.
- Defensa Civil.
- Instituto Nacional de Higiene (INH).
- Organismo de Acreditación Ecuatoriano (OAE).
- Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN).

5.1.1 Trabajo en conjunto de la CAHDE y el Ministerio de Salud Pública.

La CAHDE y el Ministerio de Salud Pública son entidades que buscan un fin común; la diferencia entre los objetivos de estas dos entidades es el hecho de que, la CAHDE se centra específicamente en la parte hospitalaria con el cumplimiento de normas y estándares; mientras que el Ministerio de Salud Pública realiza un trabajo más generalizado, dado que entre sus fines y objetivos están:

- La coordinación e integración progresiva de los servicios de salud, con miras a aumentar su cobertura para llegar a todos los estratos sociales y lograr una descentralización administrativa.

- La intensificación de los programas de agua potable y alcantarillado especialmente en las zonas marginales.
- Impulsar el desarrollo de la medicina preventiva en conjunto con la educación sanitaria.
- La regionalización de los servicios de salud.
- El abaratamiento de las medicinas mediante la reducción de impuestos.
- El control de precios.
- La producción de drogas genéricas.
- La instalación de farmacias populares.
- Promover la investigación y educación nutricional.
- El desarrollo de programas de alimentación básica para la madre embarazada, el recién nacido y los niños en edad escolar.

Por estos motivos es posible pensar que entre estas dos organizaciones pueda haber un trabajo en conjunto, del cual ambas entidades salgan favorecidas.

La forma en que se manejarían las instituciones es la siguiente:

- Cada centro hospitalario realizará su respectiva autoevaluación del estado en que se encuentra la institución, la que a través de su comité será verificada.

- Si el centro hospitalario no cumple los estándares requeridos por la CAHDE, para poder obtener la acreditación que le permita funcionar normalmente, se le enviará un informe al Ministerio de Salud Pública, en el que se hará referencia de las fallas y problemas que presenta la institución.

- El Ministerio de Salud Pública puede inmediatamente tomar acciones para enmendar los errores y falencias del hospital.

- Una vez que el Ministerio de Salud Pública realizó los correctivos necesarios al centro hospitalario, inmediatamente se puede pedir una nueva evaluación para la acreditación, se recomienda una previa autoevaluación.

- Una vez que el centro hospitalario obtiene su acreditación, habrán controles de la CAHDE para constatar que, se siguen cumpliendo las normas establecidas en el proceso de acreditación.

- La CAHDE será el ente que alerte al Ministerio de Salud Pública, para que éste tome los correctivos o sanciones, de ser el caso, a los centros hospitalarios que no cumplan los estándares requeridos para funcionar.

5.1.2 Trabajo en conjunto de la CAHDE y el Cuerpo de Bomberos.

El poder trabajar con el Cuerpo de Bomberos le permite a la CAHDE poder evaluar la infraestructura y la seguridad, con la que consta cada uno de los hospitales a evaluar. El trabajo del Cuerpo de Bomberos se fundamenta en la ley de seguridad nacional, la ley de defensa contra incendios, y las ordenanzas municipales y sus reglamentos.

Las funciones principales del cuerpo de bomberos son:

- Cumplir y hacer cumplir las leyes, ordenanzas y reglamentos en el ámbito de su competencia.

- Prevenir y proteger a las personas y bienes de la acción destructiva del fuego, así como de otros desastres.

- Desarrollar acciones de salvamento, evacuación y rescate en cualquier contingencia que se presentase en el cantón o ante requerimiento pertinente en el ámbito regional, nacional o internacional, que lo amerite.

- Prestar atención pre-hospitalaria para socorro en casos de emergencias, catástrofes y siniestros.

- Brindar orientación y asesoramiento a otras entidades locales, nacionales e internacionales en las materias de su conocimiento, mediante acuerdos de colaboración, convenios o contratos de beneficio recíproco. [11]

La forma de trabajo de la CAHDE y el Cuerpo de Bomberos será de la siguiente manera:

- Al ser el Cuerpo de Bomberos una entidad experta en lo que se refiere a seguridad, y dado que entre sus funciones se encuentra dar asesoramiento a entidades, el Cuerpo de Bomberos podría realizar un informe de la infraestructura del hospital, y éste sería enviado al comité de la CAHDE para su análisis.

- En el informe que realizará el Cuerpo de Bomberos se detallará si la infraestructura tiene los niveles de seguridad adecuados para poder operar como hospital, se detallará si el edificio está preparado para cualquier emergencia o desastre que pudiera ocurrir, y si su personal tiene la debida instrucción para poder manejar situaciones de peligro.

- En el informe entregado a la CAHDE por el Cuerpo de Bomberos, se detallará si el hospital cumple o no con los estándares requeridos.

- En caso que el hospital no cumpla con la revisión del Cuerpo de Bomberos, entonces el nosocomio podrá realizar mejoras en su infraestructura, bajo la supervisión de dicha entidad.

- Una vez que el hospital pasa la revisión del Cuerpo de Bomberos, el personal que labora en la institución deberá ser debidamente capacitado por el Cuerpo de Bomberos, para poder desenvolverse correctamente en situaciones de extremo peligro, hasta que llegue la ayuda necesaria.

5.1.3 Trabajo en conjunto de la CAHDE y la Defensa Civil.

Para poder comprender el trabajo en conjunto de la CAHDE y de la Defensa Civil, primero debemos analizar las funciones que realiza la Defensa Civil, para así entender por qué es necesario este trabajo en conjunto.

