



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.
FACULTAD DE MEDICINA.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DE LA ATENCIÓN
OFERTADA POR EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ, EN EL
AÑO 2005, MEDIANTE LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE
SALUD DE PANAMÁ.

POR

JORGE ISAAC GORDÓN CASTILLO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON
ÉNFASIS EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

JULIO 2005.

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.
FACULTAD DE MEDICINA.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y DE LA ATENCIÓN
OFERTADA POR EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ, EN EL
AÑO 2005, MEDIANTE LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE
SALUD DE PANAMÁ.

TESIS PRESENTADA, POR EL DOCTOR JORGE ISAAC GORDÓN CASTILLO,
COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO
EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN ADMINISTRACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD.

APROBADO POR:

MAGISTER ALEX APARICIO
DIRECTOR DE TESIS



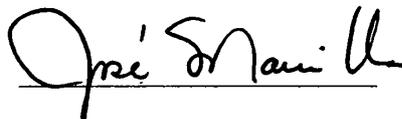
DOCTORA BETTY GOMEZ
MIEMBRO DEL JURADO



DOCTOR WASHINGTON LUM
MIEMBRO DEL JURADO



REPRESENTANTE DE LA
VICERRECTORÍA DE
INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



20 DE AGOSTO DE 2005

3280 OBSEQUIO DEL AUTOR

15 DIC 2005

ST

DEDICATORIA

A Jorge Emmanuel, Jorge Isaac, Marisela Itzel y Gloriela, estímulos permanentes
en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Al Licenciado Alex Aparicio, quien con sus aportes y guías hicieron posible la culminación de este trabajo.

Al Profesor Ricaurte Tuñón. Sus comentarios durante la fase de ejecución y presentación enriquecieron la información presentada.

Nuestra gratitud a la Profesora Raquel Gordón de Polo por su valiosa labor de revisión.

Y sobretodo, mi perenne agradecimiento a Dios, por la vida y el tiempo que me concedió para alcanzar esta meta.

ÍNDICE GENERAL

PÁGINA DE APROBACIÓN.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
ÍNDICE GENERAL.....	V
ÍNDICE DE CUADROS.....	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVIII
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	5
MARCO CONCEPTUAL: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN PANAMÁ.....	6
1. ANTECEDENTES.....	6
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	10
4. OBJETIVOS.....	13
a. GENERAL.....	13
b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
5. PROPÓSITO.....	14
6. HIPÓTESIS.....	15

MARCO TEÓRICO: CONCEPTO DE CALIDAD.....	16
1. EL CONCEPTO DE CALIDAD.....	17
2. RESEÑA HISTÓRICA.....	18
3. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE CALIDAD.....	23
LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	25
1. RESEÑA HISTÓRICA.....	25
2. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD.....	28
LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD...	34
1. MODELOS PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	35
a. LAS NORMAS ISO 9000.....	35
i. INTRODUCCIÓN.....	35
ii. ORIGEN DE LAS NORMAS ISO 9000.....	36
iii. ESTRUCTURA DE LAS NORMAS ISO 9000.....	37
iv. TIPOS DE NORMAS ISO 9000 PARA LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE LA CALIDAD.....	37
v. . CONSECUCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN.....	38
b. EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.....	39
i. HISTORIA.....	40
ii. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL MODELO EFMQ.....	41

c. ACREDITACIÓN.....	42
LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES.....	44
1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES.....	44
2. MARCO TEÓRICO DE LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES....	48
ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN PANAMA.....	54
1. ANTECEDENTES.....	54
2. EL MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES PARA PANAMÁ.....	56
3. EL MODELO Y LOS INSTRUMENTOS PARA REALIZAR LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN PANAMÁ.....	61
4. EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES.....	63
EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ.....	66
1. ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN PENONOMÉ.....	66
2. CATEGORIZACIÓN, MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ.....	67
3. ÁREA DE RESPONSABILIDAD Y CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ.....	68

MARCO METODOLÓGICO.....	74
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	75
2. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	75
a. MATERIALES.....	75
b. POBLACIÓN.....	76
3. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	77
a. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	77
i. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ.....	77
ii. CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRUCTURA EDILICIA.....	78
iii. CARACTERÍSTICAS DE LAS ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA...	79
iv. CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRUCTURA FÍSICA FUNCIONAL DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA.....	80
v. CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA.....	81

vi. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA.....	81
vii. ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ.....	82
b. RELACIÓN DE VARIABLES.....	83
4. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	83
5. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	84
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	86
1. ESTÁNDARES DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	87
2. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA EDILICIA.....	99
3. ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO.....	100
4. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA FÍSICA FUNCIONAL.....	117
5. ESTÁNDARES DE INSTALACIONES.....	120
6. RESUMEN:.....	125
CONCLUSIONES.....	128
RECOMENDACIONES.....	131
ANEXOS.....	133
BIBLIOGRAFÍA.....	167

ÍNDICE DE CUADROS

I	EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD SEGÚN ETAPAS DEL PROCESO PRODUCTIVO.....	22
II	ETAPAS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	24
III	CRITERIOS PARA APLICAR EL MODELO DE EVALUACIÓN EFQM.....	41
IV	CARACTERÍSTICAS DE LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES.....	50
V	ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN PANAMÁ.....	58
VI	CLASIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN PANAMÁ.....	59
VII	ESTRUCTURA DEL ESTÁNDAR 23 ANATOMÍA PATOLÓGICA, DEL MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE PANAMÁ.....	60
VIII	PRESUPUESTO DE OPERACIÓN DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑOS 1999 - 2001.....	70
IX	INDICADORES DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑOS 1999-2002.....	70
X	QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA. AÑO 2002.....	71

XI	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA. AÑO 2002.....	72
XII	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	88
XIII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR GOBIERNO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	89
XIV	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ADMINISTRACIÓN SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	90
XV	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR PROGRAMA DE SEGURIDAD GENERAL SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	91
XVI	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	92

XVII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	93
XVIII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	94
XIX	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	95
XX	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR GESTIÓN Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	96
XXI	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	97

XIII

XXII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR DERIVACIONES SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	98
XXIII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ESTRUCTURA EDILICIA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	99
XXIV	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	100
XXV	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ATENCIÓN DEL NACIMIENTO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	101
XXVI	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR QUIRÓFANOS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	102
XXVII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CONSULTA EXTERNA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	103

XXVIII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR URGENCIAS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	104
XXIX	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR LABORATORIO CLÍNICO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	105
XXX	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	106
XXXI	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ANATOMÍA PATOLÓGICA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	107
XXXII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ENFERMERÍA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	108
XXXIII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR FARMACIA HOSPITALARIA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	109

XXXIV	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR DIETÉTICA Y NUTRICIÓN SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	110
XXXV	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	111
XXXVI	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR SERVICIOS ANESTÉSICOS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	112
XXXVII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR TRABAJO SOCIAL SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	113
XXXVIII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN SEGÚN ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	114
XXXIX	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR LAVANDERÍA Y ROPERÍA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	115

XL	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ASEO Y ORNATO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	116
XLI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS ESTRUCTURA FÍSICA FUNCIONAL SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	117
XLII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ACCESOS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	118
XLIII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CIRCULACIONES SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	119
XLIV	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CONFORT EN INTERNACIÓN SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	120
XLV	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES INSTALACIONES SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	121

XLVI	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR MANTENIMIENTO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	122
XLVII	COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR BIOMÉDICA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	124
XLVIII	COMPORTAMIENTO DE LOS ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	126
XLIX	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.....	127
XL	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ EN FUNCIÓN DEL TOTAL. AÑO 2005.....	127

ÍNDICE DE FIGURAS

1	LÓGICA DE EVALUACIÓN DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.....	42
2	MODELO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE PANAMÁ.....	63
3	PROCESO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE PANAMÁ.....	64

RESUMEN

Se realizó un estudio con el objeto de evaluar la calidad de los servicios y de la atención ofertada por el hospital Aquilino Tejeira de Penonomé en el año 2005, mediante la verificación del cumplimiento del nivel 1 de los 32 Estándares Obligatorios de Acreditación de Hospitales del Ministerio de Salud. La evaluación se realizó aplicando una encuesta que incluyó la entrevista con las jefaturas de servicios médicos, técnicos y administradores y la inspección. Los resultados obtenidos indican que el Hospital Aquilino Tejeira cumple con 23 de los 32 estándares obligatorios, cifra que representa el 71.87% de cumplimiento. De acuerdo con lo establecido en el marco metodológico de este estudio, el hospital no acredita, ya que es necesario aprobar un 80.0% de los mismos para establecer que los servicios y la atención de este hospital, tienen un nivel óptimo de calidad.

El análisis de la información obtenida indica que los estándares que evalúan la Organización Médica e Instalaciones, son el factor principal de que el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé, no alcance el porcentaje de cumplimiento establecido para acreditar. Este resultado conduce a proponer al equipo gerencial de este hospital, que se realicen acciones que consoliden los Programas de Garantía de Calidad, Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, Seguridad General, Salud Ocupacional, Gestión y Manejo de Desechos Hospitalarios Peligrosos y Derivaciones, que son soporte fundamental para los servicios finales del hospital y para generar una cultura de calidad.

SUMMARY

In order to evaluate the quality of the services and attention given by the Aquilino Tejeira Hospital, a study was made during the year 2005. This study verified the fulfillment of level 1 of the 32 Mandatory Standards for Accreditation required by the Health Ministry. The evaluation was made through a poll that included an interview with different heads of medical services, technicians, administrative and inspection personnel. The results show that the Aquilino Tejeira Hospital fulfills 23 of the 32 mandatory standards, which represents a 71.78%. This means that the hospital doesn't pass the accreditation, since a minimum of 80% is required as it has been established in this proposal. Through the analysis of the acquired information, it has been discovered that the main reason that makes the Hospital unable to reach the minimum percentage are the standards that evaluate the Medical Organization and the Facilities. These results have lead us to propose to the management team of this hospital to strengthen actions that will lead to an improvement of the Guarantee of Quality programs, Prevention, Vigilance and Control of Nosocomial Infections, General Security, Occupational Health, and Management and Handling of Hazardous Hospital Waste, which are the main support for the final hospital services. It is also expected that this recommendations will also generate a quality culture.

INTRODUCCIÓN

En el sector salud, es ampliamente conocido que los recursos son escasos y su utilización adecuada es preocupación primordial de las entidades encargadas de administrar los mismos. En la última década del siglo 20 e inicios del presente siglo, a nivel mundial y por ende en nuestro país, se ha impulsado un marcado interés por evaluar y mejorar la estructura de las instalaciones de salud y la calidad de los servicios que se ofertan, como una alternativa efectiva para reducir el uso inadecuado de los recursos disponibles y mejorar la supervisión y formación del recurso humano.

Es por ello que los administradores de los servicios de salud, han desarrollado diversos métodos, estándares y herramientas, para evaluar y mejorar las operaciones, crear sistemas de atención más eficientes; entre estas está el sistema de Acreditación de Hospitales.

El presente trabajo determinará la calidad de los servicios y la atención ofertada por el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé en el año 2005 mediante la verificación del cumplimiento de los Estándares de Acreditación de Hospitales del Ministerio de Salud, con la finalidad de proporcionar al equipo gerencial de esta institución elementos concretos para el impulso de una cultura de calidad y mejora continua.

El estudio está estructurado en cuatro capítulos. El primer capítulo presenta el Marco Conceptual; en él se expone el problema objeto de la investigación, sus antecedentes y se sustenta la necesidad de su investigación. A continuación se establecen los objetivos, general y específicos; el propósito y los supuestos que proporcionan la direccionalidad a este estudio.

El segundo capítulo corresponde al Marco Teórico que comprende la revisión bibliográfica. En él se expone la definición, reseña histórica y evolución del concepto de calidad. A continuación se definen el concepto de calidad en los servicios de salud y los métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud. Se continúa con la exposición sobre la Acreditación de Hospitales en general y en Panamá en particular, finalizando con la descripción del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

El capítulo tercero describe los aspectos metodológicos de la investigación. El estudio es descriptivo y transversal. Se realizó en el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé, que es un hospital público, general, de referencia para el tratamiento de enfermos agudos, adultos y pediátricos, perteneciente al Ministerio de Salud y clasificado como de segundo nivel de atención y de mediana complejidad. La población fue el recurso humano, médico, técnico y administrativo, que labora en los distintos departamentos y servicios de esa institución de salud. La unidad de análisis fue el servicio (programas y funciones) del hospital, basándose en su organigrama.

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta a los jefes de los servicios del hospital. En el proceso de análisis de las variables se utilizó el porcentaje.

El cuarto capítulo contiene el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, presentando mediante cuadros y gráficas.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones producto de la investigación.

MARCO CONCEPTUAL

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN PANAMÁ.

1. Antecedentes.

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en *Papiros egipcios*, en el *Código de Hammurabi* o en el tratado *La Ley* del propio Hipócrates. Sin embargo, el concepto de Calidad y por lo tanto su evaluación, presenta distintas dimensiones o facetas. Por ejemplo, la eficacia (uno de los componentes de la calidad, como veremos más adelante) se constituyó en el objetivo de los esfuerzos de Florence Nightingale, cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea. La efectividad de las intervenciones quirúrgicas era el interés fundamental de Codman a principios de siglo, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial como característica intrínseca de la práctica clínica.

Al comienzo de los años cincuenta la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, al exigir a los hospitales el cumplimiento de unos estándares detalla qué instituciones tienen capacidad para hacerlo bien, siendo esta otra manera de definir calidad.

La evaluación, como proceso, tiene cuatro componentes: identificar, cuantificar, valorar y comparar. Por lo tanto, uno de los pasos iniciales para evaluar la calidad asistencial es medirla, evento no exento de dificultades debido a que el concepto de calidad incorpora juicios de valor; en otras palabras, existe el riesgo de caer en la subjetividad en el proceso. Healy define la *evaluación de la calidad* como la comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia. Esta definición tiene la ventaja de que permite incorporar al proceso de evaluación elementos de la estructura, del proceso y de los resultados de los servicios de salud o de la asistencia sanitaria. Esta definición permite entonces recurrir a indicadores que ayudarán a objetivar *lo subjetivo*.

Utilizar indicadores supone previamente elaborar criterios de calidad, que podemos definir como la norma que especifica las condiciones que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria, para que pueda ser considerada de calidad. Los criterios son la referencia para evaluar la calidad. Un indicador es una medida cuantitativa de la presencia/ausencia del criterio. La selección de criterios e indicadores debe ser una tarea exenta de improvisación. Son criterios adecuados aquellos que han sido aceptados por los profesionales, que están basados en evidencias científicas, que son realistas y sencillos en su formulación.

En la última década del siglo veinte e inicios del presente, a nivel mundial se ha despertado un marcado interés por evaluar y mejorar la calidad de los servicios ofertados en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Para lograr estos objetivos, los administradores de la salud, en diversos países, han adoptado diversos métodos, estándares y herramientas para evaluar y mejorar las operaciones, crear sistemas de atención más eficientes, reducir el uso inadecuado de los escasos recursos disponibles, mejorar la supervisión y formación del recurso humano, entre otros. Vincent y Rooney (1999).

También en nuestro país existe esta preocupación y se considera a la evaluación, el control y el mejoramiento de la calidad en el campo de la prestación de servicios de salud, como eventos impostergables e ineludibles.

Hasta el momento no existe un método único o mejor para evaluar la atención de salud en términos absolutos. Para la evaluación de la capacidad técnica, se utiliza principalmente el expediente clínico. Para la interacción entre el médico y el paciente o entre éste y el hospital, se emplea la observación directa o cuestionarios. La evaluación de la estructura es siempre más fácil, rápida y objetiva, bien sea del área física, de los suministros, las calificaciones del personal o incluso los aspectos gerenciales.

La utilización de programas de acreditación como enfoque inicial para implantar y garantizar la calidad de los servicios, contribuye a que ocurra un cambio progresivo planificado de hábitos hospitalarios, a fin de promover en los

profesionales de todos los niveles y servicios un nuevo estímulo para evaluar las debilidades y puntos fuertes de la institución, establecimiento de metas claras y movilización constante para el logro de los objetivos, a fin de garantizar la calidad de la atención médica.

Desde la década del 90 del siglo veinte, el Ministerio de Salud de Panamá, ha venido realizando esfuerzos para mejorar no sólo la eficiencia y eficacia en las instalaciones proveedoras de servicios de salud, sino también para elevar la calidad de los mismos. En 1993, el Ministerio de Salud, revisa y adapta a la realidad nacional los estándares de acreditación hospitalaria propuestos por la Organización Panamericana de la Salud para América Latina y el Caribe (1992).

En el quinquenio 2000-2004 las políticas de salud, específicamente las políticas III y XI, orientan la acción hacia la identificación de criterios que permitan evaluar la calidad de los hospitales y a la adopción de la acreditación de hospitales, como estrategia para alcanzar y mejorar la calidad de los mismos.

El hospital Aquilino Tejeira es un hospital público, perteneciente al Ministerio de Salud de Panamá ubicado en la Provincia de Coclé, distrito de Penonomé. Está clasificado como un hospital regional general para pacientes agudos, de 2° nivel de atención y de mediana complejidad. Es el centro hospitalario de referencia para la población de la provincia. En el año 1998 fue demolido parcialmente y su infraestructura física fue renovada en un 95%; su recurso humano ha sido objeto de una serie de capacitaciones con el fin de poner

en ejecución un nuevo modelo de gestión en donde la calidad, tanto técnica como desde el punto de vista del paciente, es uno de sus ejes principales. Sin embargo, hasta la fecha no se ha determinado cuál es la calidad de sus servicios y con base a esta valoración, cuáles son las metas de mejora de la calidad que se necesitan alcanzar.

2. Definición del problema: ¿Cuál es la calidad de los servicios y la atención que ofrece el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé?

El hospital Aquilino Tejeira es un hospital público, general, para pacientes agudos, de 2º nivel de atención y de mediana complejidad, del cual se desconoce el nivel de la calidad de los servicios que ofrece debido a que no se ha aplicado un modelo para su determinación. La información que se derive de la investigación del nivel de calidad y de la identificación de los problemas de calidad de los servicios del hospital, será clave para el establecimiento de medidas para la corrección y mejora continua de la calidad de la atención y de los servicios.

3. Justificación.

La Organización Panamericana de la Salud recibió de sus cuerpos directivos mediante resolución XV de la XXXIII reunión del Consejo Directivo, aprobado en la sesión plenaria X de septiembre de 1988, el mandato de reforzar

las actividades de cooperación técnica a los países miembros y de movilizar los recursos para transformar los sistemas nacionales de salud en base a los Sistemas locales de Salud. Estas directrices surgieron como resultado de la evaluación de los logros alcanzados por los países miembros de la organización en cuanto a los compromisos de las metas de Salud para Todos en el año 2000. Dicha evaluación indicó la urgente necesidad de acelerar los procesos que dan prioridad al desarrollo de las infraestructuras de salud. Todo esto en el marco de la profunda preocupación del sector salud por mejorar la calidad de la atención que se ofrece en dichas estructuras de servicios.

Como ya se ha mencionado, en nuestro país, a partir de la década de los 90, se revisan y actualizan los estándares para la acreditación de hospitales de la Organización Panamericana de la Salud para América Latina y el Caribe y en el quinquenio 2000-2004, el Ministerio de Salud elabora un manual de estándares para la acreditación de hospitales y estructura un sistema que permite desarrollar el proceso de acreditación de hospitales, como un método eficaz para evaluar la calidad de los Servicios Hospitalarios en Panamá.

La acreditación de hospitales, como metodología de evaluación ya probada, conlleva los siguientes beneficios:

1. Representa un control de calidad externo a la institución sanitaria que garantiza al financiador que utiliza los servicios de esa institución, que ésta reúne unos estándares óptimos de calidad.

2. Representa un compromiso por parte de los establecimientos hospitalarios, para continuar mejorando la calidad de la atención que ofrecen.
3. Los programas de acreditación transmiten a la comunidad y al resto de la Administración Pública, que existe la preocupación por parte del Ministerio de Salud, por la calidad de las prestaciones en salud que se ofrecen a los usuarios.
4. Trabajar en un Hospital acreditado y participar en las actividades relacionadas con la encuesta de acreditación crea una enorme motivación en el personal y refuerza el sentimiento de pertenencia institucional.
5. Los programas de acreditación elevan la moral y mejoran la camaradería en el personal, desarrollando un sentimiento de auto evaluación.
6. El sistema de acreditación a nivel nacional, crea un prestigio de la institución acreditada que busca proyectarse a nivel internacional.

Nuestro país tiene dificultades financieras para solucionar integralmente todos los problemas del sector; esta es una razón de peso para ejecutar programas de acreditación en los hospitales, pues ello ayudaría al mejor uso de los recursos disponibles. La experiencia de otros países indica que los programas de acreditación pueden ejecutarse con infraestructuras nacionales muy pequeñas y que el factor económico no es obstáculo para ponerlos en marcha. Pickering, (1991). Se necesita, eso sí, un adecuado ejercicio de liderazgo para iniciar el programa de acreditación.

El hecho de que exista un compromiso nacional para dar cumplimiento a los mandatos de la Organización Panamericana de la Salud, de que las políticas de salud vigentes en el país, orientan el brindar a la población servicios de calidad, de que existen herramientas probadas (Acreditación de Hospitales) que permiten no sólo asegurar sino mejorar la calidad de los servicios, de que el Ministerio de Salud de Panamá cuenta con un Manual de estándares de Acreditación elaborado y validado por técnicos del sector salud panameño, el hecho de que no se conoce la calidad con que se ofertan los servicios de salud en el Hospital Aquilino Tejeira y de que este hospital tiene a la calidad como eje fundamental de su gestión, son los elementos que justifican el realizar esta investigación.

4. Objetivos.

a) General.

Evaluar la calidad de los servicios y la atención ofertados por el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé en el año 2005 a través del procedimiento de Acreditación de Hospitales y proponer recomendaciones para corregir los problemas de calidad encontrados en dichos Servicios.

b) Objetivos específicos.

1. Comparar los servicios, funciones y programas del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé con los criterios de calidad de los servicios hospitalarios contenidos en el Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales del Ministerio de Salud de Panamá.
2. Determinar la calidad de los servicios, funciones y programas del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.
3. Identificar los servicios del hospital Aquilino Tejeira con deficiencias en su calidad.
4. Identificar los obstáculos que impiden a los servicios del Hospital Aquilino Tejeira tener un nivel óptimo de calidad.
5. Hacer recomendaciones para corregir, mantener y mejorar la calidad de los servicios que presta el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé con base en los resultados obtenidos.

5. Propósito.

Es el propósito de esta investigación contribuir con la gerencia del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé, mediante la proporción de información actualizada y sólida sobre el estado de los servicios, programas y funciones del hospital Aquilino Tejeira de Penonomé, así como con las estrategias y acciones

factibles y viables que puedan ponerse en práctica para corregir y mejorar los servicios del hospital. Se espera contribuir con el nivel normativo de la Gerencia Central del Ministerio de Salud mediante aportes y observaciones al Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales y sus instrumentos de evaluación.

6. Hipótesis.

Existe la percepción por parte del recurso humano técnico y administrativo del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé de que la calidad de los servicios del hospital es adecuada, sin embargo no hay una evaluación objetiva que sustente esta afirmación. La revisión de los estándares contenidos en el Manual de Acreditación de Hospitales de Panamá y la extrapolación de sus exigencias al Hospital Aquilino Tejeira sugiere que los servicios de este hospital no alcanzan un nivel óptimo de calidad.

MARCO TEÓRICO

CONCEPTO DE CALIDAD.

1. El Concepto de calidad.

La Sociedad Americana para el Control de Calidad define la calidad como el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente.

Desde la perspectiva de las empresas la calidad es:

- Satisfacer plenamente las necesidades del cliente.
- Cumplir las expectativas del cliente y algunas más.
- Despertar nuevas necesidades del cliente.
- Lograr productos y servicios con cero defectos.
- Hacer bien las cosas desde la primera vez.
- Diseñar, producir y entregar un producto de satisfacción total.
- Producir un artículo o un servicio de acuerdo a las normas establecidas.
- Dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes.
- Una categoría tendiente siempre a la excelencia.