Las funciones generales más evidentes de la Defensa Civil son:

- Identificación de las emergencias y accidentes colectivos más frecuentes en la población, para

elaborar y difundir las normas más recomendables, logrando así evitarlas o disminuirlas.

- Determinar las zonas más vulnerables.

- Precisar las zonas y sectores geográficos más peligrosos, que sean más factibles para operaciones de evacuación o dispersión de la población.

- Determinar las estructuras de mayor riesgo, producidos por fenómenos naturales o por el hombre.

- Planificación de posibles alojamientos de emergencia, desde los sistemas más prácticos de abastecimiento hasta la utilización de vías normales y alternas de comunicación, incluyendo el empleo de los medios de transporte más apropiados para cada eventualidad.

- Estudio de la posible construcción o acondicionamiento de refugios colectivos, en caso que sean requeridos.

- Elaboración de normas para que las construcciones de escuelas, viviendas, locales, hospitales, edificios públicos y privados, etc..., reúnan las condiciones idóneas para que respondan a las posibles necesidades de la Defensa Civil.

- Establecimiento de normas apropiadas para la identificación, clasificación, preparación y organización de las personas que puedan y deban colaborar en la dirección o ejecución de todas las actividades.

- Clasificación, capacitación y organización general de la población, respecto a la puesta en práctica de los sistemas de defensa pasiva.

- Planificación y estructuración de todos los servicios de prevención, protección, rescate y socorro que sean necesarios con carácter permanente, así como la planificación de aquellos que solamente se organizarán en momentos especiales.

- Planificación de todas las tareas adicionales que contribuyan a la solución del problema que presenta un país, para la protección de su población contra los diversos riesgos. [12]

Como ya se detallaron las funciones que cumple la Defensa Civil; ahora se procederá a explicar cómo se realizará el trabajo en conjunto:

- La Defensa Civil realizará un estudio, para determinar si el edificio del hospital a ser acreditado se encuentra en una zona vulnerable.

- El hospital deberá seguir las normas y recomendaciones que brinda la Defensa Civil, para así poder evitar emergencias y accidentes colectivos.

- El hospital deberá someterse a una revisión del edificio en el que funciona, para determinar si la estructura del hospital es segura o si corre riesgo de derrumbe. En el caso que se produzcan fenómenos naturales de gran impacto, el hospital deberá someterse nuevamente a revisión.

- En caso de ampliación de hospitales o de nuevas construcciones, éstas deberán reunir las condiciones idóneas, para que respondan a las posibles necesidades de la Defensa Civil.

- Los miembros del hospital deberán someterse a capacitaciones que brindará la Defensa Civil, respecto a la puesta en práctica de los sistemas de defensa pasiva.

- La Defensa Civil enviará un informe al comité de acreditación de la CAHDE, en el que se detallará si el hospital está siguiendo las normas y recomendaciones ofrecidas, sobre todo lo más importante, si es que cumple con todas ellas.

- Si la institución no cumple con las normas requeridas por la Defensa Civil, entonces el hospital deberá someterse a mejoras bajo la supervisión de dicha entidad.

- Tanto la CAHDE como la Defensa Civil harán un seguimiento periódico, para estar seguro que se siguen cumpliendo las normas establecidas.

5.1.4 Trabajo en conjunto de la CAHDE y el INH.

Mediante el decreto 1290, el Presidente Rafael Correa decidió dividir al Instituto de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez en dos entidades la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI). [5]

Según el decreto, el INSPI se encargará de la ejecución de la investigación, ciencia, tecnología e innovación en el área de salud humana y será el laboratorio de referencia nacional de la red de Salud Pública; mientras que la ARCSA se encargará de la regulación y control de los productos de consumo humano, medicamentos, dispositivos médicos, entre otros. [5]

Por este motivo se debe seguir este proceso de división del INH; una vez que comience a funcionar como ARCSA

se puede tomar en cuenta para trabajar en conjunto con la CAHDE, dado que comenzará a realizar labores de regulación y control de medicamentos y dispositivos médicos.

A medida que se necesite trabajar en conjunto con diferentes instituciones como la OEA, el INEN, etc..., se pueden ir agregando nuevos aportes para la CAHDE.

5.2 Relación de Trabajo con el comité de cada centro hospitalario.

La CAHDE como institución siempre busca una forma de trabajo eficiente, ordenada, y estructurada. Por este motivo se busca siempre trabajar en conjunto con diferentes instituciones o comités. La forma en que el comité de la CAHDE interactuará con el hospital, será mediante un comité interno que tendrá cada hospital. Cada comité interno tendrá un delegado de cada área de trabajo en el hospital. Todos los miembros del comité interno tendrán que rendir cuentas de sus áreas delegadas. La relación de trabajo se la realizará de la siguiente manera:

- Para que el centro hospitalario pueda trabajar con la CAHDE, el hospital conformará un comité interno, que estará compuesto por miembros de cada área de trabajo a ser

evaluada, formando subcomités y un directorio que supervise el funcionamiento de los mismos.

- Cada subcomité estará encargado de responder por su respectiva área de trabajo al directorio del hospital, por medio de una autoevaluación.

- El directorio del comité interno será el encargado de rendir cuentas ante el comité de la CAHDE.

- El manejo del comité interno es independiente del comité de la CAHDE; es decir, cada comité tomará sus decisiones por separado.

- Lo único que puede exigir el comité de la CAHDE al comité interno, será la entrega de los informes o resultados del estado de las áreas a evaluar.