Quizá la definición más sencilla de la calidad haya sido inspirada por el trabajo de W. Edwards Deming, un pionero del movimiento de calidad en la industria. En lo más básico, el proveer buena calidad significa "hacer lo correcto

de la manera correcta". Esta definición permite concebir a la calidad como un proceso de mejoramiento continuo, en donde todas las áreas de la empresa participan activamente en el desarrollo de productos y servicios que satisfagan las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad.

El término calidad se puede emplear con diferentes acepciones como:

- Calidad de diseño o sea la conformidad entre lo que necesita o desea el cliente por un precio determinado y lo que la función de diseño proyecta.
- Calidad de concordancia o grado de conformidad entre lo diseñado y lo producido.
- Calidad en el uso o sea el grado en que el producto cumple con la función para la cual fue diseñado, cuando el consumidor así lo requiere.
- Calidad en el servicio Post - Venta o sea el grado con el cual la empresa le presta atención al mantenimiento, servicio, reclamos, garantías u orientación en el uso.
- En general, estas definiciones implican respuestas al consumidor.

2. Reseña histórica.

La historia de la humanidad siempre ha estado ligada a la noción de la calidad. Los conceptos e innovaciones de la calidad se iniciaron en las empresas de producción, desde donde se han desarrollado y posteriormente exportado a

las empresas de servicios, entre ellas los Servicios Sanitarios, con las singularidades propias de cada una de ellas.

Desde épocas anteriores al nacimiento de Cristo, se registran actividades destinadas al control de la calidad. Por ejemplo, en el año 2150 a.C., la calidad en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi¹. Los fenicios también utilizaban un programa de acción correctiva para asegurar la calidad: los inspectores cortaban la mano de la persona responsable de la calidad insatisfactoria.

Durante la edad media los productos eran hechos a mano. La calidad se basaba en la reputación y habilidad del artesano. La inspección del producto terminado era responsabilidad del artesano, quien tenía la visión general de todos los procesos que estaban involucrados en el producto final.

En el siglo XVIII, se origina en Europa la revolución industrial, se crean las fábricas, el trabajo en serie y la especialización del trabajo. A pesar del cambio en el proceso productivo se mantuvo el concepto de calidad basado en la capacidad de los operarios, complementándose con inspecciones departamentales.

En el siglo XX se produce un gran crecimiento en bienes y servicios, aparecen grandes industrias para producir, comercializar y mantener bienes de consumo, cada vez más complejos y con más exigencias en cuanto calidad. La actividad básica continuó siendo la de inspección y ensayo: separar los productos

¹ La regla # 229 establecía que "si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado".

buenos de los malos. El resultado primordial de esta actividad es la reducción del riesgo de que los productos defectuosos fueran enviados al cliente.

Durante la primera guerra mundial, los sistemas de fabricación fueron más complicados, implicando el control de gran número de trabajadores por uno de los capataces de producción; como resultado, aparecieron los primeros inspectores de tiempo completo la cual se denominó control de calidad por inspección.

Durante la segunda guerra mundial había que producir gran cantidad de productos militares con gran prioridad en el cumplimiento del plazo de entrega. Para poder sobrellevar esto, fue necesario que el trabajo de inspección fuera más eficiente., lo que originó que surgiera una nueva estrategia: “el control estadístico de la calidad”. A los inspectores se les dieron herramientas con implementos estadísticos, tales como muestreo y gráficas de control. Esto fue la contribución más significativa, sin embargo este trabajo permaneció restringido a las áreas de producción y su crecimiento fue relativamente lento debido a que las recomendaciones resultantes de las técnicas estadísticas, con frecuencia no podían ser manejadas en las estructuras de toma de decisiones. Posteriormente, estos métodos alcanzaron una amplia distribución y al mismo tiempo se fueron desarrollando consecutivamente.

Después de la 2ª Guerra Mundial los japoneses emprenden una carrera para alcanzar objetivos nacionales de expansión mediante el comercio con el gran

obstáculo de una reputación internacional de fabricar productos de bajísima calidad. Para superar este obstáculo diseñan estrategias para crear lo que se ha denominado la revolución de la calidad:

- La alta dirección asumió personalmente el liderazgo.
- Todos los niveles y funciones recibieron formación en gestión de calidad.
- Se emprendió la mejora de la calidad a un ritmo continuo.
- Los trabajadores se implicaron en la mejora de la calidad a través de conceptos como los círculos de calidad.

Al principio las empresas americanas creyeron que la competencia japonesa estaba en los precios y no en la calidad; su reacción fue pasar la fabricación de productos con mano de obra cara a áreas de mano de obra barata, frecuentemente en el extranjero. Esto constituyó un respiro momentáneo, ya que la competencia en precios disminuyó, pero aumentó la competencia en calidad y se origina un aumento de la presencia de los productos japoneses en los mercados internacionales, situación que se mantiene en la actualidad.

En los últimos años, a partir de la mitad de los años 70, cuando se produce el impacto japonés de los círculos de calidad propiciado por la invasión de productos de alta relación calidad/ precio, los ejecutivos y los altos directivos de las empresas empezaron a mostrar interés por la calidad de los productos. La razón de este creciente interés fue que se hizo obvio para muchos de ellos que la calidad significaba mucho para el futuro de las compañías. El reconocimiento de

esto se obtuvo a través del incremento en la competitividad y a las altas exigencias de calidad por el cliente.

La calidad se ha convertido en uno de los requisitos esenciales del producto y en un factor estratégico clave del que dependen la mayor parte de las organizaciones, no sólo para mantener su posición en el mercado sino incluso para asegurar su supervivencia.

Cuadro I. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD SEGÚN ETAPAS DEL PROCESO PRODUCTIVO.

Proceso Productivo	Concepto	Finalidad
Artesanal	Hacer las cosas bien independientemente del coste o esfuerzo necesario para ello.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer al cliente. • Satisfacer al artesano, por el trabajo bien hecho • Crear un producto único.
Revolución Industrial	Hacer muchas cosas no importando que sean de calidad (Se identifica Producción con Calidad).	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer una gran demanda de bienes. • Obtener beneficios.
Segunda Guerra Mundial	Asegurar la eficacia del armamento sin importar el costo, con la mayor y más rápida producción (Eficacia + Plazo = Calidad)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento preciso.
Posguerra (Japón)	Hacer las cosas bien a la primera	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar costes mediante la Calidad • Satisfacer al cliente • Ser competitivo
Postguerra (Resto del mundo)	Producir, cuanto más mejor	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra

Fuente: Modificado de Evolución histórica del concepto de calidad. Instituto Aragonés de Fomento. Zaragoza, España <http://www.iaf.es/publicaciones/articulo/cap2.htm>

3. Evolución del concepto de calidad.

En el contexto de las organizaciones industriales desde comienzos del siglo 20, se entendía a la calidad como el grado en que un producto cumplía con las especificaciones técnicas que se habían establecido cuando fue diseñado.

Posteriormente se definió la calidad como el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas.

Recientemente el concepto de calidad ha trascendido hacia todos los ámbitos de la organización y se define como todas las formas a través de las cuales la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general.

De manera paralela han ido progresando los mecanismos mediante los cuales las organizaciones gestionan la calidad.

Así, inicialmente se hablaba de control de calidad, función responsable de la inspección y ensayo de los productos para verificar su conformidad con las especificaciones. Estas inspecciones se realizaban en un principio en el producto acabado y más tarde se fueron aplicando durante el proceso productivo.

En los años 50, surgió el aseguramiento de la calidad, que engloba el conjunto de actividades planificadas y sistemáticas, necesarias para dar

confianza de que un producto o servicio va a satisfacer los requerimientos establecidos (Certificación ISO 9000:2000).

Posteriormente ha surgido la Calidad Total o Excelencia que es una estrategia global de gestión de toda la organización.

Cuadro II. ETAPAS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Etapa	Definición	Concepto de calidad
Control de Calidad	Técnicas de inspección en Producción para evitar la salida de bienes defectuosos.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer las necesidades técnicas del producto.
Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y Procedimientos de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer al cliente. • Prevenir errores. • Reducir costes. • Ser competitivo.
Calidad Total	Teoría de la administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer tanto al cliente externo como interno. • Ser altamente competitivo. • Mejora Continua

Fuente: Modificado y elaborado a partir de cuadro tomado de ¿Qué es calidad? Evolución del concepto de calidad. Institut Balear de Desenvolupament Industrial.departament de qualitat / articles . <http://idi.es>.

LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

1. Reseña histórica.

Mientras el médico actuaba aisladamente, su compromiso con los pacientes estaba regulado por su propia conciencia y por el código deontológico de la profesión. El nacimiento del concepto de hospital, con la introducción del trabajo en equipo, hizo necesaria la creación de medios para asegurar la calidad.

Los primeros datos relacionados con la calidad asistencial los encontramos en el siglo I a.C. con el establecimiento de criterios que determinaban quién podía practicar la medicina, en algunas partes de la India y China. En Europa, a partir de 1140, surgieron esfuerzos en Italia para otorgar licencia a todos los médicos. Estos esfuerzos iniciales dieron lugar, en el siglo 19, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo 19.

En el año 1858, Florence Nightingale introduce en el ámbito hospitalario dos eventos que se pueden relacionar con la calidad: la formación de las enfermeras y el estudio de las tasas de mortalidad de los hospitales militares en el curso de la Guerra de Crimea.

En 1910, Flexner recomienda el establecimiento de normas relativas a la educación médica.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir los resultados finales de la asistencia hospitalaria.

El movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el Colegio Estadounidense de Cirujanos (American College of Surgeons) publicó el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y optimizaran los servicios de salud deficientes.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951, en Estados Unidos, la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals. Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de parámetros de calidad.

En 1966, Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, que constituirá una de las bases de desarrollo del control de la calidad en la asistencia sanitaria.

A finales de los años sesenta, cuando la acreditación pasa a ser una condición necesaria de los hospitales para entrar en los programas de financiación de MEDICARE y MEDICAID, aparece la Auditoría Médica, que opone al estudio externo que realiza la Acreditación, la opinión de los profesionales del hospital sobre la práctica médica.

En los años ochenta, las fallas en el proceso de control, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así

como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a empezar a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares.

Las organizaciones de salud en Estados Unidos comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). Al mismo tiempo, el sistema de acreditación en hospitales amplió un enfoque restringido a las inspecciones para incluir el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud adoptó una política formal de calidad en 1991 y reconoció al Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) como la manera más rentable de ponerla en ejecución.

Hoy en día, el movimiento para la calidad en los servicios de salud se alimenta de dos campos distintos: la medicina y la industria. A lo largo de la historia, la medicina ha asumido un papel de vigilante, dependiendo de licencias gubernamentales, autorizaciones profesionales, auditorías internas y, más recientemente, de inspecciones externas para mantener los estándares, identificar y reemplazar a los empleados que no desempeñan bien su trabajo y resolver problemas. Por otra parte, la industria ha adoptado otra filosofía en los últimos 50 años: capacitar a los empleados para evitar problemas, fortalecer los sistemas de organización y mejorar continuamente el desempeño. En la década de los ochenta, el campo de la salud también comenzó a adoptar estas estrategias, y

ahora se están aplicando también en los servicios y en los ámbitos de atención primaria.

2. El concepto de calidad en el campo de la salud.

En el sector salud se han difundido varias definiciones de Calidad. Entre las más destacadas tenemos:

- “Es el *desempeño* apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.”²
- “Proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y perdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica”.³

Las dos definiciones antes expuestas enfatizan la dimensión técnica científica y administrativa de la calidad en la atención en salud.

La dimensión técnico científica, que se refiere a la práctica de los mejores estándares técnico científicos verificados en la atención en salud, ha sido una

² M.I Roemer y C. Montoya.Aguilar, Organización Mundial de la Salud. 1988.

³ Dr. Avedis Donabedian-1984. Éste autor es la referencia obligada al respecto por ser quien más ha investigado y escrito sobre el tema.

preocupación presente desde los comienzos de la medicina, la cual siempre ha procurado la puesta en práctica de acciones y procedimientos seguros y eficaces sobre el paciente (balanza calidad-ética, riesgo - beneficio)⁴. Ejemplos de la búsqueda de la calidad a través de la dimensión técnica científica son la transmisión a los discípulos de la experiencia personal de cada quien y que después se empezó a evaluar de manera objetiva con mecanismos como control de infecciones, control de complicaciones, control de mortalidad, juntas medicas, etc., tomando acciones como protocolizar procedimientos, establecer guías de manejo, etc., actividades que han tenido un gran respaldo en los últimos tiempos con la estadística y la epidemiología, que dieron origen a una de las herramientas principales de la búsqueda de la calidad en la atención en salud, como es la Medicina basada en la Evidencia en donde la evidencia científica determina las prácticas más efectivas y seguras para los usuarios.

En esta dimensión técnico científica de la calidad, el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual presupone que la institución como mínimo garantiza estos aspectos y son las entidades de control y las agremiaciones científicas, las llamadas a verificar que los profesionales y las

⁴ Principios que inspiraron trabajos como los de Nightingale cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea, o como el del análisis de la efectividad de las intervenciones quirúrgicas que era el interés fundamental de Codman a principios de siglo. (Estos se pueden catalogar como los precursores modernos de la calidad en salud).

instituciones de salud cumplan con parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros y con un mínimo de estándares.

La dimensión administrativa está referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Es en los últimos años y como consecuencia de las reformas en el sector salud y la entrada del sector en el mundo empresarial del libre mercado y la libre competencia, que se ha venido a tratar este aspecto. Inicialmente se pasó por una etapa en la cual la demanda era mayor que la oferta, por lo tanto se le daba muy poca importancia a este aspecto y adicionalmente se cargaba el sobrecosto de la atención al usuario, las ineficiencias de las entidades y tenía poca importancia el concepto del usuario en cuanto al servicio (dictadura de las instituciones), situación que fue cambiando con el aumento en la oferta y la globalización, llegando en muchos casos a una situación opuesta en donde es mayor la oferta que la demanda, quedando como única opción para las organizaciones afrontar el reto de competir ofertando servicios de mayor calidad a menor precio.

En esta dimensión el usuario tiene mayor capacidad de evaluar la calidad, situación que ha generado que las organizaciones prestadoras de servicios de salud, hayan trabajado más sobre los procesos de prestación de servicios buscando hacerlos más eficientes y eficaces.

Bajo los criterios anteriores se concluye que la calidad de los servicios de salud es la nota distintiva con que se prestan dichos servicios, la cual está determinada por la estructura y los procesos de atención a costos razonables y sostenibles que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.

La tercera dimensión de la calidad de los servicios de salud, la dimensión humana, es un aspecto fundamental, ya que la razón de ser de estos servicios es brindarle atención y garantizar la salud de un ser humano.

La Organización Mundial de la Salud define salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral. Bajo este precepto el conjunto de factores que determinan la relación salud enfermedad tiene componentes biológicos (genético, ambiente, físicos, etc.), determinantes geográficos y determinantes sociales (cultura, religión, ideología, economía, etc.), por lo tanto, la Medicina y los Servicios de Salud no son únicamente una disciplina científica y técnica, sino que tiene un componente humanista y social fundamental; bajo este enfoque el abordaje de las inquietudes del cliente –usuario, es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica.

Para el cliente, la calidad depende principalmente de su interacción con el profesional de salud, de atributos tales como el tiempo de espera y la privacidad,

la accesibilidad de la atención y, como lo más básico, de que obtenga el servicio que procura.

Un marco conceptual publicado por Judith Bruce en 1990, junto con las herramientas de medición y evaluación elaboradas por Anrudh Jain, ha ejercido especial influencia para enfocar la atención en la perspectiva del cliente. Este modelo, conocido como el marco conceptual de Bruce-Jain, incluye los siguientes elementos de calidad en la prestación de servicios:

- Información proporcionada al cliente.
- Competencia técnica.
- Relaciones interpersonales.
- Mecanismos para motivar la continuidad.
- Una constelación apropiada de servicios.

Los clientes-usuarios juzgan la calidad de los servicios de salud mediante la satisfacción de los siguientes criterios:

1. Respeto
2. Comprensión
3. Información completa y exacta
4. Competencia técnica
5. Acceso
6. Equidad
7. Resultados

El objetivo de los servicios de salud debe ser personalizar la atención en salud, de acuerdo a las necesidades del individuo, de su entorno humano, y de las circunstancias propias del momento en que el paciente utiliza estos servicios.

Maimónides afirmó, que “El bienestar del alma sólo puede obtenerse cuando se ha garantizado el del cuerpo”. Esta afirmación implica actuaciones fundamentales que debe cumplir el médico y el personal de salud: conocimiento de su paciente (en sus aspectos biológicos, familiares, psicosociales y espirituales), acompañamiento, apoyo y soporte al paciente enfermo y a su familia, un trato cordial, comprensivo, solidario, compasivo y respetuoso del sufrimiento.

En resumen, la Calidad no solamente está ligada a los medios, no es sólo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, si no que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, conscientes de que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio.

Con el creciente reconocimiento de la dimensión humana, la calidad en los servicios de salud se está definiendo como la forma en que el sistema trata al cliente..

LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En las últimas décadas, y con especial impulso en el segundo quinquenio de la década de 1990, con base en la experiencia americana y canadiense, se han desarrollado y optimizado herramientas para la evaluación de la calidad de los servicios de salud, con el objetivo de asegurar el resultado de la atención, prevenir la aparición de complicaciones evitables y generar procesos de mejoramiento continuo que beneficien a las personas.

La evaluación de calidad en los servicios de salud ha implicado una serie de pasos progresivos. Inicialmente se “licenciaba” a los servicios de salud mediante la verificación de condiciones sanitarias mínimas y de algunos otros estándares típicamente asociados con la estructura.

Posteriormente los sistemas evolucionaron hacia la verificación y la “acreditación” de unos procesos críticos o esenciales, y finalmente los sistemas más avanzados se han orientado hacia la valoración de los resultados.

En esta evolución conceptual hay países en diferentes estados de desarrollo, algunos usan los estándares del proceso ISO, y otros han implementado sistemas de acreditación formales.

La calidad, como ya ha sido mencionado, es un concepto relativo que requiere de unos puntos de referencia para comparar (estándares); estos

estándares deben reflejar un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente y/o para toda la población. Ya hemos enfatizado que, la capacidad de juzgar calidad depende de quien la juzga. El profesional o los grupos de profesionales juzgarán la dimensión técnica y la seguridad, el usuario y su familia juzgan la dimensión humana del servicio y finalmente, al considerar la atención de salud como un bien público, la sociedad debe evaluar la calidad de la atención, como el agregado de beneficios que resulten para toda la población, dando preferencia a procedimientos que puedan satisfacer las necesidades de muchos, involucrando la equidad, el acceso y el costo racional dentro del juicio sobre calidad.

1. Modelos para determinar la calidad de los servicios de salud.

a) Las normas ISO 9000.

i. Introducción.

Tal como se ha comentado en apartados anteriores, el concepto de calidad ha sufrido una constante evolución, de forma paralela a la evolución de los sistemas de producción empresariales, de modo que se pueden identificar tres etapas:

1. El control de calidad.
2. El aseguramiento de la calidad.

3. La gestión de calidad total.

Las normas ISO corresponden dentro de este esquema evolutivo, al Aseguramiento de la Calidad, el cual utiliza en su implantación normas⁵, las que deben estar aprobadas por un organismo de normalización y no tienen carácter obligatorio.

Con la norma se pretende:

- Simplificar las tareas y facilitar la intercambiabilidad.
- Proteger al consumidor.
- Eliminar barreras a los intercambios.

ii. Origen de las normas ISO 9000.

La serie ISO 9000 surgió por la necesidad de armonizar la gran cantidad de normas sobre gestión de calidad que estaban apareciendo en distintos países del mundo. Estas normas se originaron en las normas británicas BS5750, de aplicación al campo nuclear.

El organismo encargado de la realización de estas normas es la Internacional Standard Organization (ISO), a través de su comité técnico TC/176. ISO es una federación mundial de organismos nacionales de normalización, creada en 1947, con sede en Ginebra (Suiza).

⁵ Una norma es un documento accesible al público, consensuado entre todas las partes interesadas, que contiene especificaciones técnicas u otros criterios para que se usen como reglas, guías o definiciones de características, para asegurar que materiales, productos, procesos o servicios cumplen los requisitos especificados.

En 1985 se editó el primer borrador de las normas ISO 9001, 9002, 9003, publicándose por primera vez en 1987.

iii. Estructura de las normas ISO 9000.

Las normas ISO 9000, tratan sobre los requisitos de los Sistemas de Calidad para el Aseguramiento de ésta. Se utilizan como:

- Herramienta de gestión interna: proporciona a la alta dirección de la empresa la confianza de que se está consiguiendo la calidad prevista a un costo adecuado.
- Herramienta de gestión externa: proporciona confianza al cliente de que el sistema de aseguramiento de la calidad del proveedor le permite dar un producto o servicio con los requisitos de calidad que él ha pedido.

Es importante señalar que la norma no define el sistema de calidad a aplicar por las empresas, lo que hace es describir los requisitos a los que debe dar respuesta dicho sistema.

iv. Tipos de normas ISO 9000 para la evaluación del sistema de la calidad.

1. ISO 9001:1994: es un modelo para el aseguramiento de la calidad en el diseño, el desarrollo, la producción, la instalación y el servicio posventa.

2. ISO 9002:1994: es un modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción, la instalación y el servicio posventa.
3. ISO 9003:1994: es un modelo para el aseguramiento de la calidad en la inspección y en los ensayos finales.

Mientras que la norma ISO 9001 cuenta con veinte elementos que conforman el sistema de la calidad, el modelo según la norma ISO 9002 sólo cuenta con diecinueve elementos, y la norma ISO 9003 contiene solamente dieciséis elementos que se componen por elementos requeridos y otros parcialmente requeridos con respecto a los elementos de las normas ISO 9001.

v. Consecución de la certificación.

El período de validez de la certificación es de tres años durante los cuales es necesario llevar a cabo auditorías de seguimiento, éstas son obligatorias y deben ser ejecutadas por lo menos cada seis meses en los que se evalúan las mejoras que se le hacen al sistema, pues la característica dinámica del nuevo Sistema de Aseguramiento de la Calidad implantado es lo que garantiza la efectividad de lograr modificar la operatividad de las actividades con el objetivo de cumplir con los nuevos requerimientos de los clientes.

Un nuevo proceso similar a la certificación se efectúa para lograr renovar la certificación de la empresa en ISO 9000.

b). El modelo EFQM de excelencia.

El Modelo EFQM de Excelencia tiene como objetivo ayudar a las organizaciones (empresariales o de otros tipos) a conocerse mejor a sí mismas y, en consecuencia, a mejorar su funcionamiento.

Se trata de un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo⁶.

Esto no supone una contraposición a otros enfoques (aplicación de determinadas técnicas de gestión, normativa ISO, normas industriales específicas, etc.), sino más bien la integración de los mismos en un esquema más amplio y completo de gestión.

La utilización sistemática y periódica del Modelo por parte del equipo directivo permite a éste el establecimiento de planes de mejora basados en hechos objetivos y la consecución de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas a utilizar.

Su aplicación se basa en:

- La **comprensión** profunda del modelo por parte de todos los niveles de dirección de la empresa.
- La **evaluación** de la situación de la misma en cada una de las áreas.

⁶ Un modelo es una descripción simplificada de una realidad que se trata de comprender, analizar y, en su caso, modificar.

i. Historia.

El Modelo de Calidad EFQM fue anunciado por la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) en 1991, patrocinado por Comisión de la Unión Europea. La Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM), fue creada en 1988 por los presidentes de catorce importantes compañías europeas. Actualmente cuenta con más de 600 miembros, desde pequeñas compañías hasta grandes multinacionales, institutos de investigación, escuelas de negocios y universidades.