- El comité interno deberá realizar una autoevaluación detallada de cada una de sus áreas en el hospital. En el informe se analizarán las falencias, las virtudes y el progreso constante.

- La autoevaluación que realizará el comité interno será enviada al comité de la CAHDE para su análisis, y posteriormente el comité de la CAHDE constatará la información de la autoevaluación personalmente.

- Si el comité de la CAHDE constata que el informe no muestra los resultados reales, el comité interno podría ser sancionado por el Ministerio de Salud Pública por ocultar la verdad mediante.

- Si la autoevaluación realizada por el comité interno coincide con la evaluación externa que realiza el comité de la CAHDE, pero ésta no pasa los estándares requeridos, el comité de la CAHDE deberá pedir mejoras en las áreas que sean necesarias, para posteriormente poder realizar una nueva autoevaluación y solicitar el proceso de acreditación nuevamente.

5.3 Relación de Trabajo con los directores de cada centro hospitalario.

Ser director es algo cada día más desafiante, las habilidades recomendadas para que una persona se convierta en administrador o director hospitalario han variado en los últimos

años, puesto que no se ve a la gerencia como tradicionalmente se hacía, cayendo en un rango de planificación, análisis y dirección a mediano y largo plazo; sino como algo imprevisible, fragmentado y a corto plazo; los cambios rápidos de las tecnologías han revolucionado Al mundo gerencial. Además, los problemas complejos que exigen atención y solución inmediata tienen su componente de novedad, los cuales no desaparecen, ni se resuelven, detectan o analizan fácilmente.

5.3.1 Funciones de Liderazgo del Director.

- Mantener a los funcionarios informados del centro hospitalario sobre su condición y operación.

- Estimular satisfacción por los éxitos alcanzados.

- Valorizar los manuales (reglas, descripciones).

- Reconocer buenos desempeños.

- Informar a los funcionarios sobre nuevos procedimientos, metas, políticas, etc…

- Establecer mecanismos para retroalimentación sobre las reacciones de los comunicados.

Basado en las funciones que cumple el director del hospital, la forma de trabajo de éste con la CAHDE será de la siguiente manera:

- Los directores de los centros hospitalarios estarán en el directorio del comité interno de cada hospital, por este motivo ellos tendrán una relación de trabajo directa con el comité de la CAHDE y los subcomités dentro del comité interno del hospital.

- El directorio estará formado por el director del hospital y otros miembros elegidos internamente, pero la última palabra en el directorio la tendrá el director.

- Los subcomités enviarán los resultados sobre la autoevaluación de cada área al directorio del comité interno. El director junto a su personal analizarán las autoevaluaciones y harán un solo informe de autoevaluación del hospital, que será enviado al comité de la CAHDE.

- La CAHDE analizará la autoevaluación y posteriormente, procederá a verificar la autoevaluación por medio de su comité.

- Si hay falencias en el hospital, la CAHDE informará al directorio del hospital y éste estará encargado de tomar acciones inmediatas dentro del comité; si es el caso sancionará a quien se lo merezca.

5.4 Responsabilidad del Comité Interno del Centro Hospitalario.

El comité interno recibirá grandes responsabilidades, dado que éste será el que participará en todo el proceso de acreditación y seguirá informando una vez que la institución haya obtenido su acreditación.

Dado que el comité está dividido en subcomités por área, y habrá un directorio que dirigirá el proceso, se dividirán las responsabilidades, porque no es justo sancionar a todo un grupo, si la culpa únicamente la tiene una persona.

Las principales responsabilidades del comité serán las siguientes:

- Cada subcomité será responsable de su área de trabajo, deberá realizar un informe periódico del estado de la misma que será revisado por el directorio. Cualquier problema que se encuentre, es responsabilidad del subcomité que está a cargo y que deberá rendir cuentas ante sus superiores.

- Es responsabilidad del directorio del comité interno revisar las autoevaluaciones de los subcomités, y realizar un solo informe del estado del hospital.

- Es responsabilidad del directorio del comité interno entregar los informes del estado del hospital, cuando el comité de la CAHDE se los pida, respetando siempre los plazos de entrega.

CAPÍTULO 6

6. INFORMES DE RESULTADOS PRESENTADOS POR LA CAHDE.

6.1 Generalidades.

El Informe constituye la etapa final en todo proceso de trabajo; en este capítulo se tratará sobre los informes de resultados presentados por y para la CAHDE, estableciendo criterios para la presentación de los mismos en los procesos de auditoría y/o certificación; en el mismo se recogen todos los hallazgos detectados y el soporte documental para sustentar el dictamen emitido. Este informe es escrito siempre para los clientes,

independientemente del tipo de proceso que se realice y/o revise; de ahí la importancia concedida al mismo y a los requerimientos que deben cumplir.

Partiendo de la premisa que una auditoría es un proceso sistemático, practicado por personal calificado (denominados auditores) de conformidad con normas y procedimientos técnicos establecidos, ésta nos permite obtener y evaluar objetivamente las evidencias sobre las afirmaciones contenidas bajo parámetros técnicos, con el fin de determinar el grado de correspondencia entre esas afirmaciones, las disposiciones legales vigentes y los criterios establecidos. Sus resultados se ven revelados a través de los informes y recomendaciones, considerando como la más simple definición de “informe” que es una presentación objetiva e imparcial de los hechos.