La misión de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) es:

1. Estimular y ayudar a las organizaciones europeas a participar en actividades de mejora que las lleven, en última instancia, a la excelencia en la satisfacción de sus clientes y de sus empleados, en su impacto social y en sus resultados empresariales.
2. Apoyar a los directivos de las organizaciones europeas en la aceleración del proceso de convertir la Gestión de Calidad Total en un factor decisivo para conseguir una posición de competitividad global.

El 21 de abril de 1999 se anunció la última versión del modelo EFQM de Excelencia, que se adaptó para su aplicación a los centros educativos en el año 2001.

ii. Principales características del modelo EFQM.

El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, consta de dos partes:

1. Un conjunto de **criterios** de excelencia empresarial que abarca todas las áreas del funcionamiento de la organización.
2. Un conjunto de **reglas** para evaluar el comportamiento de la organización en cada criterio.

Hay dos grupos de **criterios** (Cuadro III):

1. Los **Agentes** (Criterios 1 al 5) son aspectos del sistema de gestión de la organización. Son las causas de los resultados.
2. Los **Resultados** (Criterios 6 al 9) representan lo que la organización consigue para cada uno de sus actores (Clientes, Empleados, Sociedad e Inversores).

Cuadro III. CRITERIOS PARA APLICAR EL MODELO DE EVALUACIÓN EFQM.

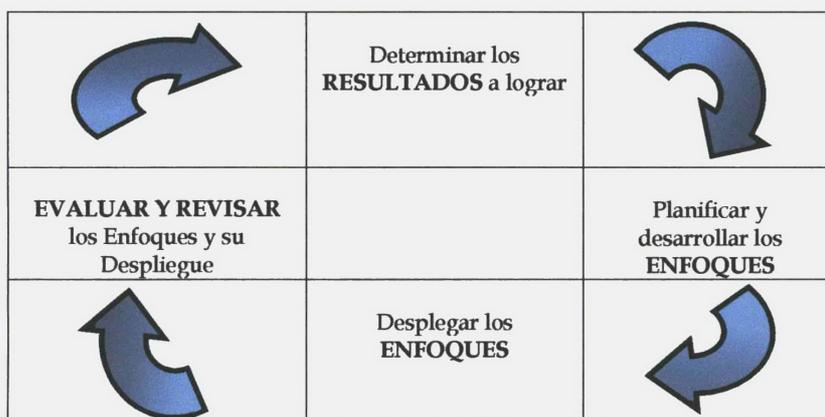
Criterios Agentes	Criterios Resultados
1. Liderazgo	6. Resultados en los Clientes
2. Política y Estrategia	7. Resultados en el Personal
3. Personal	8. Resultados en la Sociedad
4. Colaboradores y Recursos	9. Rendimiento Final de la organización
5. Procesos	

Fuente: Modelo EFQM de excelencia. <http://www.tqm.es/TQM/ModEur/ModeloEuropeo.htm>

Para cada grupo de criterios hay un conjunto de reglas de evaluación basadas en la llamada lógica REDER (En inglés RADAR (Results, Approach, Deployment, Assessment and Review)):

La lógica de evaluación del modelo EFQM de excelencia se describe en la figura 1 en base a Resultados, Enfoque, Despliegue y Evaluación y Revisión.

Fig. 1 LÓGICA DE EVALUACIÓN DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.



Fuente: Breve presentación del modelo EFQM de excelencia. <http://www.centros3.pntic.mec.es/cp.reyes.catolicos5/webefqm/modelo.htm>

c) **Acreditación.**

La acreditación es un proceso objetivo, voluntario e independiente de monitoreo de la calidad de la atención de salud, que utiliza estándares que representan el mayor consenso posible sobre lo que se considera calidad, y en el que el ente acreditador goza de la mayor credibilidad dentro del sector salud; sus

decisiones carecen de sesgo para favorecer a un grupo de profesionales y están dirigidas únicamente a mejorar la calidad de la atención de salud. De manera complementaria a los requisitos de licenciamiento que buscan defender al usuario, el fin de la acreditación es el mejoramiento de las instituciones con un beneficio directo hacia el usuario, por lo que se acredita el cumplimiento de estándares elevados pero alcanzables de calidad.

La acreditación en salud es un proceso eficaz para conocer el estado de la gestión y calidad institucional y por ende para la generación de mejoramiento en la atención en salud. La acreditación es también, uno de los más efectivos sistemas de evaluación sistemática del desempeño de la atención de salud. Este proceso mezcla el ejercicio de autoevaluación de las instituciones con una evaluación externa por evaluadores pares. En el acápite subsiguiente se desarrolla este tema en detalle.

LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES.

1. Reseña histórica de la acreditación de hospitales.

La Acreditación de Hospitales, definida como un proceso voluntario de evaluación externa utilizando criterios y estándares de referencia, previamente aceptados, tiene su origen en Estados Unidos, cuando en 1917 el American College of Surgeons estableció el Hospital Standardization Program, cuyo objetivo era dar un reconocimiento ante la profesión a aquellas instituciones que cumplieran con unos estándares mínimos y estimular a las que no alcanzaban estos estándares a elevar la calidad de su trabajo.

El primer documento que fija unos requerimientos de exigencia a un hospital, texto históricamente conocido como los “Estándares Mínimos” se aprobó en 1917 y es asumido como instrumento de evaluación por el Colegio Americano de Cirujanos, bajo la dirección del doctor Codman, el cual pone en marcha el primer programa de acreditación de hospitales.

Los primeros estándares del citado documento, en número limitado de cinco, definen unos requerimientos de carácter general y muy vinculado a exigencias de garantía de mínimos en relación con la necesaria seguridad que se ofrece a los pacientes cuando son asistidos y tratados en un centro hospitalario.

Se requieren en dicho texto aspectos tan básicos para la seguridad de la asistencia como la necesidad de una reglamentación para el funcionamiento operativo del cuerpo médico del hospital, la exigencia de profesionales debidamente cualificados en titulación y experiencia, la existencia de historiales clínicos organizados que den soporte documental a la actividad asistencial prestada, la necesidad de una revisión de la práctica clínica por cada servicio con periodicidad mensual o requerimientos generales de existencia de instalaciones diagnósticas y terapéuticas apropiadas para el normal desarrollo de la asistencia sanitaria.

Se trataba de un primer instrumento de acreditación de hospitales basado en forma primordial en estándares de carácter estructural destinados a garantizar la seguridad de la asistencia a los pacientes.

En 1949, el Colegio Americano de Cirujanos motivó al Colegio Americano de Médicos y a la Asociación Americana de Hospitales para formar una comisión conjunta para la acreditación de hospitales que se denominó Joint Commission on Accreditation of Hospitals que dio como fruto la publicación en 1953 del primer Manual de Acreditación de Hospitales.

El Manual de 1953 se configura como un modelo de referencia estructurado en diversas áreas que profundizan en los aspectos de carácter

⁷ Rebautizada en 1988 como Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO); una institución profesional que evalúa periódicamente los hospitales y centros asistenciales de otro tipo, para acreditar su calidad.

básico formulados en el texto de Estándares Mínimos, se explicitan requerimientos concretos sobre el proceso de credenciales para la política de personal, se fijan criterios exigibles al funcionamiento del cuerpo médico, se establecen exigencias y especificaciones para la estructura física, las instalaciones y el equipamiento general, se definen requisitos deseables para el historial clínico o se incluyen exigencias para la existencia y el funcionamiento operativo de distintos comités de carácter clínico.

Desde 1953 hasta 1980 la orientación de los sucesivos Manuales de Acreditación publicados por la Joint Commission se centró en la definición de estándares orientados de manera prioritaria a la evaluación de aspectos y requerimientos estructurales del hospital agrupando las distintas exigencias en áreas, departamentos o servicios que son evaluados durante la visita de inspección.

Cabe resaltar, la formulación en 1970 del concepto de nivel de exigencia de los estándares como “óptimos alcanzables”, planteamiento que hace especial énfasis en resaltar la idea de la acreditación como herramienta que estimula los procesos de mejora a partir del logro de objetivos para un nivel determinado de recursos disponibles.

En 1980 la Joint Commission introduce una orientación nueva en su Manual de Acreditación de Hospitales al incorporar requerimientos específicos en sus estándares sobre la necesidad de que los hospitales como organización se

involucren globalmente en un compromiso concreto por la política de garantía de la calidad, definiendo estándares que evalúan la existencia de un plan general de calidad, la definición de objetivos para los distintos departamentos, servicios y unidades, así como la exigencia de que, como consecuencia del desarrollo cotidiano de las actividades de evaluación interna de la calidad se identifiquen los problemas a resolver y las áreas potenciales de mejora.

En 1986 la Joint Commission se compromete en un ambicioso proyecto de renovación conceptual que, bajo la denominación de “Agenda para el Cambio” representa la transformación de mayor relevancia de las afrontadas por esta organización durante las últimas décadas. En síntesis, la idea matriz de dicha transformación conceptual del modelo de acreditación se puede resumir en el término de “función” para definir aquellas *actividades y procesos* relevantes y nucleares dentro del hospital, de cuyo adecuado desarrollo depende muy directamente la calidad de la asistencia y los resultados de la misma.

Esta nueva orientación se materializa en el Manual de Hospitales de 1995 de la Joint Commission que representa un giro sustancial en la definición de estándares que permiten medir el cumplimiento por parte de la organización evaluada, de las *funciones clave* de su actuación como proveedor de servicios sanitarios.

En 1959 se constituye como organización acreditadora independiente de la Joint Commission, el Consejo Canadiense de Acreditación que sigue una

evolución conceptual y metodológica paralela a la recorrida por la agencia norteamericana. Es de interés su aportación metodológica al proceso de acreditación mediante la incorporación del concepto de “autoevaluación” como fase previa al desarrollo de la visita de inspección.

En el ámbito europeo cabe destacar el programa de acreditación de hospitales para la formación médica especializada llevada a cabo en España por el Ministerio de Sanidad y Consumo desde 1987, y el programa de acreditación del King’s Fund, que bajo la denominación de audit organizacional se viene aplicando desde 1989 en el Reino Unido. En ambos casos los manuales aplicados mantienen un enfoque tradicional que integra básicamente requerimientos de carácter estructural y de proceso. El Hospital General de Cataluña en Barcelona, España, tiene la distinción de ser el primer hospital fuera de los Estados Unidos, en recibir la acreditación de la JCAHO, honor que le fue otorgado en 1998. Otros dos hospitales: el Hospital del Sol y el Instituto Oftalmológico de Alicante, recibieron la acreditación a mediados de 1999.

Actualmente Canadá, Gran Bretaña y Nueva Zelanda están entre los países con programas bien establecidos de acreditación de hospitales.

2. Marco teórico de la acreditación de hospitales.

La Acreditación, según la Organización Panamericana de la Salud (1992), es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario,

periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos o más exigentes definiendo distintos niveles de satisfacción”

La acreditación de hospitales se define como el proceso por el cual la institución se somete voluntariamente a un procedimiento de verificación externa, para evaluar su grado de cumplimiento o conformidad, con un conjunto de criterios y estándares⁸ previamente establecidos por un organismo independiente, que a la vista de los resultados obtenidos emitirá finalmente el correspondiente dictamen.

La acreditación de hospitales exhibe una serie de características que la definen:

1. Carácter voluntario del proceso.
2. Existencia de criterios y estándares previamente definidos.
3. Ejecución de un procedimiento de verificación externa.
4. La emisión de un juicio por un órgano independiente. (Ver Cuadro IV).

⁸ Los estándares que se utilizan para evaluar el desempeño son el producto del trabajo de comités de expertos que colaboran con el organismo de acreditación y que se modifican periódicamente para reflejar los adelantos en materia de tecnología, regímenes de tratamiento o cambios de políticas.

Cuadro IV. CARACTERÍSTICAS DE LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES.

Característica	Descripción
1. Proceso Voluntario.	<ul style="list-style-type: none"> • El hospital decide libremente que desea ser acreditado y formula la petición correspondiente, pero cada vez está más vinculado con incentivos financieros.
2. Definición previa de Estándares	<ul style="list-style-type: none"> • Usa estándares o criterios predeterminados y publicados. • Los estándares están orientados a estructura y procesos, con menos concentración en las medidas de los resultados del desempeño. • Los estándares representan el nivel necesario y suficiente a alcanzarse y están destinados a fomentar el mejoramiento permanente a nivel institucional. • Los estándares se concentran en la calidad desde la perspectiva institucional, en relación con los criterios de calidad del cliente. • Normalmente es un organismo de expertos que goza de reconocimiento nacional quien formula los estándares. • Los estándares se concentran en los procesos institucionales o las funciones que se cumplen dentro de toda la organización.
3. Inspectores externos	<ul style="list-style-type: none"> • Un grupo de revisores externos, normalmente profesionales, toman la decisión de acreditación.
4. Organismo de Acreditación	<ul style="list-style-type: none"> • El organismo de acreditación es, por lo general, una organización no gubernamental e independiente del Ministerio de Salud.
5. Duración de la acreditación.	<ul style="list-style-type: none"> • El intervalo que hay entre una revisión y otra varía en función de los resultados de la misma, pero normalmente está entre 2 y 3 años.

Fuente: Modificado de Silimperi Diana. Acreditación especializada. Noticias del Proyecto de Garantía de Calidad. Vol. 8, No 2. pág. 26.

Las características mencionadas permiten establecer las diferencias con otros procedimientos externos de control. Así la Habilitación representa la legitimación por la autoridad sanitaria para el inicio de operaciones de un centro o servicio sanitario. La homologación significa la certificación del cumplimiento de requisitos o exigencias de carácter mínimo establecidos por una norma legal. La inspección representa cualquier tipo o clase de revisión o examen oficial para

verificar el cumplimiento de normas legales y supone habitualmente un carácter punitivo ante la sospecha del incumplimiento de las mismas.

Desde el punto de vista estructural un Programa de Acreditación de Hospitales debe contar con los siguientes componentes:

1. Un organismo acreditador quien es el titular del programa y el que emite los certificados de acreditación. Sus características principales deben ser la credibilidad y la imparcialidad, debido a que el valor del certificado de acreditación está en función de la credibilidad del ente acreditador.

Las funciones de este organismo son: el establecimiento de los estándares, la organización y dirección de las evaluaciones de los hospitales que han solicitado acreditarse y la expedición de los certificados de acreditación.

Tal como mencionamos en párrafos anteriores, se recomienda que el organismo acreditador sea un ente no gubernamental⁹ y que en su estructura estén representados los grupos profesionales del país. Es de importancia fundamental que la junta directiva del programa de acreditación sea altamente respetada.

2. Un conjunto de estándares de acreditación definidos que sirven de pauta para la evaluación de los centros hospitalarios. Estos estándares pueden ser de tres tipos: de Estructura (planta física, organización, equipamiento), de Proceso (indicación y aplicación apropiada de la terapéutica) y de Resultados

⁹ Existe el riesgo de que una autoridad gubernamental transforme estos programas en inspecciones y las visitas no serían consideradas como un apoyo ni didácticas.

(tasa de curación, secuelas). Independientemente del tipo de estándar, la sencillez, la integralidad¹⁰ y la consulta para el consenso son criterios a tomar en cuenta a la hora de seleccionarlos.

3. Un proceso de acreditación que es el conjunto de actividades que se desarrollan para llegar a la acreditación de un hospital. En el proceso de acreditación, la verificación del grado de cumplimiento de los estándares se efectúa mediante la información verbal aportada por la organización, las observaciones realizadas en el mismo centro por el equipo acreditador y por el análisis de los documentos facilitados por el centro visitado. La concordancia de los tres factores representa la máxima certeza para el evaluador y de los tres tipos de evidencia tiene un mayor peso la constatación directa mediante la observación.

Los elementos básicos de este proceso son:

1. **La solicitud** que parte del hospital como un acto voluntario.
2. **La visita** por parte de auditores que verifican sobre el terreno el cumplimiento de los estándares de acreditación.
3. **El dictamen** que es la decisión de acreditar o no, a un hospital.

Entre las ventajas de la acreditación de hospitales están:

1. Garantiza al usuario que los servicios del hospital reúnen unos estándares óptimos de calidad.

¹⁰ Integralidad: los estándares deben abarcar todas las áreas del hospital.

2. Compromete al hospital a continuar mejorando la calidad de la atención.
3. Motiva al personal del hospital, refuerza el sentimiento de pertenencia institucional, eleva la moral y desarrolla un sentimiento de auto evaluación.
5. En algunos sistemas de acreditación el único beneficio es el prestigio de ser acreditado. En otros el certificado de acreditación es condición necesaria para atender pacientes de entidades aseguradoras.
6. Favorece una estructura médica más formal y comisionada
7. Estimula el desarrollo integral.
8. Crea respeto y confianza
9. Racionaliza y ordena recursos.

ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN PANAMÁ.

1. Antecedentes.

El Código Sanitario de la República de Panamá¹¹ y el decreto¹² que crea el Ministerio de Salud de Panamá establecen y desarrollan las normas relativas a la regulación de la asistencia médica, el control de las actividades de salud del sector privado y el derecho a fijar normas de habilitación y funcionamiento de clínicas, institutos y servicios médicos asistenciales.

Con base en el Acuerdo General de Cooperación que la Organización Panamericana de la Salud suscribió con la Federación Latinoamericana de Hospitales en 1990, el Ministerio de Salud de Panamá, inició en 1993, a través del Departamento de Planificación de Hospitales el proceso de revisión de los estándares propuestos por la Organización Panamericana de la Salud para América Latina. Este ente técnico realizó ese mismo año, el primer seminario sobre Acreditación de Hospitales con la participación de representantes del Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social y de hospitales privados, que

¹¹ Ley 66 de junio de 1947. Libro 11 y los artículos 77 al 83 sobre Escalafón de Hospitales.

¹² Decreto de Gabinete No 75 de febrero de 1969.

generó el consenso entre los participantes sobre la necesidad de iniciar en Panamá el proceso de acreditación de hospitales.

En febrero de 1994, el Ministerio de Salud, convocó un encuentro entre sus representantes, de la Caja de Seguro Social y el sector privado con la finalidad de crear un ente intrasectorial que facilite la implantación del proceso de acreditación de hospitales. De este encuentro surgió el Comité Técnico Ad Hoc, cuyo objetivo principal fue la formulación del Estatuto y Reglamento Interno para el Comité Nacional de Acreditación de Hospitales, así como la elaboración de una propuesta de estándares de acreditación, partiendo de la revisión de los estándares internacionales. El comité revisa los estándares y somete a consulta con profesionales de la medicina y afines una propuesta en junio de 1994; logrando confirmar la gran mayoría de las normas propuestas.

En 1995 el Ministerio de salud revisa el documento preliminar de Estándares de Acreditación de Hospitales y publica una versión final.

Las Políticas y Estrategias de Salud establecidas para el periodo 2000-2004, fijaron la necesidad de “Reglamentar y establecer los criterios para la acreditación de las instalaciones del primer nivel de atención, hospitales y salas de Urgencias”¹³ y “Establecer un Sistema de Acreditación de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica”¹⁴. En el año 2001, se crea la Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales, una unidad de carácter técnico, que tiene entre

¹³ Ministerio de Salud de Panamá. Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004. Política III; 3.1.4.

¹⁴ Ministerio de Salud de Panamá. Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004. Política XI; 11.1.6.

sus funciones el colaborar con el Comité Nacional de Acreditación¹⁵ en la elaboración de una propuesta de Estándares de Acreditación. (Resolución No. 170 y No. 171 del 14 de junio de 2001).

Con el fin de impulsar este proceso, la Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales, formuló el Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales, que define los lineamientos generales del proceso y los estándares a ser aplicados en Panamá (Manual de Estándares para la Acreditación de Hospitales. MINSA. Marzo 2002). Adicionalmente, con el apoyo de una consultora internacional (Centro de Gestión Hospitalaria – Colombia) se diseñaron normas, procedimientos, instrumentos y se capacitó a un grupo de evaluadores que permita implementar el proceso de acreditación de hospitales.

2. El manual de estándares de Acreditación de hospitales para Panamá.

El Manual de Estándares de Acreditación de hospitales de Panamá fue elaborado utilizando como modelos el Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina (Organización Panamericana de la Salud/Federación Latinoamericana de Hospitales. 1991) y el Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals –The Oficial Handbook- de la Joint Comisión (1998). El manual

¹⁵ El Comité Nacional de Acreditación es un organismo colegiado, adscrito al despacho superior del Ministerio de Salud, cuya función fundamental se centra en la adopción de los manuales de estándares y demás normas, instructivos y reglamentos, que hagan operativo el proceso de acreditación y también es la entidad encargada de expedir los certificados de acreditación.

es el resultado de una propuesta preliminar validada por médicos y técnicos del sector salud público y privado.

El manual consiste de 37 estándares organizados en dos grupos: los obligatorios, aquellos que deben cumplirse en todo establecimiento que solicite la acreditación; y los no obligatorios, cuya valoración dependerá de su existencia o no en la institución evaluada. Son estándares no obligatorios los relacionados con los servicios de Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Nuclear, Neonatología, Cuidados Intensivos y Biblioteca. (Cuadros V y VI).

Cuadro V. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN PANAMÁ.

1. Gobierno	20. Neonatología
2. Administración	21. Laboratorio Clínico
3. Programa de Garantía de Calidad	22. Diagnóstico por Imágenes
4. Programa de prevención, vigilancia y control de infecciones nosocomiales.	23. Anatomía Patológica
5. Gestión y manejo de desechos hospitalarios peligrosos.	24. Medicina Nuclear
6. Programa de salud ocupacional	25. Enfermería
7. Programa de seguridad general	26. Farmacia Hospitalaria
8. Registros médicos y estadísticas	27. Nutrición y dietética
9. Documentación edilicia	28. Hemoterapia y Banco de Sangre
10. Accesos	29. Servicios Anestésicos
11. Circulaciones	30. Medicina física y rehabilitación
12. Confort en internación	31. Trabajo Social
13. Derivaciones	32. Central de esterilización y equipo
14. Continuidad de la atención médica	33. Lavandería y ropería
15. Atención del nacimiento	34. Aseo y Ornato
16. Quirófanos	35. Servicios de Mantenimiento
17. Consulta Externa	36. Biomédica
18. Urgencias	37. Biblioteca
19. Cuidados intensivos y especiales	

Fuente: Elaboración a partir del Manual de Estándares de Acreditación. Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales. Ministerio de Salud de Panamá. 2002.

**Cuadro VI. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES PARA LA
ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN PANAMÁ.**

Estándares Obligatorios	Estándares no Obligatorios
1. Organización de la atención médica	1. Cuidados Intensivos
2. Áreas técnicas y de apoyo	2. Medicina física y rehabilitación
3. Planos	3. Medicina Nuclear
4. Estructura física funcional	4. Neonatología
5. Instalaciones	5. Biblioteca

Fuente: Elaboración a partir del Manual de Estándares de Acreditación. Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales. Ministerio de Salud de Panamá. 2002.

Cada estándar incluye entre sus componentes: el perfil del director del servicio, la estructura organizacional y funcional, el perfil del recurso humano, los ambientes físicos, el equipamiento y el sistema de información del servicio, función o programa del hospital.

Los estándares están ordenados por niveles de satisfacción crecientes y correlativos entre sí (de modo sistémico e integral) de modo que para alcanzar un nivel de calidad superior, deben haberse satisfecho necesariamente todos los niveles anteriores. A su vez cada nivel está integrado por componentes específicos. El cuadro VII muestra la estructura de un estándar de acreditación.