Esencialmente un informe es un documento oficial, que presenta los hechos para determinados usuarios interesados. Éste resume investigaciones y análisis, cuyos hechos pueden llevar a conclusiones y recomendaciones que representan una cuidadosa y considerada opinión. Requiere por tal razón de una

meticulosa y exacta presentación, ya que la información que proporciona puede determinar una futura acción. [2]

Los hechos deben ser exactos, completos, fáciles de localizar y además necesitan ser interpretados; y cuando sean presentados en los informes éstos deben ser claros, precisos, oportunos y eficientes en cuanto al uso de recursos. La preparación del informe constituye el último paso de los necesarios para completar el proceso.

6.2 Características que deben tener los Informes.

Los informes parten de los resúmenes, hechos en base a los puntos evaluados y de las actas de notificación de los resultados de auditorías o controles (parciales), que se vayan elaborando y analizando en el transcurso del proceso de acreditación.

El estilo de redacción es muy propio de cada persona, por lo que es difícil establecer parámetros o reglas rígidas sobre esto; no obstante se debe:

- Evitar la repetición excesiva de vocablos.

- No utilizar siglas o abreviaturas que no hayan sido declaradas previamente; salvo que sean muy conocidas.
- No utilizar términos ofensivos o vulgares
- Utilizar palabras comunes y de uso generalizado.
- Redactar en forma impersonal.
- Utilizar adecuadamente los signos de puntuación.
- En la copia del informe que se archiva en el expediente de la auditoría, se debe señalar, al lado de cada hallazgo, las Referencias del Papel que lo originó dicho señalamiento.

El informe debe:

- Incluir los objetivos del proceso ya sea este de acreditación, re-acreditación o control, su alcance y metodología.
- Exponer con claridad los hallazgos significativos y sus conclusiones.
- Declarar que el proceso se realizó de acuerdo con las normativas respectivas.

Se debe recordar que los informes por escrito son necesarios para:

- Comunicar los resultados a los dirigentes y funcionarios que correspondan de los niveles de dirección facultados para ello.

- Reducir el riesgo de que los resultados no sean mal interpretados.
- Facilitar el seguimiento para determinar si se han adoptado las medidas correctivas apropiadas.

6.3 Control de la Acreditación del Proceso de Evaluación y de la Mejora Continua.

Primero debemos tener en claro los términos tales como:

- El Plan de Evaluación**,** que es la descripción específica de las actividades y de los detalles acordados para la ejecución de un proceso, ya sea éste de acreditación, re-acreditación o control.

- El Programa de Evaluación**,** que es el conjunto de uno o más procesos de control para un periodo determinado de tiempo, dirigidos para un propósito específico.

Así pues, para llevar a cabo un proceso de acreditación, re acreditación o control, es necesaria la verificación sistemática y documentada, que consiste en obtener y evaluar objetivamente las evidencias, con el fin de determinar si se cumple con el SGSH mediante un programa de evaluación, compuesto por diferentes planes de evaluación, comunicando los resultados de

éstos a las autoridades respectivas. Cabe recalcar que en los procesos evaluativos se revisan las políticas, prácticas, procedimientos y requisitos que llevan al cumplimiento del SGSH.

Otros parámetros a tomar en cuenta para el control de la acreditación, en el proceso de evaluación y la mejora continua son las evidencias recolectadas de las acciones correctivas y preventivas realizadas que también forman parte del informe final de resultados presentados por la CAHDE a las autoridades respectivas.

Las evidencias son información, datos o declaración verificable de hechos, y pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo y están basadas en entrevistas, exámenes, documentos, observaciones de actividades, condiciones de trabajo, resultados existentes de mediciones, ensayos y otros medios dentro del alcance del proceso que se plantea ejecutar. [4]

Se puede tomar como referencia para las evidencias, los elementos medibles a los que se hagan referencia en el SGSH, los cuales; cómo se explica en el capítulo 3, al tener valoración

de cero (0), incurren en un no cumplimiento o no conformidad, generándose así las acciones preventivas o correctivas según sean necesarias.

Es decir, las no conformidades se levantan sobre el incumplimiento de requisitos, normativas y/o la legislación que lo regule; dentro del marco de las soluciones, se tienen las acciones correctivas, que son las acciones tomadas para eliminar las causas de una “no conformidad” detectada, o cualquier otra situación indeseable; las acciones preventivas, que son las acciones tomadas para eliminar las causas potenciales de una “no conformidad”, a fin de prevenir una nueva situación de las antes indicadas. [4]

Un enfoque adicional a las no conformidades es que éstas, además de indicar incumplimientos de las normas, señalan las áreas donde pueden hacerse mejoras, tanto al centro de salud como al SGSH, generándose así la mejora continua.

En el caso de las instituciones que se autoevalúan internamente, estos resultados son considerados como controles referenciales y serán tomados en cuenta, solo de

forma referencial para el proceso de mejora continua interna, estos deben estar basados en el SGSH y cabe recalcar que, dicho control para que sea valedero (así sea solo de forma referencial), debe ser realizado por un representante capacitado y reconocido tanto por la institución como por la CAHDE, el mismo que “no puede auditar su propia unidad, dentro de la institución”.

Tanto para los procesos de control interno, como para los realizados por la CAHDE, se tiene un lapso máximo de 96 horas para la presentación de resultados ante sus superiores; siendo los generados por controles internos, emitidos hacia la CAHDE y en el caso de las evaluaciones previa acreditación, re-acreditación o controles realizados por la misma CAHDE emitidos hacia las autoridades competentes.

6.4 Formato de los Informes Presentados por la CAHDE.

Se deben redactar los informes con el mayor cuidado, recordando que al presentar el informe de auditoría o control, se está confiando en una opinión respaldada por pericia, así como asegurando haber llevado a cabo el proceso de acuerdo como

se indica en el SGSH. A continuación se proporcionan criterios para redactar y presentar los informes.

6.4.1 Forma de Presentación.

Cada sección está conformada por determinada información homogénea con un mismo propósito, correctamente identificado y expuesto. Para una mejor ilustración, se han propuesto lineamientos generales de presentación.

- En el informe se utilizarán hojas 21 cm x 29,7 cm (bond blanco formato A4), siendo escritos en tipo letra Arial tamaño 11 impresas por una cara y a un espacio; dejando dos espacios entre párrafos, o entre éstos y los títulos. Los márgenes respectivamente son: Superior 2,5 cm, inferior 2,5 cm, izquierdo 3 cm y derecho 1,5 cm.

- Todos los títulos se exponen en mayúscula y se destacan en “negritas”, alineadas a la izquierda. Siempre que sea necesario, se utilizarán 1,25 espacios para sangría, en el texto del informe.

- Las hojas se encuadernan por el margen izquierdo y numeran consecutivamente en pie de página con alineación hacia la derecha.

- Deben utilizarse los formatos de tablas establecidos, los mismos que deben ser llenados en letra tipo Arial tamaño 8 y sin bordes.

- Debe ser firmado sólo por quien esté liderando el proceso ya sea éste de control, acreditación o re-acreditación, quién también deberá dejar constancia de su firma en cada página de dicho informe.

- El informe no debe mostrar en su contenido a quien va dirigido, por lo que se confecciona de forma unipersonal, de manera que pueda ser emitido acompañado con una carta dirigida al destinatario que corresponda.

- En el Acta de Declaración de Responsabilidad Administrativa se relacionarán los nombres de los responsables y cada uno de los hechos, aunque se

repitan para algunos casos. Además, debe reflejarse el tiempo en el cargo de cada uno de ellos, según nombramiento o contrato.

La calidad o validez del informe depende del cumplimiento del programa, la profundidad de la investigación, el reconocimiento de los hallazgos en los correspondientes papeles de trabajo, donde queden expuestos con claridad los problemas encontrados del incumplimiento del proceder y la solución de los mismos, así como el control del tiempo en relación con la planeación efectuada para los objetivos previstos. [4]

6.4.2 Contenido del Informe.

Los responsables deben preparar los informes por escrito, para comunicar los resultados obtenidos en el proceso llevado a cabo. El informe general debe contener, los datos siguientes:

Identificación.

- Nombre de la organización a la que se remite el informe.- No se debe olvidar que el informe se dirige al máximo nivel de dirección al que se está subordinado.

- Unidad responsable del proceso.- En caso de no ser la CAHDE, estamos hablando de un proceso interno, en el cual dicha unidad debe ser reconocida y representativa por parte de la CAHDE.

- Grupo responsable.- Nombres y cargos de los responsables de llevar a cabo el proceso, debidamente registrados.

- Responsable líder.- Nombre y cargo del responsable principal, debidamente registrado, que lidera el proceso y funge como jefe del mismo.

- Orden de trabajo.- Para registrar el número de la orden que autoriza la ejecución del proceso, lo identifica y permite hacer un óptimo seguimiento tanto del proceso como del informe y los resultados obtenidos.

- Entidad.- Se expresa el código (si lo tiene), nombre y dirección.

- Subordinada a.- Se expone el nombre del organismo, empresa, grupo empresarial, etc…, al que está subordinada la entidad.

- Tipo de Proceso.- Se clasifica el servicio realizado, de acuerdo con los objetivos fundamentales que se persigan (acreditación. re-acreditación o control).

- Fecha de inicio.- Fecha en que comienza la ejecución del proceso.

- Fecha de terminación.- Fecha en que termina la ejecución del proceso.

Se debe recordar que el informe debe incluir los objetivos, su alcance y metodología; exponer con claridad los hallazgos significativos y sus conclusiones; así como una declaración expresa, certificando que el proceso se realizó de acuerdo con las normativas respectivas. La forma de presentación de todo ello se define a continuación:

Introducción.

En esta sección del informe se consigna una breve caracterización de la organización auditada, referida a las principales actividades que desarrolla y otros aspectos que puedan resultar de interés.

- Los objetivos del proceso, así como las causas de incumplimiento de alguno de ellos en caso de existir.

- La declaración expresa de que el proceso se realizó de conformidad con la normativa respectiva.

- El alcance debe expresar la profundidad y cobertura del trabajo que se haya realizado para cumplir los objetivos. Se debe incluir en el alcance las causas del incumplimiento de forma clara, concisa y comprensible. Las limitaciones en el alcance pueden estar relacionadas, con situaciones como las siguientes:
  - Imposibilidad de aplicar determinado procedimiento previsto en el programa de trabajo diseñado, que se considere necesario o deseable.
  - Inadecuados registros primarios de la información.

- Políticas no acordes con la legislación aplicable vigente.

- La metodología, debe explicar claramente los programas de trabajo diseñados, las técnicas que se han empleado para efectuar los análisis requeridos y obtener la evidencia necesaria para cumplir con los objetivos planteados.

Conclusiones.

En esta sección del informe, se deben tener en cuenta criterios generales tales como que:

- Las conclusiones son deducciones lógicas basadas en los hallazgos de los “auditores”. La fuerza de las conclusiones depende de lo persuasivo de la evidencia de los hallazgos, y lo convincente de la lógica usada para formular dichas conclusiones. [3]

- No deben constituir la repetición de lo consignado en la sección “Resultados” del propio informe, sino una síntesis de los hechos y situaciones fundamentales

comprobadas, cuidando de incluir un hecho o hallazgo que no haya sido reflejado en otra sección del informe.