**Cuadro VII. ESTRUCTURA DEL ESTÁNDAR 23 ANATOMÍA PATOLÓGICA,
DEL MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES
DE PANAMÁ.**

COMPONENTES	Nivel de Cumplimiento	
	No Cumple	Cumple 100%
NIVEL 1		
1. El hospital tiene acceso a un servicio de Anatomía Patológica de un hospital de referencia que puede apoyar el diagnóstico mediante pruebas de citología y estudios histopatológicos. Esta actividad está bajo la responsabilidad del Jefe del Laboratorio Clínico.	}	Componentes
2. El hospital cuenta con normas administrativas y técnicas para el manejo de las muestras, para el archivo de solicitudes-resultados y con medios eficientes de comunicación y transporte de las muestras.		
3. Se genera información sobre producción.		
NIVEL 2		
1. El hospital cuenta con un servicio de Anatomía Patológica, a cargo de un médico patólogo idóneo.		
2. El servicio cuenta con manual de organización y funciones, normas técnico administrativas, normas de bioseguridad y manuales de procedimientos.		
3. El servicio dispone de un área exclusiva equipada para la operación del servicio.		
4. El personal del servicio conoce y aplica las normas de bioseguridad y salud ocupacional.		
5. Se controla la calidad de los resultados.		
NIVEL 3		
1. El servicio cuenta con el recurso humano capacitado, el equipamiento, las normas técnico administrativas y de bioseguridad para realizar pruebas histo inmunológicas y microscopía electrónica.		
2. Se genera información sobre calidad, costos del servicio e investigación clínico patológica.		

Fuente: Manual de Autoevaluación de las instituciones. Ministerio de Salud de Panamá. 2003.

3. El modelo y los instrumentos para realizar la acreditación de hospitales en Panamá.

El modelo del sistema de acreditación de hospitales de Panamá, desde el punto de vista organizacional, tiene como fundamento la centralización de las principales funciones de un sistema de acreditación en el Comité Nacional de Acreditación.

El comité está integrado por

1. El Ministro o su representante quien lo preside.
2. El Director Médico del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid, o su representante.
3. Un representante de la Asociación Médica Nacional.
4. Un representante de la Asociación Nacional de Enfermeras.
5. El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.
6. El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Latina.
7. El Decano de la Facultad de Medicina de la Columbus University.
8. Un representante de la Asociación de Hospitales y Clínicas Privadas.

Entre las funciones de este comité están, entre otras:

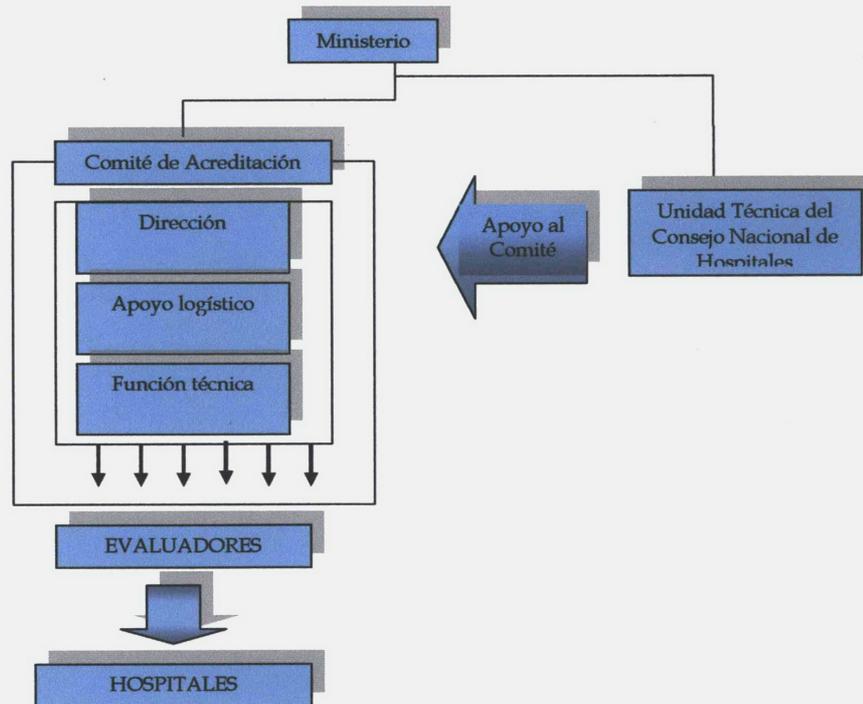
1. La organización del Programa de Acreditación de los Hospitales.
2. La revisión de los estándares de acreditación.

3. Establecer las normas y reglamentos que permitan el desarrollo de un sistema de acreditación que será aplicado a todos los hospitales del país, públicos y privados.
4. Nombrar las comisiones que se encargarán de desarrollar los procesos de acreditación de hospitales.
5. Expedir los certificados de acreditación a los hospitales que aprueben el proceso.

La Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales tiene la función de presentar alternativas para poner en práctica el procedimiento de acreditación de hospitales.

Este modelo se ilustra en la figura 2.

Fig. 2 MODELO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE PANAMÁ.

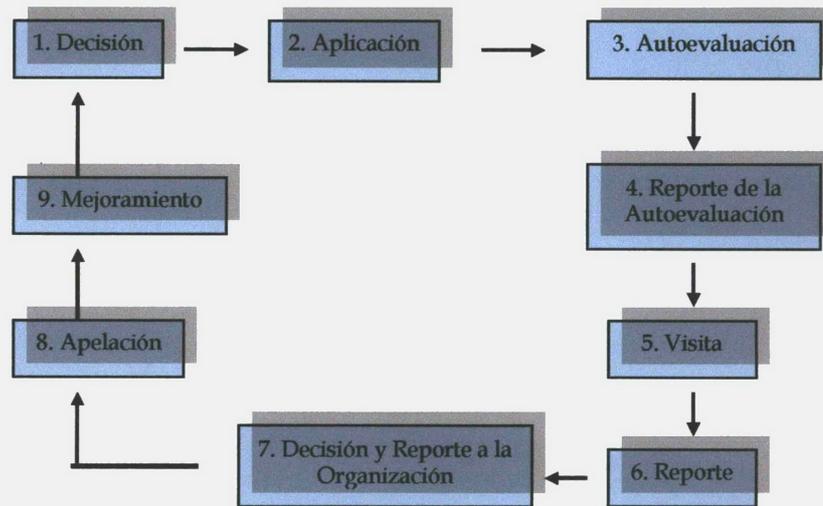


Fuente: Modificado del Manual de normas y procedimientos para la Acreditación de Hospitales. Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales. Ministerio de Salud. Octubre 2003.

4. El proceso de acreditación de hospitales.

La Figura 3. muestra los componentes del proceso de acreditación de acuerdo al modelo propuesto.

Fig. 3. PROCESO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE PANAMÁ



Fuente: Manual de Normas y Procedimientos para la Acreditación de Hospitales. Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud de Panamá. 2003.

Se estima que el tiempo transcurrido entre la decisión de acreditarse y el reporte puede durar entre 9 y 12 meses.

Los instrumentos para realizar el proceso de acreditación de hospitales en Panamá son los siguientes:

1. El manual de normas y procedimientos para la acreditación de hospitales, que presenta el mecanismo sistemático y estandarizado por medio del cual el Ministerio de Salud de Panamá puede iniciar el proceso de acreditación de los hospitales utilizando como regente esta norma.

2. El manual de acreditación de instituciones: presenta las herramientas e instrumentos necesarios para que los hospitales hagan su autoevaluación.
3. El manual del evaluador es el complemento para verificar el cumplimiento de los estándares. En el se incluyen los medios de verificación que debe evaluar en la visita de campo, al igual que los instrumentos de apoyo para lograr la objetividad de la evaluación.
4. Estándares: Es la herramienta básica tanto para las instituciones al hacer y presentar su autoevaluación, como para los acreditadores al entender y asimilar a cada uno de los hospitales y evaluar el cumplimiento frente a las exigencias de los mismos. Es el nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.

EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ.

1. Antecedentes de los servicios hospitalarios en Penonomé.

A finales del siglo 19, existía en Penonomé el hospital de Caridad de Penonomé, el cual era mantenido voluntariamente por vecinos de la localidad. Para 1872, este nosocomio, que se había nombrado como hospital San Juan de Dios, cerró sus puertas. En 1876, el sacerdote italiano Canalini, empieza una labor de concienciación para abrir un hospital, al cual se le dio el nombre de “Hospital San Vicente de Penonomé”, nombrándose al Doctor Manuel María Jaén, como Jefe del mismo, con la asistencia de Don Manuel P. Ocaña y los ayudantes, Don Benito Begovich y Emilio Grimaldi. Para el año 1884, el Hospital San Vicente de Penonomé dejó de funcionar por falta de recursos económicos.

En 1925 se construye el Hospital de Aguadulce, que más tarde se distinguió como “Marcos A. Robles”. Dicho centro hospitalario, fue construido bajo la administración del Presidente Rodolfo Chiari y su primer Director fue el Doctor Rafael Estévez. Al iniciar sus operaciones, funcionó como un Hospital Regional, con la finalidad de brindar servicios a todos los distritos de la provincia, especialmente a los del Área Sur, que eran Aguadulce, Natá y Olá.

Sin embargo, Penonomé y toda el área de la provincia, conocida como Región Norte, conformada por los distritos de Penonomé-Cabecera, Antón y La Pintada, continuaron adoleciendo de los beneficios de un hospital, ya que sólo existía el Hospital de Aguadulce para atender toda la Provincia. Es en 1946, bajo la administración de Don Enrique A. Jiménez, cuando se da inicio a la construcción del hospital de Penonomé. Mediante el Decreto N° 193 de 23 de junio de 1949, se le da el nombre del ilustre panameño Don Aquilino Tejeira Pezet, y posteriormente, el 15 de diciembre de 1950 es inaugurado por el entonces Presidente de la República, Doctor Arnulfo Arias Madrid.

En 1998, el Hospital Aquilino Tejeira es demolido parcialmente y se inicia su remodelación y ampliación a un costo de B/.17,000,000.00 entre infraestructura y equipamiento. Este Proyecto se concretizó con fondos del Ministerio de Salud y del Banco Interamericano de Desarrollo.

2. Categorización, misión y visión del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

El hospital Aquilino Tejeira es un hospital público, perteneciente al Ministerio de Salud de Panamá, está categorizado como un hospital regional general, con una capacidad de resolución de 2° nivel y de mediana complejidad.

Misión: El hospital Aquilino Tejeira de Penonomé es un hospital de segundo nivel de atención y de mediana complejidad que brinda servicios con

excelencia, de manera continua, con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios, para beneficio de la población que lo requiera”.

Tiene como **Visión:** “Ser un Hospital de segundo nivel de atención, líder en brindar salud integral.”

3. Área de responsabilidad y cartera de servicios del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

La población de responsabilidad del hospital Aquilino Tejeira, asciende a 139,689 personas, correspondientes a los distritos de Penonomé, Antón, La Pintada y Olá, y que representan el 69% del total de la población de la provincia. Penonomé es el distrito cabecera de la provincia y está constituido por diez corregimientos. Tiene una extensión territorial de 1,699.7 km² y una población de 73, 862 habitantes (2001), de los cuales el 51.6% eran hombres y el 48.4% mujeres. La densidad de población fue de 42.6 habitantes/km². De los diez corregimientos, nueve son considerados área rural; sólo una porción del corregimiento de Penonomé Cabecera, es considerado urbano. Es precisamente, en este corregimiento en donde se ubica el hospital Aquilino Tejeira.

En la actualidad, el hospital cuenta con 145 camas y 324 funcionarios, entre médicos, técnicos y administrativos.

Según la Encuesta Nacional de Cartera de Servicios realizada por el Departamento de Análisis y Tendencias de Salud del MINSA en el año 2000, el hospital Aquilino Tejeira contaba con 14 servicios de hospitalización:

1. Medicina Interna
2. Cardiología
3. Dermatología
4. Geriatria
5. Neumología
6. Psiquiatria
7. Cirugía General
8. Cirugía Oftalmológica
9. Cirugía Plástica
10. Traumatología y Ortopedia
11. Ginecología
12. Obstetricia
13. Pediatría
14. Neonatología

De estos, seis servicios (40%) son servicios quirúrgicos. Además de los servicios de hospitalización, también ofrece los servicios de Consulta Externa Especializada, Cuarto de Urgencia, Farmacia, Laboratorio, Patología, Fisioterapia, Ecocardiografía, Imagenología a los pacientes ambulatorios y hospitalizados.

El presupuesto de operación del hospital se aprecia en el Cuadro VIII:

Cuadro VIII. PRESUPUESTO DE OPERACIÓN DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑOS 1999 – 2001.

AÑO	PRESUPUESTO (Balboas)
1999	2,244,656.00
2000	2,259,498.00
2001	3,353,319.00
2002	3,292,955.00
2003	3,608,494.00

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Presupuesto de la Nación. Panamá. 1999-2003

El presupuesto de operación del año 2003 reflejó un aumento de 9.5% con respecto al año 2002.

Los indicadores del hospital en los años 1999 a 2002 se aprecian en el Cuadro IX.

Cuadro IX. INDICADORES DEL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑOS 1999-2002

AÑO	CAMAS	EGRESOS	% DE OCUPACIÓN	GIRO DE CAMAS	X DÍAS DE ESTANCIA
1999	131	7,694	67.9	58.7	4.3
2000	145	8,476	67.7	58.5	4.2
2001	145	8,154	71.2	56.2	4.0
2002	145	8,757	68.1	60.4	3.8

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. Dirección de Políticas. Ministerio de Salud de Panamá. Años 1999-2002.

Los indicadores del hospital prácticamente se mantienen estables en los cuatro años revisados.

Las principales causas de egresos y procedimientos en el año 2002 se observan en los Cuadro X y XI.

**Cuadro X. QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS EN EL HOSPITAL
AQUILINO TEJEIRA. AÑO 2002***

	Causa	Código	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación.	80.9	699	16.5
2	Asma no especificada	J45.9	219	5.2
3	Parto por cesárea electiva.	O82.0	156	3.7
4	Colitis y gastroenteritis no infecciosa, no específica	K52.9	128	3.0
5	Producto único nacido en el hospital	Z38.0	89	2.1
6	Bronconeumonía no especificada.	J18.0	84	2.0
7	Hipertensión arterial primaria	I10.X	83	2.0
8	Hernia inguinal unilateral o no especificada	K40.9	65	1.5
9	Abceso cutáneo, furúnculo y carbunco de miembro	L02.4	61	1.4
10	Efecto tóxico por contacto con animal venenoso (serpiente)	T63.0	58	1.4
11	Infección consecutiva a procedimiento	T63.0	58	1.4
12	Apendicitis aguda	K35.9	55	1.3
13	Recién nacido post término sin sobrepeso para su EG	P08.2	53	1.2
14	Diarrea y gastroenteritis probable origen infeccioso	A09.X	44	1.0
15	Aborto no especificado	O06.4	43	1.0
	Total		1895	44.7

* Total de egresos: 4229

Fuente: Base de Datos de Egresos Hospitalarios. Departamento de Análisis de las Tendencias de Salud. Ministerio de Salud de Panamá. Año 2002.

**Cuadro XI. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÁS FRECUENTES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA. AÑO 2002.***

	Procedimiento	Código	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Cesárea de otro tipo no especificado.	77.8	63	17.1
2	Cesárea de tipo no especificado	77.9	50	13.6
3	Reparación unilateral de hernia inguinal, no especificada	38.2	36	9.8
4	Dilatación y raspado del útero después de parto o aborto.	70.3	34	9.2
5	Apendicostomía	41.0	31	8.4
	Total		214	58.1

*Total de procedimientos quirúrgicos registrados: 368

Fuente: Base de Datos de Egresos Hospitalarios. Departamento de Análisis de las Tendencias de Salud. Ministerio de Salud de Panamá. Año 2002.

MARCO METODOLÓGICO

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

1. Tipo de investigación.

La investigación es descriptiva y transversal. Los resultados describen cuantitativamente y cualitativamente la calidad de los servicios y de la atención del Hospital Aquilino Tejeira en el año 2005, mediante la comparación de sus características contra los requisitos exigidos en el nivel 1, por los estándares de acreditación de hospitales del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales del Ministerio de Salud de Panamá.

2. Fuentes de información.

a). Materiales.

La investigación fue realizada en el Hospital Aquilino Tejeira, que es un hospital público, general, de referencia para el tratamiento de enfermos agudos tanto pediátricos como adultos, perteneciente al Ministerio de Salud de Panamá y clasificado como de 2º nivel de atención y de mediana complejidad. El Hospital Aquilino Tejeira se encuentra ubicado en la Ciudad de Penonomé, en el

corregimiento de Penonomé, distrito de Penonomé, vía Interamericana, Km. 147, avenida.

b). Población.

La población encuestada fue el recurso humano (médico, técnico y administrativo) que labora en los distintos departamentos y servicios administrativos y técnicos del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

La unidad de análisis utilizada fue el servicio (programa y funciones) del hospital.

El organigrama del Hospital Aquilino Tejeira (Anexo 1), la entrevista al responsable de la Administración y la Jefatura de Enfermería del hospital, la lista de los 32 estándares obligatorios contenidos en el Manual de Acreditación de Hospitales del Ministerio de Salud de Panamá y la clasificación de los mismos, fueron empleados para facilitar la identificación de los servicios, programas y funciones objetos de la evaluación (Cuadro V, Cuadro VI).

El instrumento utilizado para recoger los datos sobre la calidad de los servicios, funciones y programas del Hospital Aquilino Tejeira fue una encuesta. El instrumento se adecuó antes de su aplicación formal, mediante un procedimiento piloto. La encuesta se aplicó en las fechas y horas acordadas, previa autorización de la Dirección Médica del hospital.

3. Variables del estudio.

- Características de la organización de la Atención Médica del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.
- Características de la estructura edilicia del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.
- Características de las áreas técnicas y de apoyo del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.
- Características de la estructura física funcional del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.
- Características de las instalaciones del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.
- Calidad de los Servicios del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.
- Acciones de mejora de la calidad de los servicios del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

a) Conceptualización y operacionalización de las variables.

- i. **Características de los servicios de organización de la atención médica del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.**

Definición Conceptual: son los criterios que permiten evaluar la calidad de la estructura organizativa del hospital.

Definición Operativa: es la verificación del grado de cumplimiento de los requisitos exigidos en el nivel 1 para los estándares de Gobierno, Administración, Programa de Garantía de Calidad, Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, Gestión y Manejo de desechos hospitalarios peligrosos, Programa de Salud Ocupacional, Programa de Seguridad General, Continuidad de la Atención Médica, Derivaciones y Registros Médicos y Estadísticas del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

Categorías:

Cumple todos los requisitos exigidos por el criterio establecido en el nivel 1 del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

No cumple con algunos de los estándares del nivel 1.

ii. Características de la estructura edilicia.

Definición Conceptual: es el conjunto de documentos que expresan gráficamente (dibujos) la concepción integral para la construcción del hospital, incluyendo los diseños y planos arquitectónicos, estructurales, sanitarios, electromecánicos y sistemas especiales; al igual que los planos de instalación de los equipos médicos y no médicos, fijos y no fijos, cuya existencia permite evaluar calidad.

Definición Operativa: es la verificación del grado de cumplimiento de los requisitos exigidos en el nivel 1 para este estándar del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

Categorías:

Cumple todos los requisitos exigidos por el criterio establecido en el nivel 1 del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

No cumple con algunos de los estándares del nivel 1.

iii. Características de las áreas técnicas y de apoyo del Hospital Aquilino Tejeira.

Definición Conceptual: son los criterios que permiten evaluar la calidad de los recursos y actividades organizadas (servicios de atención clínica, servicios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento, servicios de apoyo técnico y servicios generales) que realiza el hospital para cumplir sus objetivos.

Definición Operativa: es la verificación del grado de cumplimiento de los requisitos exigidos en el nivel 1 para los estándares de Atención del Nacimiento, Quirófanos, Consulta Externa, Urgencias, Laboratorio Clínico, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Enfermería, Farmacia Hospitalaria, Nutrición y Dietética, Hemoterapia y Banco de Sangre, Servicios Anestésicos, Medicina Física y Rehabilitación, Trabajo Social, Central de Esterilización y Equipo, Lavandería y

Ropería, Aseo y Ornato del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

Categorías:

Cumple todos los requisitos exigidos por el criterio establecido en el nivel 1 del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

No cumple con algunos de los estándares del nivel 1.

iv. Características de la estructura física funcional del Hospital Aquilino Tejeira.

Definición Conceptual: son los criterios que permiten evaluar la calidad de las facilidades tanto vehiculares como peatonales que los usuarios del hospital utilizan para ingresar, circular y salir de las instalaciones del hospital. Se incluyen también los componentes de la infraestructura y equipamiento que aseguran la comodidad de los usuarios del hospital.

Definición Operativa: es la verificación del grado de cumplimiento de los requisitos exigidos en el nivel 1 para los estándares de Accesos, Circulaciones y Confort en Internación del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

Categorías:

Cumple todos los requisitos exigidos por el criterio establecido en el nivel 1 del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

No cumple con algunos de los estándares del nivel 1.

v. Características de las instalaciones del Hospital Aquilino Tejeira.

Definición Conceptual: : son los criterios que permiten evaluar la calidad de los recursos y actividades organizadas para el mantenimiento preventivo y correctivo de los edificios, equipos, las instalaciones de plomería, electricidad, gas, calor, iluminación y de los equipos médicos para el correcto funcionamiento del hospital.

Definición Operativa: es la verificación del grado de cumplimiento de los requisitos exigidos en el nivel 1 para los estándares de Mantenimiento y Biomédica del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

Categorías:

Cumple todos los requisitos exigidos por el criterio establecido en el nivel 1 del Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá.

No cumple con algunos de los estándares del nivel 1.

vi. Calidad de los servicios del Hospital Aquilino Tejeira.

Definición Conceptual: es el dictamen sobre el nivel de calidad de los servicios brindados por el hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

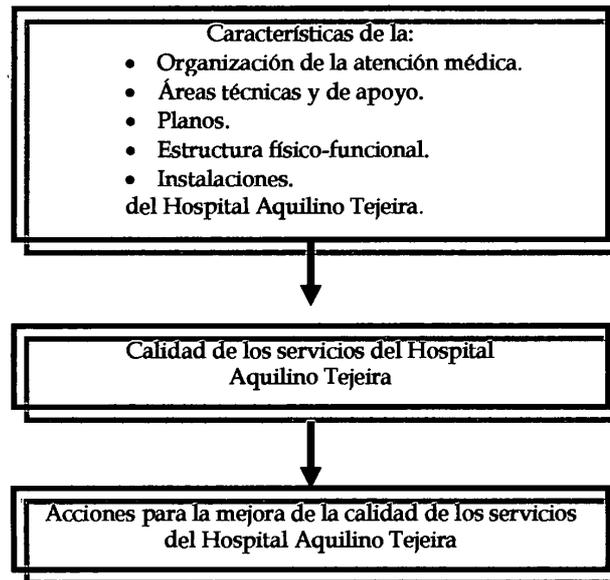
Definición Operativa: es el porcentaje de cumplimiento del nivel 1 de los estándares del Manual de Estándares de Acreditación de hospitales alcanzado por el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

vii. Acciones de mejora de la calidad de los servicios del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

Definición Conceptual: son los recursos y actividades organizadas dirigidas a añadir valor a los recursos propios y ajenos con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios y clientes.

Definición Operativa: son los recursos y actividades que el hospital Aquilino Tejeira identifique e implante en los programas y servicios identificados como de deficiente calidad.

b) Relación de variables.



4. Descripción del instrumento.

El instrumento utilizado para evaluar la calidad de los servicios, funciones y programas del Hospital Aquilino Tejeira, es una modificación de la encuesta “Instrumento de Verificación para los Acreditadores” del Ministerio de Salud que contiene los 32 estándares de acreditación obligatorios, desagregados por niveles y componentes. Para los fines de esta investigación se evaluó el cumplimiento de los estándares en el nivel 1. Cada componente de un estándar dispuso de un medio objetivo (verificador) que permitió establecer si el servicio, programa o función del hospital cumplía o no, con la exigencia. El instrumento

cuenta además con columnas que permiten anotar la fuente de información, el o los problemas que presenta el servicio, programa o función cuando no cumple con la exigencia del estándar y listar la posible solución al mismo (Anexo 2).