- Deben reflejarse de forma general las causas fundamentales que originaron el error, irregularidad o fraude planteado, así como las consecuencias directas e indirectas que pudieran derivarse de estos hallazgos.

- Se expone la calificación otorgada de acuerdo con los resultados obtenidos. Esta calificación debe ser lo más objetiva posible, observándose el procedimiento establecido en la legislación vigente.

Resultados.

Se generan a partir de las evidencias suficientes, competentes y relevantes reunidas en el proceso, para así cumplir con los objetivos planteados; el jefe de grupo determina los hallazgos más significativos que deben incluirse en el informe, cabe recalcar que siempre que sea posible, se debe incluir la información de los antecedentes necesarios y de los hallazgos más

significativos, que contribuyan a una mejor comprensión del informe. [3]

Los comentarios en el informe deben ser precisos y organizados reflejando, siempre que sea posible, las disposiciones jurídicas que se incumplen. Los señalamientos se ordenan de acuerdo con los objetivos planteados, cuidando de agruparlos por temas y dentro de éstos, por orden de importancia; no se incluyen señalamientos vinculados con hechos que no estén debidamente comprobados y recogidos en los papeles de trabajo; deben consignarse todos los casos significativos de incumplimientos de las leyes así como las demás disposiciones del control interno que se encontraron durante la ejecución del proceso. [4]

Se deben cuantificar los hallazgos en todos los casos que sea posible, no sólo aquellas que por su magnitud e importancia sean más significativas; se debe reflejar en cada caso el porcentaje que representa la muestra del universo de partidas o artículos que conforman el tema e incluirse aquellas tablas que por su tamaño permitan

hacer más clara la exposición del informe. En los casos en que éstas sean extensas deben presentarse como anexos al informe.

Recomendaciones.

Se deben incluir en el informe sus recomendaciones, a partir de los errores, irregularidades o fraudes detectados. Las recomendaciones son más constructivas cuando se encaminan a atacar las causas de los problemas observados, indicando acciones específicas que van dirigidas a quienes deben emprender las mismas; es necesario que las medidas que se recomiendan sean factibles y que correspondan con los beneficios esperados.

Despedida.

Se deben tener en cuenta, cuando proceda, el exponerse una nota de agradecimiento a los dirigentes, funcionarios y demás trabajadores por la colaboración prestada durante el proceso, consignándose los nombres y apellidos del responsable en jefe a cargo, firma y número

de autorización, dejando constancia de su firma en cada página del informe.

Anexos.

Se relacionan los anexos que se acompañan al informe, cuando sea necesario éstos se deben elaborar; por ejemplo en los casos en que se hayan determinado incumplimientos de la ley, demás regulaciones, principios y normas establecidas o cualesquiera otras acciones u omisiones que afecten la buena marcha de la organización, sobre la que se lleva a cabo el determinado proceso.

6.4.3 Formatos sugeridos para indicadores de procesos y resultados.

Se sugiere formato para:

- Membrete identificador de tablas para indicadores de procesos y resultados.

RAZÓN SOCIAL:		COD. ACREDITACIÓN:	RUC.:	NUM. TRABAJADORES:
PROVINCIA:	CIUDAD:	PARROQUIA:	DIRECCIÓN:	
ADMINISTRADOR RESPONSABLE:		E-MAIL:	TELÉFONO:	FAX:

Figura 1.- Ilustración para formato de membrete

- Registrar e identificar procesos y resultados en el caso de incidentes.

RESPONSABLE DEL ÁREA:					**NOMBRE DEL ACCIDENTADO:**			
VINCULO:		**EDAD:**		**SEXO:**	**F**		**M**	
EMPELADO		**TIPO DE ACCIDENTE:**						
PACIENTE		**ACTIVIDAD EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:**						
TERCERO								
LUGAR:								
FECHA ACCIDENTE:					**HORA ACCIDENTE:**			
FECHA INVESTIGACIÓN:								
DAÑOS CAUSADOS:								
COD. ESTÁNDAR RELACIONADO:								
ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS EJECUTADAS								
FINALES:								
DE CAUSAS BÁSICAS:								
DE CAUSAS INMEDIATAS:								
ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS PROPUESTAS								
FINALES:								
DE CAUSAS BÁSICAS:								
DE CAUSAS INMEDIATAS:								
PERSONAS ENTREVISTADAS PARA TESTIMONIO								
T1	**NOMBRE:**							
	CARGO:							
T2	**NOMBRE:**							
	CARGO:							
DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL ACCIDENTE Y EQUIPOS INVOLUCRADOS								
INVESTIGADOR		**CÓDIGO**		**FECHA INFORME**				

Figura 2.- Ilustración de formato para identificadores de incidentes.

- Registrar e identificar el porcentaje de cumplimiento, frente al estándar.

RAZÓN SOCIAL:		COD. ACREDITACIÓN:	RUC.:	NUM. TRABAJADORES:
PROVINCIA:	CIUDAD:	PARROQUIA:	DIRECCIÓN:	
ADMINISTRADOR RESPONSABLE:		E-MAIL:	TELÉFONO:	FAX:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO FRENTE AL ESTÁNDAR

% TOTAL DE CUMPLIMIENTO						
ITEM	PROCESO RELACIONADO	AREA REALCIONADA	RESPONSABLE RELACIONADO	ESTANDARD / NORMATIVA / LEGISLACIÓN	COD.	% CUMPLIMIENTO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

LOS REPORTES CON UN PUNTAJE INFERIOR A 90% DE CUMPLIMIENTO TOTAL, SERÁN DEVUELTOS PARA LA CORRECCIÓN DE LAS FALLAS DETECTADAS

Figura.3.- Ilustración de formato para control de cumplimiento.

- Registrar e identificar procesos y resultados para cumplir los requisitos de los estándares, durante el proceso de control.

TABLA DE CONTROL

ORGANIZACIÓN		REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN		RESPONSABLE DE CONTROL	EQUIPO CONTROLADOR (COD.)	OBJETIVO	ALCANCE	
ITEM	PREGUNTA	REQUISITO	FUNETE DE INFORMACIÓN (DEPARTAMENTO / PERSONA / ÁREA)	METODO (ENTREVISTA, OBSERVACIÓN, ETC...)	COMENTARIOS	CONTROL DE SEGURIDAD (EVIDENCIA)	NIVEL DE RIESGO	C/NC
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								

C/NC: CUMPLIMIENTO / NO CUMPLIMIENTO

Figura 4.- Ilustración de formato para control de requisitos.

- Registrar e identificar procesos y resultados para mitigar los riesgos en las instituciones.

RAZÓN SOCIAL:		COD. ACREDITACIÓN:	RUC.:	NUM. TRABAJADORES:
PROVINCIA:	CIUDAD:	PARROQUIA:	DIRECCIÓN:	
ADMINISTRADOR RESPONSABLE:		E-MAIL:	TELÉFONO:	FAX:

CONTROL DE MITIGACIONES

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO	ANTES DE MITIGACIÓN			MITIGACIÓN	DESPUES DE MITIGACIÓN			ULTIMA ACTUALIZACIÓN
				PROBABILIDAD (0% - 100%)	IMPACTO (BAJO / MEDIO / ALTO)	PRIORIDAD (BAJO / MEDIO / ALTO)		PROBABILIDAD (0% - 100%)	IMPACTO (BAJO / MEDIO / ALTO)	PRIORIDAD (BAJO / MEDIO / ALTO)	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											

Figura 5.- Ilustración formato para control mitigaciones.

- Registrar e identificar acciones de control y valorar los riesgos en las diferentes áreas de la institución y su impacto.

PROBABILIDAD	GRAVEDAD		
	BAJA (1)	MEDIA (2)	ALTA (3)
BAJA (1)	1	2	3
MEDIA (2)	2	4	6
ALTA (3)	3	6	9

URGENCIA = PROBABILIDAD X GRAVEDAD

ITEM	SITIO / ÁREA	ACTIVIDAD GENERAL DEL ÁREA	ASPECTO O ACTIVIDAD ESPECIFICA AFECTADA	IMPACTO						EVALUACION			ACCION DE CONTROL
				AIRE	AGUA	SUELO	EQUIPOS	FLORA / FAUNA	HUMANOS	PROBABILIDAD	GRAVEDAD	IMPORTANCIA	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													

Figura.6.- Ilustración de formato para control de riesgos e impacto.

- Registrar e identificar la periodicidad con que se programan los controles.

RAZÓN SOCIAL:		COD. ACREDITACIÓN:	RUC.:	NUM. TRABAJADORES	OBJETIVO:
PROVINCIA:	CIUDAD:	PARROQUIA:	DIRECCIÓN:		
ADMINISTRADOR RESPONSABLE:		E-MAIL:	TELÉFONO:	FAX:	ALCANCE:

PROGRAMACIÓN DE LOS CONTROLES

CONTROL Nº	CONTROLADO		CONTROLADOR			FECHA DE CONTROL	TIEMPO ESTIMADO (HORAS / DÍAS)	PLAZO DE CUMPLIMIENTOS Y ENTREGAS		FECHA DE CIERRE
	ÁREA	INSTALACIÓN	RESPONSABLE	ASISTENTE 1	ASISTENTE 2			INFORME DE CONTROLES	ACCIONES CORRECTIVAS	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										

Figura .7.- Ilustración de formato para planificación de controles.

CONCLUSIONES

1. A la luz de los crecientes problemas en el servicio de salud del Ecuador, el presente trabajo, otorga la oportunidad potencial, que los mismos sean corregidos a todo nivel; para ello la importancia de la existencia de estándares técnicos y regulaciones de este tipo, para solucionar problemas que generan preocupación en el país.

2. La incorporación de una unidad acreditadora como la CAHDE, en conjunto con un Sistema de Gestión de Seguridad Hospitalaria SGSH, bajo estándares técnicos, haría una gran contribución en levantar los niveles de la calidad, seguridad, confiabilidad, eficacia y ampliaría la capacidad de los centros de salud del Ecuador, incurriendo tales ventajas en beneficios económicos.

3. Al culminar éste proyecto, nos dimos cuenta de la importancia de este tipo de institución, lo cual se debe a muchos factores como la seguridad hospitalaria, la mejora de nuestros hospitales y el control sin ningún tipo de interferencia política.

4. Muchos de los hospitales y centros de salud que funcionan actualmente en nuestro país, no cumplen con los estándares de seguridad básicos de operación que requiere todo centro que brinda servicios de atención médica. Por lo que se puede considerar a este proyecto de gran importancia en el país, puesto que aumentará la calidad del servicio prestado a los pacientes.