5. Tratamiento de la información.

El programa Microsoft Office Excell 2003 fue utilizado para el procesamiento de los datos y para la elaboración de los cuadros del documento.

El análisis se realizó en dos fases. La primera fase consistió en el análisis individual de cada estándar.

1. Cada componente del estándar se comparó con su medio de verificación y se registró como cumplido si correspondía en un 100%.
2. Para cada estándar, se determinó el número de componentes cumplidos y el número de componentes no cumplidos.
3. Para cada estándar, se determinó el porcentaje de componentes cumplidos y el porcentaje de componentes no cumplidos.
4. Se consideró cumplido un estándar cuando el porcentaje de componentes cumplidos fue de 75% o más.

La segunda etapa del análisis se centró en determinar el Porcentaje de Cumplimiento de los Estándares.

1. Para cada categoría de estándar se determinó el número de estándares cumplidos y su respectivo porcentaje de cumplimiento.

2. Se determinó el Porcentaje de Cumplimiento de los Estándares mediante el promedio simple resultante de los porcentajes de cumplimiento de cada categoría de estándar.
3. Se determinó el porcentaje de cumplimiento de cada categoría de estándar en función de los 32 estándares evaluados
4. Se determinó el Porcentaje de Cumplimiento de los Estándares en función del total de estándares (32) mediante la suma de los porcentajes de cumplimiento obtenidos por cada categoría de estándar (en función del total de estándares).
5. El Porcentaje de Cumplimiento de los Estándares obtenido se comparó contra el porcentaje de 80.0% establecido en el marco metodológico.

Se consideró que el hospital acredita si cumple con el 80% de los estándares de acreditación obligatorios.

Los resultados de la investigación se presenta en cuadros.

RESULTADOS

RESULTADOS

1. Estándares de organización de la atención médica.

Los estándares relativos a la organización de la atención médica, representan el 31.25% (10/32) del total de Estándares Obligatorios para la Acreditación de Hospitales. Este grupo de estándares contienen a su vez 53 componentes a cumplir.

El Hospital Aquilino Tejera cumplió con cinco de los diez estándares de esta categoría (50.0%). Los estándares de Gobierno, Administración, Continuidad de la Atención, Registros Médicos y Estadísticas y Programa de Seguridad General, alcanzaron porcentajes de cumplimiento superior al 75.0% establecido en el marco metodológico como criterio de cumplimiento. (Ver cuadro XII). Aunque el estándar Programa de Seguridad General supera el porcentaje de 75%, presenta serias insuficiencias, tal como se verá en el cuadro XV.

Los estándares Programa de Garantía de Calidad, Programa de Prevención, vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, Gestión y Manejo de Desechos Hospitalarios Peligrosos, Programa de Salud Ocupacional y Derivaciones; no alcanzaron el porcentaje de 75.0%, establecido en el marco

metodológico, como básico para considerar que el hospital tiene un nivel óptimo de calidad. Es importante resaltar los bajos porcentajes de cumplimiento, de 40.0% y 16.7% respectivamente, que alcanzan los estándares relativos a las Infecciones Nosocomiales y Salud Ocupacional.

Cuadro XII. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Estándar	Componentes cumplidos	% de Cumplimiento.
1. Gobierno	3/3	100.0%
2. Administración	3/3	100.0%
3. Programa de Garantía de Calidad	5/7	71.4%
4. Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales.	2/5	40.0%
5. Gestión y Manejo de desechos hospitalarios peligrosos.	1/3	33.3%
6. Programa de Salud Ocupacional.	1/6	16.6%
7. Programa de Seguridad General	7/9	77.7%
8. Continuidad de la Atención Médica.	7/7	100.0%
9. Derivaciones	2/3	66.6%
10. Registros Médicos y Estadísticas.	7/7	100.0%

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

Los cuadros XIII al XXII presentan el comportamiento de los estándares de Organización de la Atención Médica en el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé, al momento de realizar la encuesta.

Cuadro XIII COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR GOBIERNO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
3/3	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="751 376 1294 505">1. El hospital cuenta con un director médico, jefes de departamentos técnicos y administrativos. Verificado por entrevista. <li data-bbox="751 510 1294 805">2. Mediante entrevista con el director médico se verificó que se formula y controla el presupuesto, se vigila el cumplimiento de las normas administrativas y técnicas en los servicios así como la información estadística tanto asistencial como administrativa. Se está utilizando un Convenio de Gestión basado en indicadores. <li data-bbox="751 810 1294 899">3. Se solicitó y obtuvo el organigrama vigente del hospital el cual corresponde al año 2001.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

**Cuadro XIV. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ADMINISTRACIÓN
SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
3/3	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó, mediante entrevista y revisión de la certificación que el administrador del hospital está licenciado en administración. 2. Se solicitó al administrador y verificó la existencia de los manuales e organización y funciones y de normas técnicas administrativas del servicio. 3. El administrador del hospital informó que existen y se aplican normas técnico administrativas para las funciones de presupuesto, contabilidad, compras y RRHH.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

Cuadro XV. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR PROGRAMA DE SEGURIDAD GENERAL SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
7/9	77.7%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó la existencia de central telefónica, de un directorio telefónico propio del hospital y de mecanismos de enlace con subsistemas relacionados con contingencia (Bomberos, policía, SINAPROC, etc.) 2. Se verificó mediante inspección, la existencia de extintores vigentes. 3. Se verificó la existencia de alarmas para la detección de humo. 4. Se comprobó mediante inspección que hay señales hacia las salidas de emergencia. 5. Se verificó la existencia de leyendas que indican las salidas de emergencia. 6. Se verificó la existencia de carteles de advertencia en las áreas de riesgo. 7. Se verificó por inspección la existencia de personal de vigilancia en todos los turnos.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
2/9	22.2%	<ol style="list-style-type: none"> 8. Se constató que el hospital no cuenta con un plan de acción escrito y divulgado para la prevención y el control en caso de desastres y contingencias. No se ha designado responsable del plan. 9. Mediante entrevista al azar con el personal del hospital se confirmó que no han sido capacitados para evacuar las instalaciones en caso de emergencia.
Total de componentes	Porcentaje	
9/9	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

Cuadro XVI. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
7/7	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó mediante entrevista que cada servicio de hospitalización cuenta con un médico responsable designado por la Dirección Médica y conocido por el personal. 2. Se verificó, la existencia en los servicios de hospitalización, de manuales de organización y funciones y normas técnico administrativas, elaboradas en el año 2001. 3. Se verificó la existencia en los servicios de hospitalización de reglamentos para la asignación de médicos titulares para los pacientes hospitalizados. 4. Se verificó la existencia de reglamento escrito en donde se establece el pase diario de visita, en fin de semana y días feriados los 365 días del año. Se solicitó al azar expediente en la Sala de Obstetricia. 5. Se verificó solicitando el programa de turnos que las salas de hospitalización cuentan, 24 horas al día, con médico en las especialidades básicas y en algunas subespecialidades, médico general, médicos internos y con personal de enfermería. 6. Se verificó por inspección que el hospital cuenta con ambulancia durante las 24 horas. 7. Se verificó por inspección que el hospital dispone de servicio de Urgencias, Laboratorio clínico, Imagenología, Banco de Sangre y Quirófanos 24 horas al día durante todo el año.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

Cuadro XVII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
7/7	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mediante entrevista se confirmó que el jefe del servicio es un técnico especialista en Registros médicos y estadísticas. 2. Se confirmó la existencia de normas técnico administrativas específicas. 3. Por inspección se verificó que el servicio cuenta con un área exclusiva con acceso restringido. 4. Mediante entrevista e inspección se confirmó que el archivo está centralizado, que se utiliza historia clínica única y que se realizó por lo menos una vez en lo que va del año una auditoría de expediente. 5. Mediante entrevista se confirmó que el personal del servicio es idóneo y exclusivo para esta función. 6. Se verificó por inspección la existencia de Manual de CIE-10 y su uso en los expedientes. 7. Se verificó la existencia de información estadística hospitalaria actualizada. Se solicitó un informe a la jefatura quien generó por computadora la información solicitada.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XVIII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR PROGRAMA DE
GARANTÍA DE CALIDAD SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA
ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE
PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
5/7	71.4%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se constató la existencia, en la dirección médica, de documentos que garantizan su existencia legal y normas técnico administrativas. 2. Se verificó en la oficina de recursos humanos que los médicos y técnicos del hospital son idóneos. 3. Se han divulgado los derechos y deberes del paciente, entre el personal. 4. Por lo menos se verificó que en los años 2003 y 2004 se realizaron encuestas de satisfacción de los usuarios. Este año no se han realizado. 5. El hospital cuenta con una cartera de servicios y procedimientos.
Componentes no cumplidos	% de no cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
2/7	28.6%	<ol style="list-style-type: none"> 6. Existen miembros designados para los comités de Bioseguridad e Infecciones nosocomiales sin embargo, los mismos en la práctica, no están organizados ni operando. 7. No está diseñado un sistema para la captura, procesamiento y divulgación de datos relativos a las infecciones nosocomiales, tasa de mortalidad, complicaciones quirúrgicas, entre otras.
Total de componentes	Porcentaje	
9/9	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

**Cuadro XIX. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR PROGRAMA DE
PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES
NOSOCOMIALES SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE
HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO
2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
2/5	40.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó, mediante entrevista con el director médico del hospital, que se han designado los miembros del comité de Infecciones nosocomiales en el hospital, pero aún no está organizado. 2. Se dispone de un manual de normas y procedimientos para la prevención y control de las infecciones nosocomiales.
Componentes no cumplidos	% de no cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
3/5	60.0%	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mediante entrevista con el director médico del hospital se constató que no se ha designado a un responsable formal para la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales. 4. Se preguntó al jefe de Registros Médicos y estadísticas sobre infecciones nosocomiales, y comunicó que el hospital no cuenta con información sobre la situación de la infección nosocomial. En la hoja resumen de los expedientes hay una casilla en donde se consigna solo si hubo o no infección. No hay datos de tipo de infección, gérmenes involucrados, etc. 5. No se realizan actividades de capacitación. Verificado por entrevista con el director médico.
Total de componentes	Porcentaje	
5/5	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

Cuadro XX. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR GESTIÓN Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
1/3	33.3%	1. Se verificó mediante inspección que el hospital dispone de un depósito exclusivo para el almacenamiento temporal de los desechos, con acceso restringido. Este depósito almacena tanto los desechos hospitalarios peligrosos como los no peligrosos.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
2/3	66.6%	2. Mediante entrevista con el director médico se verificó que el hospital no cuenta con programa, responsable ni presupuesto, para la ejecución de actividades relativas al manejo de desechos hospitalarios peligrosos. 3. Mediante entrevista con el director médico, se verificó que el personal del hospital no ha recibido capacitación formal sobre el manejo de desechos hospitalarios ni sobre aspectos relativos a la bioseguridad. Las normas de bioseguridad existen en la Dirección Médica, pero no se han difundido.
Total de componentes	Porcentaje	
3/3	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

**Cuadro XXI. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR PROGRAMA DE SALUD
OCUPACIONAL SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE
HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO
2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
1/6	16.7%	1. Existen fichas clínicas en el servicio de enfermería, para el control de enfermeras, técnicos de enfermería y camilleros.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
5/6	83.3%	2. Mediante entrevista con el director médico del hospital, se confirmó que existen miembros designados para el comité de Bioseguridad, pero en la práctica no está organizado ni funcionando. 3. El director médico informó que el hospital no cuenta con un programa de Salud Ocupacional con recursos humanos, materiales y financieros asignados. 4. El director médico informó que no se dispone de normas técnicas administrativas para un programa de salud ocupacional 5. No hay datos de producción ni de perfil de la morbilidad y riesgos del recurso humano del hospital. Confirmado por entrevista con el director médico. 6. No se cuenta con informes periódicos y rutinarios sobre los problemas de bioseguridad que presenta el hospital. Confirmado por entrevista con el director médico.
Total de componentes	Porcentaje	
6/6	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

**Cuadro XXII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR DERIVACIONES
SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
2/3	66.6%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por inspección se verificó que el hospital cuenta con ambulancias (3) para transportar pacientes. Hay un sólo tipo de ambulancia lo cual genera subutilización en los casos de transporte de pacientes que no requieren medidas de soporte. 2. Enfermería del servicio de Urgencias y Hospitalización registran las derivaciones y envían datos a Registros Médicos y Estadísticas quien consolida la información. A su vez, esta información es enviada y analizada por la Dirección médica y la Administración. (Se entrevistó al jefe de Enfermería quien mostró formularios)
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
1/3	33.3%	<ol style="list-style-type: none"> 7. Existen instrumentos producidos en el Nivel Central para la derivación de pacientes, sin embargo no han sido adaptadas al hospital y el recurso humano no ha sido capacitado para su uso. La información se obtuvo por entrevista con el director médico, se revisó el instrumento y las normas para la derivación.
Total de componentes	Porcentaje	
3/3	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

2. Estándares de estructura edilicia.

El estándar Estructura Edilicia representa el 3.125% del total de los estándares obligatorios para la Acreditación de Hospitales. Este estándar contiene dos componentes a cumplir. Se encontró que el Hospital Aquilino Tejeira cumple con la totalidad del estándar; es decir, es posible verificar la existencia de planos actualizados y accesibles, tanto de la estructura física como de las instalaciones del hospital. (Cuadro XXIII).

Cuadro XXIII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ESTRUCTURA EDILICIA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Estándar	Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
Estructura Edilicia	2/2	100.0%	1. El jefe del servicio mostró los planos actualizados del hospital (1998-2001) 2. Los planos se encontraban accesibles y clasificados por edificios al momento de la entrevista con el jefe de mantenimiento, el cual los mostró.
TOTAL	2/2	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

3. Estándares de áreas técnicas y de apoyo.

Los estándares relativos a las áreas técnicas y de apoyo, representan el 50.0% (16/32) del total de Estándares Obligatorios para la Acreditación de Hospitales. A su vez, estos estándares contienen 105 componentes a cumplir.

Se advierte que el hospital cumple con el 87.5% (14/16) de este grupo de estándares. Solo los estándares Lavandería y Ropería y Aseo y Ornato, no alcanzan el porcentaje de 75.0% establecido. (Cuadro XXIV).

Cuadro XXIV. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Estándar	Componentes cumplidos	% de Cumplimiento.
1. Atención del Nacimiento.	7/7	100.0%
2. Quirófanos.	5/6	83.3%
3. Consulta Externa.	5/5	100.0%
4. Urgencias.	8/8	100.0%
5. Laboratorio Clínico.	7/7	100.0%
6. Diagnóstico por Imágenes.	10/10	100.0%
7. Anatomía Patológica.	3/3	100.0%
8. Enfermería.	4/4	100.0%
9. Farmacia Hospitalaria.	4/4	100.0%
10. Nutrición y Dietética.	6/6	100.0%
11. Hemoterapia y Banco de Sangre.	7/7	100.0%
12. Servicios Anestésicos.	8/9	88.8%
13. Trabajo Social.	4/4	100.0%
14. Central de Esterilización y Equipo	8/8	100.0%
15. Lavandería y Ropería.	5/8	62.5%
16. Aseo y Ornato	2/9	22.2%

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

Los cuadros XXV al XL presentan el comportamiento de esta categoría de estándares en el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

Cuadro XXV. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ATENCIÓN DEL NACIMIENTO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
7/7	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sala de partos está a cargo de un médico idóneo. Se verificó mediante entrevista al jefe del servicio de Obstetricia que es el responsable. 2. El servicio cuenta con normas técnico administrativas. La enfermera jefe de la sala de partos mostró el manual de organización y funciones para la atención del parto revisado en el año 2001. 3. Se dispone de un área exclusiva y equipada para la atención del parto con RRHH idóneo. Se constató mediante inspección. La enfermera jefe del servicio mostró las certificaciones del personal. 4. La jefe de enfermería del servicio supervisa que el recurso humano de la sala de partos cumpla con las normas técnicas y de bioseguridad. 5. Existe coordinación entre el servicio y los hospitales del tercer nivel para el traslado de pacientes, la cual se realiza vía telefónica y derivación. Verificado mediante entrevista al jefe del servicio. 6. Enfermería suministra datos de producción del servicio a Registros Médicos y Estadísticas quien consolida la información. 7. Existe y se aplica una norma en los casos adversos. Enfermería reporta a la Dirección Médica en forma rutinaria.

Fuente: Encuesta para la verificación del cumplimiento de estándares para la acreditación de hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXVI. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR QUIRÓFANOS SEGÚN
LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
5/6	83.3%	<p>Se verificó que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El jefe del servicio es un médico anesthesiólogo idóneo. 2. Está definida la cartera de procedimientos quirúrgicos (Cirugía mayor y Cirugía menor). El documento reposa en la jefatura del servicio. 3. El servicio dispone de un área específica, restringida y equipada de acuerdo a su grado de complejidad. Verificado por inspección. 4. El servicio dispone de manuales y normas técnico administrativas. Los documentos están disponibles en la oficina de enfermería del salón de operaciones. 5. Se genera información sobre producción y costo promedio de cirugía.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
1/6	16.7%	<ol style="list-style-type: none"> 6. No se desarrolla un programa de docencia para el RRHH del servicio. Se desarrollan actividades de docencia para el personal de enfermería del servicio. Se constató mediante observación del programa en el mural del servicio.
Total de componentes	Porcentaje	
6/6	100.0%	

Fuente: Encuesta para la verificación del cumplimiento de estándares para la acreditación de hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

Cuadro XXVII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CONSULTA EXTERNA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
5/5	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio está dirigido por un médico idóneo. También cuenta con jefe de enfermería exclusiva para la Consulta Externa. 2. El servicio cuenta con un área exclusiva y equipada de acuerdo a su grado de complejidad. Verificado por inspección. 3. El servicio cuenta con manuales y normas técnico administrativas específicas (ODI-2001). Se verificó la existencia del documento que reposa en la oficina de enfermería de la Consulta Externa. 4. El servicio cuenta con RRHH médico, de enfermería, técnico y administrativo exclusivos del servicio. 5. Se genera informe de producción. Se solicitó y verificó la existencia de estos informes en Registro Médicos y Estadística. Se generan mensualmente y están actualizados.

Fuente: Encuesta para la verificación del cumplimiento de estándares para la acreditación de hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXVIII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR URGENCIAS SEGÚN
LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
8/8	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó que el servicio está dirigido por un médico general idóneo con diplomado en Urgencias y que el mismo cuenta con una jefatura de enfermeras exclusiva. 2. El servicio cuenta con un área exclusiva equipada de acuerdo a su grado de complejidad. Verificado por inspección. 3. El servicio cuenta con manuales y normas técnico administrativas específicas (ODI-2001), que reposan en la oficina de enfermería de Urgencias (verificado) 4. El servicio tiene definida su cartera de atenciones y procedimientos. El documento reposa en la jefatura médica del servicio (verificado). 5. El servicio cuenta con RRHH médico idóneo, en formación, de enfermería, y administrativo exclusivos del servicio, las 24 horas del día. Se verificó la existencia de calendario de turnos observándolo en el mural del servicio. 6. Los médicos del servicio han recibido capacitación en ATLS y todos están diplomados en servicio de Urgencia. Se solicitaron y verificaron los certificados. 7. El servicio tiene acceso las 24 horas del día al Laboratorio clínico, Imagenología y derivación de pacientes los 365 días del año. Se verificó mediante los calendarios de turno de los servicios de apoyo mencionados. 8. Se genera informe de producción. Se solicitó documento a Registros médicos y estadísticas, los cuales están actualizados.

Fuente: Encuesta para la verificación del cumplimiento de estándares para la acreditación de hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

Cuadro XXIX. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR LABORATORIO CLÍNICO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
7/7	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio está dirigido por un tecnólogo médico idóneo. Confirmado mediante la revisión de documentos en la jefatura del Laboratorio Clínico. 2. El servicio tiene definida su cartera de pruebas y estudios. Verificado por inspección. El documento reposa en la oficina de la jefatura del servicio. 3. El servicio cuenta con manuales y normas técnico administrativas específicas (ODI-2001). Se verificó la existencia de los manuales que reposan en la oficina de la jefatura del servicio. 4. La jefatura del servicio confirmó que cuenta con recurso humano en cantidad y con la capacitación necesaria para realizar las pruebas y estudios de la cartera definida. 5. El servicio cuenta con tecnólogo médico las 24 horas del día. Se verificó mediante calendario de turnos que reposa en la jefatura del servicio. 6. Se genera informe de producción. El informe de producción es diario, semanal y mensual. Se solicitó y verificó la existencia del informe el cual reposa en la jefatura del servicio. 7. Se controlan y calibran diariamente los equipos (Hematología y Química). Han recibido certificación ISO 9000. Se observó la certificación ISO 9000 otorgada en el 2005.