5. La forma en que se armó el comité acreditador de la CAHDE se lo hizo analizando la estructura de la JCAHO, pero a su vez tratando de tener un grupo lo más compacto posible, y con personas de diferentes ramas, para con esto tener diferentes puntos de vista a la hora de acreditar un hospital, pero sin crear conflictos en el interior del comité.

6. Con referencia a los estándares se espera que éstos al ser elaborados, sean guías de conducta y calidad para obtener resultados óptimos en el cuidado de la salud, garantizándose así la seguridad de los pacientes. El uso de estándares ofrece múltiples

beneficios para hoy y mañana, orientándose a la mejora continua de los procesos y servicios en el Sistema de Salud del Estado Ecuatoriano.

7. El trabajo en conjunto de la CAHDE y otras entidades de control es muy importante en este proyecto, dado que si la CAHDE trabajara sólo en el proceso de evaluación, necesitaría un comité acreditador con especialización en cada una de las áreas a evaluar, y esto ocasionaría formar un comité acreditador demasiado grande; pero eso no es lo que buscamos. Lo que se persigue es un comité pequeño, en el que se pueda actuar de una forma más rápida, eficiente y estructurada, y esto se logrará con el trabajo en conjunto con entidades de regulación, descritas en el Capítulo 5.

8. Con el informe de resultados, se procura marcar pautas, sugerir formatos y dar una guía de cómo éstos deben ser elaborados y emitidos, procediendo así a la optimización del Sistema de Salud del Estado Ecuatoriano, mediante la presentación de resultados concisos y concretos, que permitan la mejora en los servicios para el cuidado de la salud.

RECOMENDACIONES

1. Aquellos centros de salud que requieren implantar un Sistema de Gestión de Seguridad Hospitalario, deben tener en cuenta, que cada centro de salud puede diseñar su propia metodología, adaptándola a su entorno y a sus características, respetando los lineamientos para el cumplimiento de los estándares y, enfocándose mediante capacitaciones al personal, hacia la concientización del grupo de trabajo, en el mejoramiento de la calidad, la prevención, la identificación y el control de riesgos, buscando mejoras en el desempeño de la Institución.

2. Con el estudio continuo se pueden desarrollar mejoras a este proyecto, debido al avance de normas y estándares a considerar, tales como las que son para el uso seguro de los equipos médicos y las nuevas normas de seguridad.

3. Antes de entrar en un proceso de acreditación, la Institución debe analizar su situación actual, analizando las normas y estándares requeridos, para poder obtener su certificación. De ser necesario la institución a ser acreditada debe someterse a mejoras.

4. El proyecto de acreditación hospitalaria, al ser el primer proyecto de este tipo que se realizaría en el Ecuador, se lo podría considerar como un borrador que necesita ser pulido. Por lo tanto, se puede utilizar este documento como una base a seguir en futuros proyectos, que tengan relación con la acreditación hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Terence F. Moore and A. Simendinger, Chapter5 Codes, Standards and Regulations, Health-Care Delivery Systems, fecha de consulta julio 2012.

[2] Ministerio de Salud y Consumo de España, “Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales”, http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf, fecha de consulta julio 2012

[3] Sistema de Calificación. Cuba. 2005, “Metodología para la Evaluación y Calificación de las Auditorías”, http://www.gestiopolis.com/canales8/fin/auditoria-interna.htm, fecha de consulta julio 2012

[4] Manuales de COTECNA para Curso de Auditores Internos, “Sistema de Gestión de Seguridad de la Información 27001:2005” ESPOL 2010, “Sistema de Gestión de Ambiental 14001:2004” ESPOL 2009, “Sistema de Gestión de la Calidad 9001:2008” ESPOL 2009, “Sistema de Gestión de OHSAS 18001:2007” ESPOL 2009, fecha de consulta julio 2012

[5] Joint Commission International, “jcicorporatebrochure2011.pdf”, htt://www.jointcommissioninternational.org, fecha de consulta julio 2012

[6] Joint Commission International. / Cuarta edición, “Estándares para la acreditación de Hospitales”, htt://www.jointcommissioninternational.org, fecha de consulta julio 2012

[7] Consejo de Salubridad General de México, “Estándares para la Certificación de Hospitales”, http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_EstandaresParaCertHospitalesM_20120813.pdf, fecha de consulta julio 2012

[8] El Universo 5 de Septiembre del 2012, “Incertidumbre en el INH por división de funciones”, http://www.eluniverso.com/2012/09/05/1/1445/incertidumbre-inh-division-funciones.html, fecha de consulta octubre 2012

[9] Efrén Avilés Pino, “Ministerio de Salud Pública”, http://www.enciclopediadelecuador.com/temasOpt.php?Ind=1431&Let=, fecha de consulta octubre 2012

[10] “Cuerpo de Bomberos del distrito metropolitano de Quito”, http://www.bomberosquito.gob.ec/bomberos/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1&Itemid=5, fecha de consulta septiembre 2012

[11] “Funciones del Cuerpo de Bomberos”, http://www.cuenca.gov.ec/?q=node/8870, fecha de consulta septiembre 2012

[12] Yamila Manca, Alejandro Mangini, Alejandro Vigilante, “Administración de un hospital público”, http://www.monografias.com/trabajos60/administracion-hospital-publico/administracion-hospital-publico2.shtml, fecha de consulta septiembre 2012

[13] “Funciones de la Defensa Civil”, http://www.defensacivil.gov.do/funciones, fecha de consulta septiembre 2012