Fuente: Encuesta para la verificación del cumplimiento de estándares para la acreditación de hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXX. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR DIAGNÓSTICO POR
IMÁGENES SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN
EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Total de Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
10/10	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio está dirigido por un médico especialista en Imagenología idóneo. Se verificó documentación que reposa en la jefatura del servicio. 2. El servicio tiene definida su carterá de pruebas y estudios. Se solicitó y constató la existencia de este documento que reposa en la jefatura del servicio. 3. El servicio está habilitado según los requisitos de Salud Radiológica. Se constató mediante inspección de los planos de construcción y por entrevista con jefe de técnicos del servicio. 4. El servicio cumple mensualmente con las normas de protección radiológica del MINSA (uso de dosímetro y medición mensual del nivel de radiación). El jefe de técnicos del servicio mostró su dosímetro y explicó la periodicidad de su lectura, los cuales se envían mensualmente, según norma, al nivel central (Salud Radiológica). 5. El servicio cuenta con manuales y normas técnico administrativas específicas (ODI-2001). Se verificó la existencia de estos manuales que reposan en la secretaría del servicio. 6. El servicio cuenta con, técnicos idóneos en Radiología Médica. Se solicitó y verificó existencia de certificaciones. 7. El servicio cuenta con los manuales de los equipos. Se solicitó y verificó su existencia en la oficina de la jefatura del servicio. 8. El servicio elabora un programa de turnos del personal técnico para el soporte de los servicios finales del hospital. Se verificó la existencia de un programa de turnos. 9. Se genera informe de producción. Se verificó la existencia del informe (actualizado). 10. Se toman medidas preventivas para evitar complicaciones durante los procedimientos invasivos.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXXI. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ANATOMÍA
 PATOLÓGICA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE
 HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO
 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
3/3	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. El hospital Aquilino Tejeira supera el criterio del estándar, ya que cuenta con su propio servicio de Anatomía Patológica, dirigido por un médico patólogo idóneo y con citotecnólogo certificado (verificado) 2. El servicio cuenta con manuales de normas administrativas y técnicas del servicio y manejo de muestras (se verificó la existencia de los manuales), así como la existencia de archivos de solicitudes y resultados. Se verificó la existencia de cartera de pruebas y estudios. 3. Existe un área física exclusiva para el servicio. Las muestras son procesadas y analizadas en el hospital. 4. La información sobre la producción se genera en el servicio. Se verificó la existencia de informe de producción, el cual está actualizado

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales.
 Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXXII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ENFERMERÍA SEGÚN
LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
4/4	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó la existencia de un servicio de enfermería, dirigido por una enfermera idónea con maestría en administración de servicios de salud y con postgrado en administración de RRHH. Se verificó la existencia de estas certificaciones, las cuales reposan en la oficina de la jefatura de enfermería. 2. Se verificó la existencia de manuales de organización y funciones, de normas técnico administrativas, de bioseguridad y manuales de procedimientos específicos para el servicio. 3. La jefe del servicio informó que el hospital cuenta con 46 enfermeras tituladas, de las cuales 40 son idóneas y seis están en proceso de obtener su registro de idoneidad. 4. La jefe de enfermeras mostró el programa anual de docencia del servicio y el informe de actividades de docencia realizadas. Estas actividades se realizan mensualmente y por servicio.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXXIII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR FARMACIA
HOSPITALARIA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE
HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO
2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
4/4	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio está dirigido por un farmacéutico idóneo. Se verificó la certificación la cual reposa en la oficina de la jefatura del servicio. 2. Se verificó la existencia de los manuales de organización y funciones, de normas técnicas administrativas y para el control de inventario tanto general como selectivo. Los documentos reposan en la oficina de la jefatura de farmacia. 3. El servicio dispone de un local exclusivo. Verificado por inspección. 4. Se cuenta con informe de producción actualizado y generado por el propio servicio. Se verificó la existencia del informe el cual está disponible en la jefatura del servicio.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

Cuadro XXXIV. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR DIETÉTICA Y NUTRICIÓN SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
6/6	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio está dirigido por un nutricionista idóneo. Se verificó la existencia de la certificación. 2. Se verificó la existencia de manuales de organización y funciones (2001), normas técnico administrativas, manual de dietas y regímenes por patología. 3. El servicio cuenta con certificación de la Oficina de Seguridad de Bomberos y tiene señalizadas las salidas. Cuenta con extintores vigentes. 4. Se verificó mediante el examen al azar de expedientes del RRHH del servicio, la existencia de carné de manipulador de alimento vigente por autoridad competente. 5. Se realizan actividades de docencia y capacitación. Se verificó la existencia de un programa de actividades de docencia en el mural del servicio. 6. Se registra y consolida diariamente la producción del servicio (raciones), la cual es enviada a Registros médicos y estadísticas

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

Cuadro XXXV. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
7/7	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. El hospital cuenta con Banco de Sangre propio, dirigido por un laboratorista clínico idóneo (Se verificó la certificación). 2. Se inspeccionó y verificó la existencia de área propia y equipo para conservar los productos sanguíneos. 3. Se verificó la existencia de manuales de normas técnico administrativas específicas. 4. Se verificó la existencia de equipo e insumos básicos para la extracción, procesamiento y conservación de los productos sanguíneos. 5. Se verificó la existencia de suministros y reactivos para garantizar la seguridad del producto sanguíneo: VIH, Hepatitis A, B y C y Sífilis. Así como la existencia de normas de Bioseguridad específicos. 6. El servicio genera su información sobre producción. El jefe del servicio explicó que se han definido los mecanismos para informar e investigar en caso de reacciones adversas a la transfusión sanguínea o sus derivados.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXXVI. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR SERVICIOS ANESTÉSICOS
SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
8/9	88.88%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó, mediante revisión de certificaciones, que el servicio está dirigido por un médico anesthesiólogo idóneo. 2. Se verificó la existencia de una cartera de procedimientos anestésicos mediante entrevista con el jefe del servicio. 3. Se verificó mediante inspección y entrevista con el jefe del servicio el cumplimiento de normas de seguridad de las instalaciones, máquinas de anestesia y monitores. 4. Se verificó la existencia de local para la limpieza y preparación del material del servicio. 5. Se solicitaron y verificaron la existencia de manuales de organización y funciones, normas técnico administrativas, normas para la admisión y egreso de pacientes. 6. Se verificó que los médicos y las enfermeras del servicio son especialistas idóneos. (Los expedientes del recurso humano están disponibles en la jefatura de enfermería del servicio). 7. Se verificó la existencia de programa diario de cirugías electivas por servicio así como calendario de turnos para médicos anesthesiólogos y enfermeras especialistas en anesthesiología. (mural del servicio) 8. Se registra diariamente la producción del servicio la cual es consolidada en Registros médicos y estadísticas. Se solicitó un informe de producción el cual está actualizado.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
1/9	11.11%	<ol style="list-style-type: none"> 9. Sólo se realiza docencia para el personal de enfermería (Se verificó con el programa del servicio de enfermería).
Total de componentes	Porcentaje	
9/9	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXXVII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR TRABAJO SOCIAL
SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
4/4	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe el servicio, el cual está dirigido por un licenciado en Trabajo Social. Se solicitó y verificó la certificación de este profesional. 2. Se verificó mediante inspección que el servicio dispone de área exclusiva equipada para realizar entrevistas con la privacidad requerida por los casos. 3. Se verificó la existencia de manuales de organización y funciones (2001) y normas técnico administrativas del servicio. 4. Se verificó la existencia de informes de producción actualizados; los cuales son consolidados por Registros médicos y estadísticas.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

Cuadro XXXVIII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN SEGÚN ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
8/8	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mediante entrevista se verificó que el servicio está a cargo de una enfermera idónea capacitada en técnicas de esterilización de material y equipo. 2. Se verificó mediante inspección que existe un área exclusiva para las actividades del servicio, que cumple con las normas de bioseguridad, seguridad general, de accesos y circulaciones y secciones específicas de esta función. Se verificó la existencia de filtros de alta eficiencia 3. Se constató la existencia de manuales de organización y funciones, normas técnicas y de procedimientos, de bioseguridad propias para el servicio. 4. El jefe del servicio explicó como se realizan los controles del material esterilizado. 5. Por inspección se observó que el servicio cuenta con filtros de alta eficiencia. 6. Mediante revisión de certificaciones se verificó la capacitación del recurso humano del servicio en materia de técnicas de esterilización de equipos y materiales, así como en materia de bioseguridad. 7. Se constató la existencia de informes de producción, los cuales se consolidan por Registros médicos y estadísticas. 8. El jefe del servicio explicó como se realizan los controles de calidad del material esterilizado.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XXXIX. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR LAVANDERÍA Y
ROPERÍA SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE
HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO
2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
5/8	62.5%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó por inspección que el servicio dispone de un área exclusiva equipada adecuadamente. El personal cuenta con área para cambio de ropa y baños. 2. Se verificó por inspección que existen debidamente señalizados los circuitos de entrada y salida de la ropa. 3. Se verificó por inspección la existencia de un circuito para el tratamiento de ropa contaminada. 4. El encargado del servicio mostró los manuales de organización y funciones del servicio. 5. Se verificó mediante la revisión, la existencia de informes de producción diarios, los cuales son consolidados mensualmente por Registros médicos y estadísticas.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
3/8	37.5%	<ol style="list-style-type: none"> 6. Se constató que el servicio no cuenta con una jefatura formal. El encargado no ha recibido capacitación gerencial.
Total de componentes	Porcentaje	<ol style="list-style-type: none"> 7. Durante la entrevista se informó que el servicio no ha elaborado un programa de docencia para el personal. No se han realizado actividades de capacitación en servicio.
8/8	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 8. En el servicio no cuentan con las normas de bioseguridad.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

**Cuadro XL. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ASEO Y ORNATO SEGÚN
LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
2/9	22.2%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con normas generales de organización y funciones. 2. Se aplican normas específicas para el aseo de partos, quirófanos, central de esterilización y equipo). Verificado con enfermería.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
7/9	77.8%	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mediante entrevista se constató que no está organizado en el hospital un servicio responsable de aseo y ornato. Existe una sección de aseo dependiente del Servicio de Mantenimiento. En consecuencia no se cuenta con una jefatura. 4. No se han organizado los comités de Bioseguridad e Infecciones Nosocomiales, de modo que no se participa en estos comités. 5. Existen normas para el manejo de desechos hospitalarios, pero no se aplican. Se verificó que los desechos comunes y los peligrosos son depositados en un área común. Esta área no exhibe los requisitos de habilitación para el depósito de este tipo de material. 6. El personal del servicio no aplica normas de bioseguridad y no cuenta con equipos de bioseguridad: delantal, lentes de protección, botas, etc. 7. Se preguntó sobre actividades de capacitación y docencia y constatamos que no hay diseñado un programa de capacitación y docencia para el personal. 9. El personal no es sometido a evaluación física ni exámenes preventivos periódicos. 10. Al no existir un servicio con un área propia, no se cuenta con facilidades tales como vestidores y baños para el recurso humano asignado a estas tareas.
Total de componentes	Porcentaje	
9/9	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

4. Estándares de estructura física funcional.

Los estándares de Estructura Física y Funcional representan el 9.375% (3/32) de los estándares de Acreditación de Hospitales. Estos estándares contienen 16 componentes a cumplir. Se encontró que el Hospital Aquilino Tejeira cumple con los estándares Accesos y Circulaciones (2/3 estándares) . No cumple con el estándar Confort en Internación. (Cuadro XLI).

Cuadro XLI. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS ESTRUCTURA FÍSICA FUNCIONAL SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Estándar	Componentes cumplidos	% de Cumplimiento.
Accesos.	6/6	100.0%
Circulaciones	6/7	85.7%
Confort en la internación	2/3	66.6%

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

Los cuadros XLII AL XLIV muestran los hallazgos en este grupo de estándares.

Cuadro XLII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR ACCESOS SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
6/6	100.0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó por inspección la existencia de entrada y salida exclusiva para el servicio de Urgencia con señalización iluminada durante la noche. 2. Se verificó por inspección la existencia de acceso señalado para el edificio principal del hospital. 3. Se verificó por inspección la existencia de acceso vehicular exclusivo para proveedores. 4. Se verificó por inspección la existencia de estacionamiento para vehículos, con vereda techada. Aunque en algunas secciones falta alero. 5. Se verificó por inspección la existencia de rampas y aleros para discapacitados. 6. Se verificaron la existencia de salidas de emergencias. Faltan algunas señales.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

**Cuadro XLIII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CIRCULACIONES
SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
6/7	85.7%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó la existencia de letreros que indican la ubicación de los departamentos y servicios del hospital. 2. Se verificó por inspección que el Salón de Operaciones, Central de Esterilización y Equipo y áreas de hospitalización presentan avisos a los usuarios sobre circulación restringida. 3. Se verificó que las salidas de emergencia están señalizadas. 4. Se verificó que los edificios del hospital están señalizados. 5. Se verificó por inspección que, los pasillos permiten la circulación fácil de camillas, sillas de ruedas. 6. Se verificó por inspección que, existen aceras pavimentadas, con iluminación nocturna entre los edificios del hospital.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
1/7	14.3%	<ol style="list-style-type: none"> 7. No existe un documento normativo que reglamente la circulación en general. Por inspección se verificó la existencia de letreros así como normas hospitalarias para servicios y áreas restringidas.
Total de componentes	Porcentaje	
7/7	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

Cuadro XLIV. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR CONFORT EN INTERNACIÓN SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
2/3	66.6%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó por inspección que las salas disponen de iluminación natural. 2. Se verificó por inspección que las salas de hospitalización y los ambientes en general disponen de ventilación directa al exterior.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
1/3	33.3%	<ol style="list-style-type: none"> 3. Sólo las habitaciones con dos camas cuentan con baño interno. El resto de los cuartos, de 6 camas, tienen acceso a baño comunal fuera de la habitación.
Total de componentes	Porcentaje	
3/3	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

5. Estándares de instalaciones.

Los estándares de Instalaciones constituyen el 6.25% (2/32) del total de los estándares de Acreditación de Hospitales. Estos estándares contienen 24 componentes a cumplir. Se encontró que el Hospital Aquilino Tejeira cumple uno (1) de los dos estándares en esta categoría. (Ver cuadro XLVI)

**Cuadro XLV. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES
INSTALACIONES SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE
HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO
2005.**

Estándar	Componentes cumplidos	% de Cumplimiento.
1. Mantenimiento	16/18	88.8%
2. Biomédica	2/6	33.3%

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

Los cuadros XLVI al XLVII exhiben los hallazgos en los estándares Mantenimiento y Biomédica.

**Cuadro XLVI. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR MANTENIMIENTO
SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
16/18	88.8%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se constató por entrevista que el jefe del servicio es un Ingeniero industrial idóneo. 2. Se solicitó y verificó la existencia en el servicio, de manuales de organización y funciones, normas técnico administrativas, normas de seguridad y manuales de procedimientos. 3. El jefe de mantenimiento mostró el inventario actualizado de edificios y equipos. 4. El jefe de mantenimiento mostró copia de los manuales de los equipos fijos del hospital. 5. Se comprobó mediante inspección que hay un almacén de piezas. 6. Se verificó la existencia de información sobre producción del servicio, la cual es enviada a la administración para su consolidación en forma diaria. 7. Mediante inspección se verificó la existencia de sistema eléctrico acoplado a planta eléctrica auxiliar. El jefe de mantenimiento mostró copia de planos eléctricos. 8. Las aguas servidas del hospital vierten al alcantarillado público. No cuenta con planta de tratamiento. 9. El jefe de mantenimiento mostró el programa de actividades realizadas para el mantenimiento del sistema de eliminación de aguas servidas.

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Continuación Cuadro XLVI. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR
MANTENIMIENTO SEGÚN LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE
HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO
2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
16/18	88.8%	<p>10. El hospital cuenta con agua potable 24 horas al día por el sistema público.</p> <p>11. El Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales verifica la calidad del agua.</p> <p>12. El jefe de mantenimiento explicó como se realiza el mantenimiento de tanque de reserva de agua, según norma.</p> <p>13. Se verificó la existencia de certificaciones expedidas por el Cuerpo de Bomberos de Panamá, de personal capacitado y con licencia para operar calderas.</p> <p>14. Se verificó la existencia del manual de normas y procedimientos para la operación de la caldera, el cual reposa en la oficina de la jefatura de mantenimiento.</p> <p>15. El jefe de mantenimiento mostró el programa de mantenimiento preventivo realizado a la caldera. Se observó certificación actualizada de mantenimiento.</p> <p>16. El jefe de mantenimiento mostró documento que comprueba la última inspección a la caldera por el cuerpo de Bomberos de Panamá.</p>
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
2/18	11.11	<p>17. No se realizan actividades de capacitación al recurso humano en forma programada ni periódica.</p> <p>18. La reserva del tanque de agua no es suficiente para 24 horas.</p>
Total de componentes	Porcentaje	
18/18	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

**Cuadro XLVII. COMPORTAMIENTO DEL ESTÁNDAR BIOMÉDICA SEGÚN
LA ENCUESTA PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Componentes cumplidos	% de Cumplimiento	Detalle de los componentes cumplidos
2/6	33.3%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como parte del servicio de mantenimiento, la sección cuenta con manuales de organización y funciones, normas técnico administrativas y manuales de procedimientos. 2. El encargado de la sección mostró los manuales de los equipos y los manuales de procedimiento.
Componentes no cumplidos	% de no Cumplimiento	Detalle de los componentes no cumplidos
4/6	66.6%	<ol style="list-style-type: none"> 3. Biomédica es una sección de Mantenimiento. Esta sección cuenta con sólo con un bachiller industrial con cursos de mantenimiento y reparación de equipos. No tiene formación administrativa. 4. Por inspección se constató que la sección no cuenta con equipamiento ni herramientas específicas de esta actividad. 5. No se desarrollan actividades específicas para esta actividad. 6. No se genera información sobre producción y calidad de los trabajos específicos de esta actividad.
Total de componentes	Porcentaje	
6/6	100.0%	

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005

6. Resumen.

El Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé cumple, de acuerdo con la metodología propuesta en este trabajo, con 23 de los 32 estándares obligatorios para la Acreditación de Hospitales de Panamá. Esta cifra corresponde a un porcentaje de cumplimiento de los Estándares de Acreditación de Hospitales en el Hospital Aquilino Tejeira de 71.8%. Esta cifra no alcanza el 80% que se estableció en el marco metodológico como necesario y suficiente para considerar que el hospital acredita. (Ver cuadros XLVIII, IXL y XL).

**Cuadro XLVIII. COMPORTAMIENTO DE LOS ESTÁNDARES PARA LA
ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA
DE PENONOMÉ. AÑO 2005.**

Estándar	Componentes del Estándar cumplidos	% de cumplimiento del Estándar.
1. Gobierno	3/3	100.0
2. Administración	3/3	100.0
3. Programa de Garantía de Calidad	5/7	71.4
4. Programa de Infecciones Nosocomiales	2/5	40.0
5. Desechos Hospitalarios Peligrosos	1/3	33.3
6. Programa de Salud Ocupacional	1/6	16.6
7. Programa de Seguridad General	7/9	77.7
8. Continuidad de la Atención Médica	7/7	100.0
9. Derivaciones	2/3	66.6
10. Registros Médicos y Estadísticas	7/7	100.0
11. Atención del Nacimiento	7/7	100.0
12. Quirófanos	5/6	83.3
13. Consulta Externa	5/5	100.0
14. Urgencias	8/8	100.0
15. Laboratorio Clínico	7/7	100.0
16. Diagnóstico por Imágenes	10/10	100.0
17. Anatomía Patológica	3/3	100.0
18. Enfermería	4/4	100.0
19. Farmacia Hospitalaria	4/4	100.0
20. Nutrición y Dietética	6/6	100.0
21. Hemoterapia y Banco de Sangre	7/7	100.0
22. Servicios Anestésicos	8/9	88.8
23. Trabajo Social	4/4	100.0
24. Central de Esterilización y Equipo	8/8	100.0
25. Lavandería y Ropería	5/8	62.5
26. Aseo y Ornato	2/9	22.2
27. Planos	2/2	100.0
28. Accesos	6/6	100.0
29. Circulaciones	6/7	85.7
30. Confort en Internación	2/3	66.6
31. Mantenimiento	16/18	88.8
32. Biomédica	2/6	33.3

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

Cuadro XLIX. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ. AÑO 2005.

Estándares para la Acreditación de Hospitales	Número de estándares cumplidos	Porcentaje de cumplimiento
1. Organización de la Atención Médica	5/10	50.0%
2. Estructura Edilicia	1/1	100.0%
3. Áreas técnicas y de apoyo	14/16	87.5%
4. Estructura física funcional	2/3	66.6%
5. Instalaciones	1/2	50.0%
TOTAL	23/32	71.875%

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

Cuadro L. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA DE PENONOMÉ EN FUNCIÓN DEL TOTAL. AÑO 2005.

Estándares para la Acreditación de Hospitales	Representación porcentual del estándar en función del total (/32)	Porcentaje cumplido en función del total (/32)
1. Organización de la Atención Médica	31.25	15.625
2. Estructura Edilicia	3.125	3.125
3. Áreas técnicas y de apoyo	50.00	43.75
4. Estructura física funcional	9.375	6.25
5. Instalaciones	6.25	3.125
TOTAL	100.0	71.875%

Fuente: Encuesta de Verificación de Cumplimiento de Estándares de Acreditación de Hospitales. Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Año 2005.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. De acuerdo con la metodología propuesta para realizar este trabajo de investigación, el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé cumple con 23 de los 32 estándares obligatorios para la Acreditación de Hospitales en Panamá. Esta cifra, que representa un 71.875% de cumplimiento, no alcanza el 80.0% fijado en este estudio para fundamentar que el hospital tiene un nivel óptimo de calidad.

2. Los estándares que evalúan la Organización de la Atención Médica en el Hospital Aquilino Tejeira se cumplen en un 50.0% (5 de 10) y constituyen el factor principal de que el hospital no alcance el porcentaje de cumplimiento de los estándares establecido para acreditar.

3. Los estándares Programa de Garantía de Calidad, Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, Gestión y Manejo de desechos hospitalarios, Salud Ocupacional y Derivaciones presentan importantes deficiencias en los aspectos de planificación, organización y operación.

4. El estándar Estructura Edilicia cumple 100.0% con los Estándares de Acreditación de Hospitales de Panamá. Este resultado constituye una fortaleza para lograr la acreditación en el Hospital Aquilino Tejeira.

5. Los estándares de acreditación relativos al Área Técnica y de Apoyo, alcanzan un adecuado cumplimiento, con un 87.5% (14/16). Esta cifra representa una fortaleza en lo que a la oferta de servicios y atención médica de calidad en el Hospital Aquilino Tejeira se refiere. Sin embargos los servicios de Lavandería y Ropería y Aseo y Ornato, requieren de mejoras en su organización para lograr porcentajes óptimos para la acreditación.

6. El hospital cumple con los estándares Accesos y Circulaciones (2/3) de Estructura Física y Funcional. Ambos estándares superan el criterio de 75.0%, no así el estándar Confort en Internación que sólo alcanza un cumplimiento de 66.6%.

7. Los estándares de Instalaciones son aprobados en un 50% (1/2). El servicio de Biomédica requiere mejorar. Este servicio es básico para la operación de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del hospital. El estándar Mantenimiento es aprobado y debe mantenerse, para el adecuado funcionamiento del hospital.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES.

1. Los estándares de la Organización de la Atención Médica son el soporte fundamental para los servicios finales del hospital y para generar una cultura de calidad, en consecuencia se recomienda promover en la Dirección Médica y el equipo gerencial del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé poner en operación los comités y acciones que dan apoyo a los Programas de Garantía de Calidad, Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, Seguridad General, Salud Ocupacional y Gestión y Manejo de Desechos Hospitalarios Peligrosos y Derivaciones.

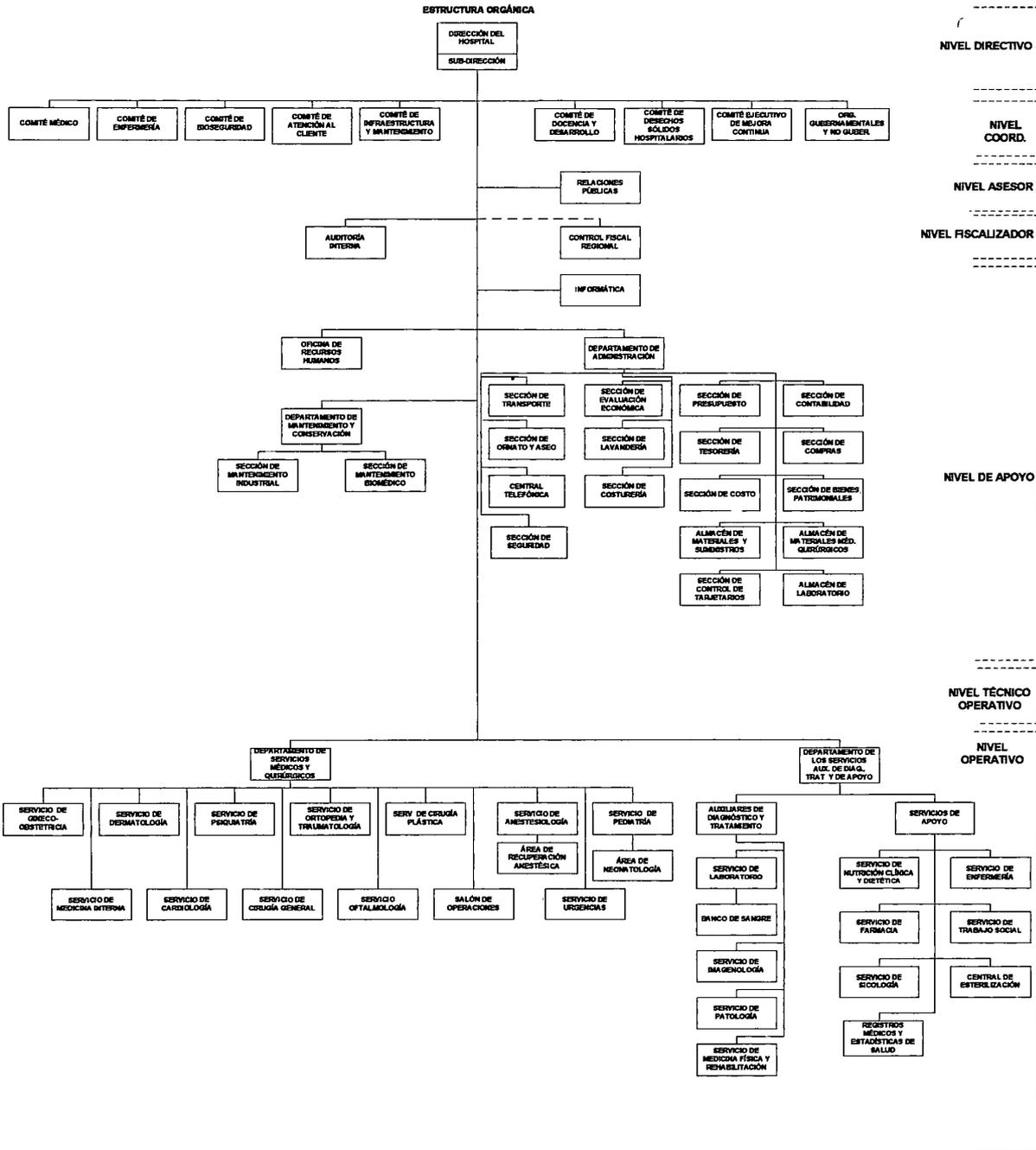
2. Promover en Nivel Gerencial del Ministerio de Salud, de la Región de Salud de Coclé y del Hospital Aquilino Tejeira, la puesta en operación del servicio de Biomédica.

3. Dar a conocer a los gerentes de los servicios de áreas técnicas, de apoyo y de mantenimiento, los resultados de este trabajo para que su mejora continúe.

ANEXOS

ANEXO 1

HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA



ESTANDAR 1. GOBIERNO

gobierno es el conjunto de funcionarios responsables de la gestión técnico administrativa del establecimiento hospitalario que mediante normas y regulaciones predeterminadas políticas, planes y programas que garanticen el buen funcionamiento de la institución y una atención en salud adecuada y de óptima calidad a los usuarios del nosocomio.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple		
NIVEL 1						
El hospital cuenta con un médico jefe de enfermería y/o de servicios administrativos.	Comprobar la existencia de resúmenes de casos de enfermería y de servicios administrativos.					
El personal del hospital maneja y controla los registros de estadísticas básicas y de aplicación general del hospital y utiliza estadísticas asistenciales y de control de la organización y funcionamiento del hospital.	Pregunte al DM como se formula el presupuesto y que herramientas utiliza para su formulación. Solicite el anteproyecto de presupuesto. Pregunte al DM con que periodicidad revisa la ejecución del presupuesto y como hace ajustes al mismo. Solicite un documento donde se verifica el DM y ajústelo presupuestario. Pregunte al DM en qué circunstancias aplica el Reglamento del Hospital. Solicite una muestra de esta acción. Pregunte al DM si utiliza un cuadro de mando y cada cuanto tiempo lo actualiza. Solicite un informe con los indicadores del hospital.					
El personal del hospital cuenta con una organización que permite fácilmente las líneas de coordinación, de otras, la cual está representada por un comité conocido por todos los departamentos del hospital.	Verificar si existe el organigrama y al azar preguntar a funcionarios si lo conocen. Por DM último evaluar su estructura.					

UNIVERSIDAD DE PANAMA

UNIVERSIDAD DE PANAMA

ESTANDAR 2. ADMINISTRACIÓN

servicio que garantiza que se desarrollen los procedimientos para implementar la política establecida por el Gobierno del hospital. Establece normas , procedimientos y actividades en liderazgo, administración de Recursos Humanos; organización del trabajo; negociación de conflictos y relaciones laborales; capacitación del recurso humano; el medio ambiente; establecimiento de controles internos para proteger los recursos físicos, financieros y humanos y promover el desarrollo del sistema de información.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	Nivel de cumplimiento		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple		
NIVEL 1						
Existe un responsable de área administrativa del hospital, con título profesional en administración.	Pregunte si el responsable del área administrativa tiene título de administrador.	Jefe de RRHH				
El servicio cuenta con personal técnico administrativo.	Pregunte al DA si el departamento cuenta con normas técnicas administrativas. Solicite el documento.	Dr. Ad.				
La administración ha realizado el control de presupuesto, el control de gastos, el control de inventario y el control de recursos humanos.	Verifique si las normas del departamento incluyen los procedimientos e instrumentos para realizar el control de las funciones presupuestarias, compras, contabilidad y del RRHH. Solicite los procedimientos e instrumentos de control, pregunte por el responsable de realizar en cada uno de los ítems requeridos, y con qué periodicidad se realiza. Verifique su aplicación en cada uno de los ítems solicitados.	Dr. Ad.				

ESTANDAR 3. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

El objetivo es generar la confianza tanto a los miembros del hospital como a sus usuarios de que el hospital cumple con criterios de calidad (eficiencia y eficacia de la atención y satisfacción de las necesidades del usuario en condiciones compatibles con la realidad económico-financiera de la institución) y con la dignidad personal y acorde con sus

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN P. CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
El hospital cuenta con documentos que acreditan la existencia legal y normas administrativas.	1. Solicite el decreto o resolución que crea al hospital. Solicite el reglamento del hospital.s.	D. M.				
El hospital cuenta con comités de Inosocomiales y de Bioseguridad. De estar organizados solicite a los presidentes de cada comité actas de organización y composición. Solicite las actas de la última reunión de cada comité.	Pregunte al DM si tienen organizado los Comités de Inosocomiales y de Bioseguridad. De estar organizados solicite a los presidentes de cada comité actas de organización y composición. Solicite las actas de la última reunión de cada comité.	Fuente del presidente de comité de Inosocomiales. Presidente del comité de Bioseguridad.				
El personal humano médico y técnico está reconocido por el Consejo de Bioseguridad y salud.	Pregunte al jefe de RRHH si tiene una norma para preparar los expedientes del RRHH. Pregunte al jefe de RRHH como verifica que el personal médico y técnico es idóneo y reconocido por el CTS. Solicite expedientes al azar y verifique que los expedientes cumplen con la norma y que existen documentos que comprueban la idoneidad del RRHH.	Oficina de RRHH.				
El hospital dispone de un cuadro de mortalidad, de un cuadro de mortalidad hospitalaria, de un cuadro de mortalidad nosocomial, tasa de mortalidad, de estadísticas de postoperatorias, entre otros).	Pregunte al DM si cuenta con informes periódicos de indicadores de calidad. Solicite los últimos informes y verifique su periodicidad.	Jefe de estadísticas /DM.				

ESTANDAR 3. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

El objetivo es generar la confianza tanto a los miembros del hospital como a sus usuarios de que el hospital cumple con criterios de calidad(eficiencia y eficacia de la atención y satisfacción de las necesidades del usuario en condiciones compatibles con la realidad económico-financiera de la institución y con la dignidad personal y acorde con sus deberes.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN P/ CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
humanos del hospital conoce y respeta los derechos de los pacientes y los deberes.	Pregunte al DM si se ha divulgado al personal la Declaración de los Derechos de los pacientes.Solicite un documento que compruebe la ejecución de actividades de divulgación. Pregunte al azar a personal técnico administrativo si conoce la Declaración de los Derechos de los pacientes y si ha participado en actividades de divulgación de la misma.	DM.				
an encuestas periódicas de los usuarios.	Pregunte al DM si se han realizado encuestas de satisfacción al usuario. En caso afirmativo solicite el instrumento y los resultados. Pregunte al DM que acciones se han tomado para dar respuesta a problemas surgidos-si es el caso.	DM.				
ida la cartera de servicios del	Pregunte al DM si tiene una cartera de servicios. En caso afirmativo, solicite el documento donde aparecen los servicios que brinda el hospital. Pregunte al DM, como adapta la cartera a las demandas de la población.	DM.				

ESTANDAR 4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.

os y actividades destinados por el hospital para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PA CUMPLIR CON EL ESTAN
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
uenta con un comité para la vigilancia y control de las Inosocomiales, debidamente funcionando regularmente, responsable de planificar, evaluar las actividades de : vigilancia, prevención y ifecciones nosocomiales, el ipaldo de la gerencia del	Pregunte al DM si el hospital tiene un comité de Inosocomiales. En caso afirmativo, solicite al Presidente del Comité el programa de actividades y el presupuesto del año. Pregunte al Presidente del Comité si existe un responsable técnico de la ejecución del programa.	DM/Presidente del Comité.				
manual de normas y procedimientos para la prevención, control y notificación de Inosocomiales.	Pregunte al presidente del comité o al responsable de llevar el programa de Inosocomiales, si cuenta con normas técnicas para la prevención, vigilancia y control de las Inosocomiales./En caso afirmativo solicite el documento e identifique sus contenidos.	Responsable de la Vigilancia de Inosocomiales.				

ESTANDAR 4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.

os y actividades destinados para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁN
			No Cumple	Cumple 100%		
nado a un responsable de la infecciones nosocomiales.	Pregunte si hay un responsable de la vigilancia de las infecciones nosocomiales.	DM o Presidente del comité de Inosocomiales.				
mensualmente a la dirección nos de infección nosocomial	Pregunte al responsable del programa con que periodicidad se obtienen los indicadores del programa. Solicite reportes. Pregunte al responsable del programa, quienes son los usuarios de esta información.	Responsable de la Vigilancia de Inosocomiales.				
actividades de capacitación personal del hospital sobre el s infecciones nosocomiales, y control.	Pregunte al Responsable técnico del programa si se programaron actividades de capacitación. En caso afirmativo solicite el programa de capacitación. Solicite documentos que comprueban la realización de estas actividades.	Responsable de la Vigilancia de Inosocomiales.				

ESTANDAR 5. GESTIÓN Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS.

unto de operaciones dirigidas a darle a los desechos generados por los distintos servicios del hospital; el tratamiento[1] y destino más adecuado de acuerdo con cas. Estas operaciones se desarrollan desde el momento en que se generan hasta su disposición final.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
ital desarrolla un programa para el manejo de los desechos hospitalarios peligrosos, el cual solicite el nombre del responsable del programa y el responsable del programa las normas técnicas administrativas del programa.	Pregunte al DM si están ejecutando un programa para el manejo de los desechos hospitalarios peligrosos. En caso afirmativo solicite el nombre del responsable del programa y el responsable del programa las normas técnicas administrativas del programa.	DM/ Responsable del Programa.				
onal del hospital ha sido en el manejo de los hospitalarios y en de bioseguridad tema.	Pregunte al responsable del programa si han programado actividades de capacitación al personal. En caso afirmativo solicite documentos que comprueban la ejecución de estas actividades, temas desarrollados y número de personal capacitado. Pregunte al azar a personal de aseo, enfermería, laboratorio y médicos si han recibido capacitación al respecto.	Responsable del Programa.				
ital cuenta con un exclusivo para el tiento temporal de los debidamente o y con acceso	Pregunte al responsable del programa si cuenta con depósito para los desechos. Inspeccione la existencia de un depósito exclusivo para el almacenamiento temporal de desechos para todo el hospital. Verifique si este depósito cumple las normas relativas a su ubicación y habilitación. Revise que sea de acceso restringido y que está señalizado debidamente.					

ESTANDAR 6. PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL.

e programas, procesos, normas y, facilidades del hospital, actualizados permanentemente, dirigidos a la prevención, control de los riesgos y atención del daño generado por el hospital a la salud del personal. Implica obligaciones del trabajador para preservar su salud, como la responsabilidad de la institución para garantizarle los medios y

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
El hospital cuenta con un comité de Bioseguridad. Verifique la existencia de un comité, solicite actas de conformación y de reuniones. Solicite las normas del programa de Bioseguridad.	Pregunte al DM si tiene organizado un comité de Bioseguridad. Verifique la existencia de un comité, solicite actas de conformación y de reuniones. Solicite las normas del programa de Bioseguridad.	Presidente del Comité.				
El hospital desarrolla un programa de salud ocupacional. En caso de Salud Ocupacional, afirmativo solicite presupuesto del mismo y si cuenta con recursos humanos físicos y humanos. Pregunte el nombre del responsable del programa.	Pregunte al DM si se está ejecutando el programa de salud ocupacional. En caso de Salud Ocupacional, afirmativo solicite presupuesto del mismo y si cuenta con recursos humanos físicos y humanos. Pregunte el nombre del responsable del programa.	DM.				
El programa de Salud Ocupacional cuenta con normas técnicas y administrativas.	Solicite al responsable del programa el manual de normas técnico-administrativas.	Médico asignado al programa.				
El programa de Salud Ocupacional cuenta con una ficha clínica para la revisión periódica del programa. Pregunte al responsable del programa si existen fichas clínicas de cada empleado. Solicite indicadores de cumplimiento de revisiones.	Pregunte al responsable del programa si existen fichas clínicas de cada empleado. Solicite indicadores de cumplimiento de revisiones.	Médico asignado al programa.				

ESTANDAR 6. PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL.

e programas, procesos, normas y facilidades del hospital, actualizados permanentemente, dirigidos a la prevención, control de los riesgos y atención del daño generado por el hospital a la salud del personal. Implica obligaciones del trabajador para preservar su salud, como la responsabilidad de la institución para garantizarle los medios y

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No cumple	Cumple 100%	
Para información sobre salud ocupacional y sobre los problemas de salud del personal.	Pregunte al responsable del programa si tiene un diagnóstico de los problemas de salud prevalentes en el personal. En caso afirmativo, pregunte que acciones se han tomado para atender el perfil epidemiológico de los trabajadores. Solicite informes sobre el comportamiento de los indicadores de producción del programa.	Médico asignado al programa.			RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
Para información sobre programas de bioseguridad en el hospital.	Pregunte al responsable del programa si cuenta con un diagnóstico sobre los problemas de bioseguridad del hospital. En caso afirmativo, pregunte que acciones se han tomado para mitigar estos problemas. Solicite informes generados e indicadores sobre los problemas de bioseguridad identificados en el hospital.	Responsable del comité.			

ESTANDAR 7. PROGRAMA DE SEGURIDAD GENERAL.

o de recursos y actividades dirigidas a la implementación de políticas y acciones para la prevención y control de sustracciones, pérdidas, hurtos, robos de valores o bienes que pacientes, empleados, transeúntes y a la organización y presupuesto del hospital. Debe promoverse un ambiente seguro con el fin de minimizar los problemas prevenibles para el manejo de instrumentos y equipos, inventario de riesgos potenciales, procedimientos de evacuación, seguridad para el manejo de pacientes inconscientes o bajo la alcohol y drogas).

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No cumple	Cumple 100%		
NIVEL I						
El plan cuenta con un plan de contingencias y situaciones de emergencia.	Pregunte al DM si cuenta con un plan para la prevención y control en caso de desastres. Pregunte si el plan tiene un programa y un presupuesto. Pregunte si hay un responsable por el plan.	DM.				
El sistema de comunicación posee un sistema de comunicación (radios, teléfonos, etc.) y si estos le permiten comunicarse de manera inmediata en caso de emergencia, con las autoridades correspondientes. Ubique en donde se encuentra este sistema.	Indague si el hospital cuenta con un sistema de comunicación (radios, teléfonos, etc.) y si estos le permiten comunicarse de manera inmediata en caso de emergencia, con las autoridades correspondientes. Ubique en donde se encuentra este sistema.	DM./ Resp.d el programa				
El hospital posee extintores de incendio convenientemente ubicados.	Verifique la vigencia y que la ubicación de los extintores sea acorde con las normas de seguridad.					
El hospital posee sistemas de alarma para la detección de humo.	Inspeccione en las áreas del hospital la existencia, ubicación según norma y funcionamiento de alarmas para la detección de humo.					

ESTANDAR 7. PROGRAMA DE SEGURIDAD GENERAL.

o de recursos y actividades dirigidas a la implementación de políticas y acciones para la prevención y control de sustracciones, pérdidas, hurtos, robos de valores o bienes que pacientes, empleados, transeúntes y a la organización y presupuesto del hospital. Debe promoverse un ambiente seguro con el fin de minimizar los problemas prevenibles para el manejo de instrumentos y equipos; inventario de riesgos potenciales, procedimientos de evacuación, seguridad para el manejo de pacientes inconscientes o bajo la alcohol y drogas).

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No cumple	Cumple 100%		
<p>al del hospital ha sido para la evacuación. Pregunte si se han realizado las instalaciones en caso de evacuación de las instalaciones. Solicite documentos que comprueban la ejecución del programa.</p>	<p>Pregunte al responsable del programa si cuenta con un programa de capacitación para el año en curso. Pregunte si se han realizado actividades de capacitación para la evacuación de las instalaciones. Solicite documentos que comprueban la ejecución del programa.</p>	<p>DM./Resp.d el programa</p>		Cumple 100%		

ESTANDAR 7. PROGRAMA DE SEGURIDAD GENERAL.

o de recursos y actividades dirigidas a la implementación de políticas y acciones para la prevención y control de sustracciones, pérdidas, hurtos, robos de valores o bienes que pacientes, empleados, transeúntes y a la organización y presupuesto del hospital. Debe promoverse un ambiente seguro con el fin de minimizar los problemas prevenibles para el manejo de instrumentos y equipos, inventario de riesgos potenciales, procedimientos de evacuación, seguridad para el manejo de pacientes inconscientes o bajo la alcohol y drogas).

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No cumple	Cumple 100%		
icación, mediante señales, der a las salidas.	Inspeccione el sistema de señalización para acceder a las salidas del hospital.En especial que las salidas de emergencia estén libres de obstáculos.					
alidas con leyendas que DA DE EMERGENCIA".	Inspeccione que en las áreas existan salidas señalizadas con letreros de Salida de emergencia					
tales de peligro y carteles a existencia de riesgos radiaciones ionizantes o de za, en toda zona o recinto esta situación.	Inspeccione durante la visita de observación la señalización e información, acorde al tipo de riesgos generados en las áreas, especialmente en aquellas que se encuentren radiaciones ionizantes. Identifique que estén colocados avisos de señales de peligro y que éstos sean de fácil visibilidad.					
ersonal de vigilancia en tos.	Solicite los roles de turnos.	DM./Resp.d el programa				

ESTANDAR 8. REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS.

Se le encarga de elaborar, guardar y conservar, en forma ordenada y eficiente, los expedientes clínicos de los pacientes, así como de producir información para la gestión clínica administrativa del hospital.

FUENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
está a cargo de un superior en Registros adísticas.	Pregunte si el jefe del servicio es un Técnico superior en RM.	Jefe de RRHH.				
cuenta y utiliza las normas técnicas administrativas o administrativas.	Pregunte al jefe del servicio si cuenta con normas técnicas administrativas específicas para el servicio. Solicite el documento.	Jefe de REMES				
de un área exclusiva de acción del servicio con grado.	Inspeccione que el área de operación del servicio sea exclusiva para esa función. Identifique si existe señalización de acceso restringido.					
clínico es centralizado a historia clínica única.	Pregunte al jefe del servicio si el archivo clínico está centralizado. Pregunte si la Historia clínica está estandarizada. Solicite la norma. Al azar revise algunos expedientes y verifique que cumple con la norma. Pregunte si se realiza auditoría de Historias Clínicas. En caso afirmativo solicite el informe y sus resultados.					

2. Encuesta para la verificación de los estándares de Acreditación de Hospitales. Elaborada a partir del instrumento de verificación de los evaluadores. Ministerio de Salud.

ESTANDAR 8. REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS.

lo se encarga de elaborar, guardar y conservar, en forma ordenada y eficiente, los expedientes clínicos de los pacientes, así como de producir información para la gestión clínica administrativa del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No Cumple	Cumple 100%		
humano del servicio es ivo para esta función.	Pregunte al jefe del servicio si el personal técnico es idóneo y exclusivo del servicio.	Jefe de REMES				
la patología utilizando ción de la Clasificación de Enfermedades.	Pregunte sobre el sistema de clasificación de enfermedades que aplica. Solicite documentos que constaten la utilización de la última edición de la clasificación adoptada por el Ministerio de Salud.	Jefe de REMES				
provee información re consultas, egresos, reas, promedio día centaje de ocupación, ama, intervenciones defunciones, infecciones enfermedades de bligatoria.	Indagar cual es la norma del servicio para generar informes sobre consultas, egresos, partos, cesáreas, promedio día de estancia, porcentaje de ocupación, giro cama, intervenciones quirúrgicas, defunciones, infecciones nosocomiales y enfermedades de notificación obligatoria. Verifique con un documento que cumplimiento de la norma.	Jefe de REMES				

ESTANDAR 9. DOCUMENTACIÓN EDILICIA (PLANOS)

o de documentos que expresan gráficamente (dibujos) la concepción integral para la construcción del hospital, incluyendo los diseños y planos arquitectónicos, irales, sanitarios, electromecánicos y sistemas especiales; al igual que los planos de instalación de los equipos médicos y no médicos, fijos y no fijos.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
hospital posee planos redados conforme al diseño de estructura y instalaciones de plomería, vapor, gases médicos, aire acondicionado central; aprobados por autoridad competente.	Solicite al jefe del servicio los planos arquitectónicos, hidráulicos, eléctricos, gases aire acondicionado, sistemas de ventilación. Pregunte cual es el mecanismo para mantener los planos actualizados.	Jefe de mantenimiento				
planos se encuentran clasificados de manera adecuada para garantizar su ubicación.	Indague por el mecanismo de archivo y clasificación de los planos. En la visita de inspección solicite un plano y verifique su ubicación.	Jefe de mantenimiento				

ESTÁNDAR 10. ACCESOS.

facilidades tanto vehiculares como peatonales que los pacientes, personal, visitantes, proveedores de servicio; etc., utilizan para ingresar y salir de las instalaciones del I. Se diferencian tres (3) accesos: a) de urgencias, b) entrada principal y c) de servicios.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
hospital cuenta con una rampa y salida exclusiva para el servicio de urgencias y de urgencias con señalización durante la iluminación que funciona.	Inspeccione que la entrada y la salida para el servicio de urgencias sean exclusivas, estén señalizadas. Verifique que el letrero cuenta con iluminación que funciona.					
se un acceso para el edificio principal y que esté señalado.	Inspeccione que exista acceso al edificio principal y que esté señalado.					
se un acceso vehicular para proveedores de vehículos exclusivo para y aprovisionamiento.	Inspección que se cuente con acceso vehicular exclusivo para proveedores.					
hospital cuenta con rampas para vehículos, veredas techadas para el acceso a las facilidades internas hospital.	Inspeccione que se cuente con estacionamientos y que éstos poseen veredas techadas para el acceso interno al hospital.					
ten rampas y aleros de protección para el ascenso y descenso de usuarios y personas con discapacidad, en el cuarto de planta y el edificio principal del I.	Inspeccione la existencia de ascensores, rampas, aleros de protección y su adecuación para usuarios y personas discapacitadas, en Urgencias y edificio principal.					
salidas de Emergencia.	Inspeccione la ubicación y señalización de las salidas de emergencia.					

ESTANDAR 11. CIRCULACIONES.

Este estándar de infraestructura, que manteniendo criterios óptimos de diseño para el funcionamiento del hospital, permite el movimiento de personas y vehículos tanto en el exterior como en el interior. La circulación está complementada con un sistema de señalización, cuyo fin es orientar, guiar y conducir a los usuarios, pacientes, personal y proveedores de servicios.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON ESTÁNDAR.
			No cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
Se cuenta con un documento que regula la circulación de acuerdo a los criterios: circulación general, restringida y restringida.	Indague y solicite el documento que regula la circulación general, técnica, restringida y restringida.	Jefe de mantenimiento.				
Se exhibe en su edificio principal e indica la ubicación de los departamentos y servicios de atención.	Inspeccione existencia de letrero referente a la ubicación de los distintos departamentos y servicios, mediante señalización.					
Se avisan a los usuarios las áreas de circulación restringida y restringida.	Inspeccione si en las áreas existen letreros referentes a señalización restringida y restringida de acuerdo al tipo de circulación que debe cumplirse en ella.					
Se señalizan las salidas de emergencia.	Inspeccione señalización de las salidas de emergencia.					
Se señalizan los distintos edificios del hospital.	Inspeccione que todos los edificios del hospital estén señalizados.					
Se diseñan pasillos, escaleras y elevadores para la fácil circulación de camillas y sillas de ruedas.	Verifique que los pasillos, escaleras, elevadores y puertas cumplan con las normas de dimensionamiento.					
Se dispone de iluminación exterior, techadas y nocturnas, entre los edificios del hospital.	Inspeccione que se cumpla con la pavimentación, techada de aceras exteriores e iluminación nocturna, entre los edificios del hospital.					

ESTANDAR 12. CONFORT EN INTERNACIÓN

on las políticas, componentes de infraestructura y equipamiento que aseguran la comodidad de los usuarios y el personal mientras permanezcan en las distintas áreas del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
Los ambientes de internación del hospital disponen de iluminación natural.	Inspeccione si las áreas de internación poseen iluminación natural.					
Los distintos ambientes del hospital disponen de ventilación directa y si ésta se hace a través de ventanas de paletas móviles.	Inspeccione si en las diferentes áreas se dispone de ventilación directa y si ésta se hace a través de ventanas de paletas móviles.					
Todas las habitaciones, independientemente del número de camas, cuentan con un baño que se accede por una puerta exterior en la habitación.	Inspeccione en algunas habitaciones con un baño que éstas cuenten con baño con entrada por dentro.					

ESTANDAR 13. DERIVACIONES O REFERENCIAS.

Es el sistema responsable de coordinar el envío-recepción-retorno de pacientes cuando están aquejados de un problema de salud, que por su severidad no puede ser resuelto en una determinada instancia y requiere de atención en otra instalación que dispone de una capacidad resolutiva mayor.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
1. Existen normas que guían la derivación de los pacientes. El personal ha sido capacitado para su uso.	Pregunte al D.M si hay un responsable el sistema de R y C.Solicite las normas para la derivación de pacientes. Solicite indicadores de capacitación. Pregunte al RRHH del cuarto de urgencia, si ha recibido capacitación.	DM/Resp. Del programa.				
2. El hospital cuenta con ambulancias equipadas para el traslado seguro de pacientes.	Pregunte al responsable de gestionar las derivaciones si el hospital cuenta con distintos tipos de ambulancias para el traslado de pacientes (según riesgo). Verifique si estas cumplen con estándares que permiten el traslado seguro de pacientes.					
3. Se genera información sobre la frecuencia y destino de las derivaciones.	Pregunte al responsable de las derivaciones o al DM si se genera información periódica sobre causa, frecuencia y destino de las derivaciones. En caso afirmativo solicite el informe.	DM/Resp. Del programa.				

ESTANDAR 14. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

ción y secuencias de procesos, procedimientos y actividades para maximizar la coordinación de la atención, asegurando atención médica en forma continua e ininterrumpida de un sistema integrado de servicios del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
La sala de hospitalización tiene un médico responsable por su mantenimiento, el cual responde a las necesidades de los pacientes del servicio.	Pregunte si las distintas salas del servicio tienen asignado un médico responsable. Pregunte si existe un reglamento o norma que rija esta asignación. En caso afirmativo solicite el documento.	DM.				
Los servicios cuentan con manuales de organización y funciones y normas administrativas.	Pregunte si los servicios de hospitalización, urgencia, consulta externa cuentan con manuales de organización y funciones, de normas y de procedimientos técnicos administrativos. Solicite los documentos a algunos servicios.	DM.				
El paciente tiene asignado un titular y todas las indicaciones se realizan a través de él.	Pregunte a algunos jefes de servicios de hospitalización como se asignan las camas a los diferentes médicos. Pregunte si existe un reglamento para realizar estas asignaciones. Entreviste a un paciente y preguntele si conoce a su médico titular.	Jefes de servicios de hospitalización.				

ESTANDAR 14. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

ción y secuencias de procesos, procedimientos y actividades para maximizar la coordinación de la atención, asegurando atención médica en forma continua e ininterrumpida de un sistema integrado de servicios del hospital.

COMPONENTES	MEDICOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
<p>ico titular y su equipo pasan a los pacientes bajo su responsabilidad y actualizan las historias. Los médicos internos y residentes dependen de los titulares.</p>	<p>Pregunte al jefe del Servicio como verifica que el médico titular y su equipo realizan visita diaria a los pacientes. Tomando al azar expedientes verifique que se cumple con visita diaria. En la entrevista a los pacientes pregunte si recibe visita diaria del médico titular y su equipo. Pregunte si existe un reglamento para la asignación de médicos residentes e internos a los médicos titulares.</p>					
<p>salas de hospitalización, el personal de urgencia, quirófanos y sala de parto cuentan con personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) durante 24 horas y con un turno de turnos médicos.</p>	<p>Verifique la existencia de los medio por el cual se garantiza el personal de enfermería durante las 24 horas en salas de hospitalización, urgencias, quirófanos y sala de partos. En la entrevista a los pacientes pregunte si el personal de enfermería lo atendió durante las 24 horas. Verifique si se cuenta con programación de turnos médicos.</p>					
<p>pital cuenta con servicio de ambulancia durante 24 horas para el traslado de pacientes que así lo soliciten.</p>	<p>Verifique la existencia de turnos de conductores de ambulancia y si el hospital cuenta con ambulancias para el traslado. Solicite reportes de problemas con el traslado por falta de ambulancia.</p>					

ESTANDAR 14 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

ición y secuencias de procesos, procedimientos y actividades para maximizar la coordinación de la atención, asegurando atención médica en forma continúa e ininterrumpida de un sistema integrado de servicios del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
ricio de urgencia, quirófanos, e partos y salas de zación, disponen de pruebas atorio y placas o estudios ícos (de acuerdo al grado de ad del hospital) durante 24	Pregunte al DM si cuentan con el servicio de Lab clínico. e Imagenología durante las 24 horas.					

ESTÁNDAR 15. ATENCIÓN DEL NACIMIENTO.

Son los procesos y procedimientos organizados para la atención de la parturienta y del recién nacido.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
Identificación de la sala de parto y funciones para la atención del recién nacido.	Indague si las actividades de sala de partos están bajo la responsabilidad de un médico o enfermero/a idóneo.	DM				
Identificación de la sala de parto y funciones para la atención del recién nacido.	Indague por existencia de los manuales de organización y de funciones para la atención del parto. Solicite los documentos.	Jefe de servicio.				
Identificación de la sala de parto y funciones para la atención del recién nacido.	Inspeccione que la atención del parto y del recién nacido se realice en un área exclusiva y que los equipos sean de uso exclusivo del personal de enfermería y de apoyo está capacitado para realizar actividades específicas del servicio. Capacitación de todo el personal.					
Identificación de la sala de parto y funciones para la atención del recién nacido.	Pregunte al jefe del servicio y a la jefa de enfermería del servicio como verifica que se cumplan con las normas técnicas para la atención del parto.					

ESTANDAR 15. ATENCIÓN DEL NACIMIENTO.

Son los procesos y procedimientos organizados para la atención de la parturienta y del recién nacido.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No Cumple	Cumple 100%		
El dispone de medios de atención y ambulancia para atender a la parturienta de manera expedita al traslado a un hospital de destino cuando sea necesario.	Pregunte al jefe del servicio como se tramita el traslado de pacientes y si hay dificultades.					
El personal tiene información sobre procedimientos y traslados de pacientes.	Solicite información de partos atendidos y traslados realizados.					
El personal médico dispone de información sobre los casos difíciles o resultados adversos.	Pregunte al jefe del servicio si existe una norma para el reporte de resultados adversos o casos difíciles. Pregunte como obtiene información sobre los casos difíciles o resultados adversos.					

ESTANDAR 16. QUIRÓFANOS

servicio donde se realiza la atención quirúrgica de los pacientes, ya sea en régimen de rutina o bien en casos de urgencia, con internación o de forma ambulatoria.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
El jefe de los Quirófanos es un cirujano o anestesiólogo.	Indague si el servicio está a cargo de un médico cirujano o anestesiólogo.	DM.				
Se define la cartera de servicios y procedimientos.	Solicite al jefe del servicio la cartera de procedimientos quirúrgicos del servicio.	Jefe de servicio.				
El servicio dispone de un área exclusiva con acceso restringido y equipamiento para resolver problemas de acuerdo a su complejidad y cartera de procedimientos.	Inspeccione el uso exclusivo del área para realización de cirugías. Identifique señalización referente a acceso restringido. Inspeccione si se cuenta con equipos de acuerdo a nivel de complejidad y la cartera de procedimientos quirúrgicos ofertada.					
El servicio dispone de manual de organización y funciones, normas administrativas del servicio, lista de preparación y conservación de piezas operatorias, normas de Bioseguridad y Seguridad.	Indague por existencia de los manuales de organización y de funciones, normas técnicas administrativas, normas de preparación y conservación de piezas operatorias, normas de bioseguridad y seguridad general. Solicite los documentos.	Jefe de servicio.				
El servicio desarrolla actividades de capacitación para el personal que labora en el servicio.	Pregunte al jefe del Servicio si cuenta y desarrolla un programa de docencia. Solicite documentos de soporte (Programa y actividades realizadas).					
El servicio genera información sobre producción, costos, complicaciones y mortalidad intraoperatoria.	Solicite al jefe del servicio, informes de producción, de costos del servicio, complicaciones y mortalidad intraoperatoria.					

ESTANDAR 17. CONSULTA EXTERNA

proporciona atención médica ambulatoria individualizada e integral en respuesta a las necesidades específicas y la severidad de los problemas de salud de los paciente
 neral y Especialidades.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
servicio está dirigido por médico que coordina el trabajo del servicio.	Pregunte si el servicio está dirigido por médico idóneo.	DM.				
servicio dispone de un área propia y equipamiento para atención de los pacientes, de acuerdo a su grado de complejidad.	Inspeccione si el área cuenta con exclusividad para realización de consulta externa y si los equipos cuentan que cuenta están acorde con el nivel de complejidad.					
servicio cuenta con personal administrativo y de enfermería, según la demanda.	Indague por existencia de manuales de organización y funciones, normas técnicas - administrativas y administrativas y normas de bioseguridad. Solicite los documentos.	Jefe del servicio.				
servicio cuenta con personal de enfermería y de enfermería, según la demanda.	Evalúe el mecanismo por medio del cual se asignación el personal médico servicio. Pregunte si se cuenta con el personal definido.	Jefe del servicio.				
servicio dispone de personal de producción y de producción por servicio.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del servicio.					

ESTANDAR 18. URGENCIAS

Unidad especializada en donde se atienden pacientes con problemas graves de salud: traumatizados o víctimas de una enfermedad súbita, que requieren atención terapéutica inmediata.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL I						
	Pregunte si el servicio está dirigido por médico idóneo.	DM				
	Indague por existencia de los manuales de organización y de funciones, normas técnicas administrativas y normas de bioseguridad. Solicite los documentos.	Jefe del servicio.				
	Inspeccione si el área es exclusiva para atención de urgencias y si cuenta con equipos de acuerdo al nivel de complejidad.					
	Solicite la cartera de servicios y procedimientos de Urgencias.	Jefe del servicio.				
	Pregunte al jefe del servicio si el personal asignado al servicio, está médico y paramédico ha recibido entrenamiento en RCP.	Jefe del servicio.				
	Pregunte si el servicio de urgencias dispone de servicio de laboratorio e imagenología durante 24 horas. Indague por los mecanismos de acceso a medios de transporte y comunicación para derivación de pacientes.					
	Pregunte a la jefe de enfermería del servicio si dispone de personal para las 24 horas. En caso de ausencias como cuenta con personal. Solicite rol de turnos de enfermería del servicio. Solicite al jefe del servicio el rol de turnos médicos.	Jefe médico y de enfermería del servicio.				
	Solicite al jefe del servicio los informes de producción del servicio del último trimestre.					

ESTANDAR 21. LABORATORIO CLÍNICO.

servicio de Laboratorio Clínico se ocupa de realizar estudios microbiológicos, químicos, inmunológicos y hematológicos de productos, excreciones, secreciones, líquidos, de los pacientes como medio para establecer un diagnóstico o para el control de procesos patológicos.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
servicio de Laboratorio Clínico está dirigido por un Tecnólogo Médico idóneo.	Indague si el servicio está dirigido por un tecnólogo médico idóneo.	DM				
está definida la cartera de pruebas y estudios que se realizan.	Pregunte si está definida la cartera de pruebas y estudios. Solicite el documento.	Jefe del Servicio.				
servicio dispone de manual de organización y funciones, normas administrativas, de bioseguridad y procedimientos. El personal conoce sus contenidos.	Indague por existencia de los manuales de organización y de funciones, normas de organización y funciones, normas de bioseguridad, con protocolos de atención de problemas prevalentes y manuales de procedimientos. Solicite los documentos. Interrogue al personal si conoce sus contenidos.	Jefe del servicio.				
servicio cuenta con tecnólogos en cantidad suficiente y con el aumento necesario para ejecutar, sin par en otro laboratorio las siguientes bas[3]: Hemograma completo, análisis, Parasitología general, orones bacteriológicas y tologías, VDRL, Glucosa, ígeno de Urea, Creatinina Ácido), Albuminas, Proteínas plasmáticas, ubinas total y fraccionadas.	Pregunte si el servicio tiene establecido una metodología para determinar número de tecnólogos médicos y tipo de equipos que se requieren de acuerdo a la demanda de pruebas que se deben realizar. Indague si que de acuerdo a los análisis se cuenta con los recursos humanos y de equipos para realizar las pruebas de hemograma completo, urianálisis, parasitología general, funciones bacteriológicas y hematológicas, VDRL, glucosa, nitrógeno de urea, creatinina, ácido úrico, bilirrubinas totales y fraccionadas.	Jefe del Servicio.				

ESTANDAR 21. LABORATORIO CLÍNICO.

El Laboratorio Clínico se ocupa de realizar estudios microbiológicos, químicos, inmunológicos y hematológicos de productos, excreciones, secreciones, líquidos, de los pacientes como medio para establecer un diagnóstico o para el control de procesos patológicos.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
El servicio genera informes sobre la programación de turnos de los médicos que garantiza la cobertura de los usuarios durante 24 horas.	Indague por la programación de turnos de tecnólogos médicos y si estos dan cobertura las 24 horas. Evalúe los mecanismos que se implementan para garantizar la presencia del personal durante las 24 horas.					
El servicio genera informes sobre la producción del servicio.	Solicite al jefe del servicio los informes de producción del servicio del último trimestre.					
El servicio controla la calidad de las pruebas y resultados.	Pregunte al jefe del servicio sobre la existencia de normas para el control de calidad. Pregunte si se tienen indicadores que les permita conocer los problemas de calidad. Indague por implementación de acciones correctivas. Solicite indicadores.					

ESTANDAR 22. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.

El servicio tiene como finalidad apoyar el establecimiento del diagnóstico de las enfermedades, su control y seguimiento mediante el uso de la tecnología de imágenes.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMAS ENCONTRADOS	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
El servicio está dirigido por un médico especialista en imagenología.	Indague si el servicio está a cargo de un médico especialista en imagenología.	DM				
Está definida la cartera de pruebas y estudios del servicio en función del grado de complejidad y los servicios de atención médica del hospital.	Indague por la cartera de servicios e identifique que corresponda según el grado de complejidad y los servicios de atención médica que se ofrecen en el hospital.	Jefe del Servicio.				
El servicio está habilitado de acuerdo a los requisitos de Salud Radiológica del MINSA.	Indague si el servicio está habilitado según los requisitos exigidos de salud radiológica del MINSA. Solicite documentos.	Jefe del Servicio.				
Se cumple con las normas de protección radiológica.	Indague si el servicio cumple con las normas de protección radiológica. Pregunte por el indicador de niveles de radiación. Solicite documentos.	Jefe del Servicio.				
Existen y están disponibles el manual de organización y funciones, las normas técnicas administrativas, de bioseguridad y manuales de procedimientos.	Indague por existencia de los manuales de organización y de funciones, normas técnicas administrativas, normas de bioseguridad, con protocolos de atención de problemas prevalentes y manuales de procedimientos. Pregunte por los mecanismos mediante los cuales se tienen disponibles. Solicite los documentos.	Jefe del Servicio.				

ESTANDAR 22. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.

1 El servicio tiene como finalidad apoyar el establecimiento del diagnóstico de las enfermedades, su control y seguimiento mediante el uso de la tecnología de imágenes.

COMPONENTES	MEDICOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMAS ENCONTRADOS	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
El equipo es operado por técnicos idóneos en Radiología Médica.	Indague si los equipos son operados por personal técnico en radiología médica.	Jefe del Servicio.				
El servicio dispone de una copia de los manuales de los equipos y de la garantía de los mismos.	Pregunte si existe en el servicio una copia de los manuales de equipos y de las garantías de los mismos. Solicite documentos.	Jefe del Servicio.				
Existe un programa de turnos médicos, técnicos y personal administrativo, que garantiza la continuidad del servicio.	Indague si existe programación de turnos del personal técnico y administrativo, para garantizar la continuidad del servicio. Solicite documentos.	Jefe del Servicio.				
El servicio genera informes sobre la producción del servicio.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.					
Se realiza análisis de los casos en donde hubo complicaciones durante el procedimiento.	Pregunte si se realiza el análisis de casos donde hubo complicaciones. Pregunte si existe una norma para su ejecución. Solicite soportes.	Jefe del Servicio.				

ESTANDAR 23. ANATOMIA PATOLÓGICA

vicio tiene entre sus funciones principales: la práctica de autopsias, estudios histopatológicos y citología exfoliativa.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
El hospital tiene acceso a un laboratorio de Anatomía Patológica de un laboratorio de referencia que puede ser el diagnóstico mediante el uso de técnicas de citología y estudios histopatológicos. Esta actividad está supervisada por el Jefe del Laboratorio Clínico.	Indague si el hospital cuenta con un laboratorio de patología de referencia. Identifique el nivel de apoyo (pruebas de citología y estudios histopatológicos) con DM que cuenta el hospital. Pregunte si la responsabilidad del servicio esta a cargo del jefe del Laboratorio Clínico.	DM/Jefe de Laboratorio de Patología.				
El hospital cuenta con normas administrativas y técnicas para el manejo de las muestras, para el control de solicitudes-resultados y con procedimientos eficientes de comunicación y reporte de las muestras.	Indague la existencia de las normas administrativas y técnicas para el manejo de muestras; para el archivo de solicitudes y resultados. Evalúe los mecanismos de comunicación y transporte de muestras.	DM/Jefe de Laboratorio de Patología.				
Se genera información sobre el servicio.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.	Jefe del servicio.				

ESTANDAR 25. ENFERMERÍA.

responsable de las actividades relativas a la asistencia de enfermería al paciente en régimen de internación o ambulatorio.

CONDICIONES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
El personal que presta el servicio de enfermería, el cual está dirigido por un licenciado en enfermería con experiencia administrativa.	Pregunte si el servicio de enfermería está dirigido por un licenciado en enfermería con experiencia administrativa.	DM				
El servicio cuenta con manuales de organización y funciones, reglamentos, normas técnicas administrativas, normas del jefe de servicio, bioseguridad, con protocolos de atención de problemas prevalentes y manuales de procedimientos. Solicite los documentos.	Indague por existencia de los manuales de organización y funciones, reglamentos, normas técnicas administrativas, normas del jefe de servicio, bioseguridad, con protocolos de atención de problemas prevalentes y manuales de procedimientos. Solicite los documentos.					
El servicio cuenta con enfermeras básicas y auxiliares de enfermería tituladas.	Indague si el servicio cuenta con enfermeras básicas y auxiliares de enfermería tituladas.	Jefe del servicio.				
El servicio realiza actividades de capacitación al personal.	Solicite al jefe de Enfermería, el programa de docencia del servicio. Solicite informes donde se constata la ejecución de actividades programadas.	Jefe del servicio.				

ESTANDAR 26. FARMACIA HOSPITALARIA.

El responsable de la planificación y gestión de la adquisición, almacenamiento, custodia y distribución de medicamentos, soluciones parenterales y según políticas del servicio médico-quirúrgico, reactivos de laboratorio y de radiología.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
	NIVEL 1					
El servicio está dirigido por un farmacéutico idóneo.	Pregunte si el servicio está dirigido por Farmacéuta titulado.	DM				
El servicio dispone de manual de organización y funciones, de normas administrativas, de normas de procedimientos escritos, almacenamiento, preparación, de medicamentos, y el del inventario.	Indague por la existencia de manuales de organización, de funciones, de normas técnicas administrativas del servicio; de normas y manual del procedimiento para el almacenamiento, preparación, entrega de medicamentos y el control de inventarios. Solicite documentos					
El servicio cuenta con local exclusivo para el almacenamiento de medicamentos.	Inspeccione el uso exclusivo del área para Farmacia y que se cuenten con los equipos necesarios de acuerdo al nivel de complejidad.					
El servicio cuenta con informes sobre la producción del servicio.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.	Jefe del Servicio				

ESTANDAR 27. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.

El servicio tiene como finalidad preparar y servir dietas generales y especiales para pacientes y personal del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL I						
El servicio está dirigido por un dietista.	Pregunte si el responsable del servicio cumple con el título profesional de Nutricionista.	DM				
El servicio cuenta con un manual de organización y manuales de funciones, de normativas, manual de procedimientos y un manual de dietas-listado de regímenes por patología. Solicite documentos.	Indague por la existencia de los manuales de organización, de funciones, de normas técnicas administrativas del servicio y los manuales de procedimientos, manual de dietas-listado de regímenes por patología. Solicite documentos.	Jefe del servicio.				
El personal del servicio está capacitado y cuenta con el certificado de manipulación de alimentos y si están renovados según normas.	Indague por el cumplimiento de las normas vigentes para equipos e instalaciones, establecidas por las entidades de salud. Solicite documentos.	Jefe del servicio.				
El personal del servicio está capacitado y cuenta con el certificado de manipulación de alimentos y si están renovados según normas.	Pregunte si el personal del servicio cuenta con certificado de manipulación de alimentos y si están renovados según la norma vigente. Solicite documentos.	Jefe del servicio.				
El personal del servicio realiza actividades de capacitación al personal del servicio.	Solicite al jefe del servicio, el programa de docencia. Solicite informes donde se constata la ejecución de actividades programadas.					
El personal del servicio cuenta con informes de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.					

ESTANDAR 28. HEMOTERAPIA y BANCO DE SANGRE.

Hemoterapia y Banco de Sangre se ocupa de la extracción, clasificación, conservación y aplicación de sangre o sus derivados.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
El servicio de sangre que tiene el Banco de Sangre está bajo la dirección del jefe del Clínico.	Verifique si el hospital cuenta con Banco de sangre de referencia. Identifique el nivel de apoyo (tipo de pruebas que realiza, productos que entrega). Indague si el jefe del laboratorio clínico es responsable del servicio de transfusiones.	DM				
El laboratorio cuenta para almacenar y productos sanguíneos.	Inspeccione que el servicio cuente con los equipos para almacenar y conservar los productos sanguíneos.					
Las normas para transportar, almacenar, disponer de la sangre y los medios eficientes de transporte de la sangre entre el banco de sangre en un plazo no mayor de 40	Indague por la existencia de las normas administrativas y técnicas para solicitar, transportar, almacenar, conservar y disponer de la sangre y sus derivados. Solicite los reportes.	Jefe del Servicio.				
	Pregunte al jefe del servicio si cuenta con los medios de comunicación y transporte de sangre.	Jefe del Servicio.				

ESTANDAR 28. HEMOTERAPIA y BANCO DE SANGRE.

2 Hemoterapia y Banco de Sangre se ocupa de la extracción, clasificación, conservación y aplicación de sangre o sus derivados.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
En los recursos humanos y materiales y calificado. Pregunte si cuentan con los recursos necesarios. Inspeccione si cuenta con la infraestructura y equipos necesarios para realizar pruebas de Rh en el receptor, en la infraestructura y equipos necesarios para realizar las pruebas de grupo y factor Rh en el receptor.	Indague si el personal del servicio es calificado. Pregunte si cuentan con los recursos necesarios. Inspeccione si cuenta con la infraestructura y equipos necesarios para realizar las pruebas de grupo y factor Rh en el receptor.	Jefe del Servicio.				
Se aplican las normas relativas a la bioseguridad relativas a la utilización de la sangre. Solicite los indicadores.	Indague por la existencia de normas de bioseguridad relativas a la utilización de la sangre. Solicite los indicadores.	Jefe del Servicio.				
Obtenga información sobre la producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.	Jefe del Servicio.				

ESTANDAR 29. SERVICIOS ANESTÉSICOS

ología es el servicio responsable del bienestar y la seguridad del paciente durante la realización de un acto quirúrgico y/o examen diagnóstico, y de ofrecer condiciones ras óptimas al cirujano. También es responsable por la supervisión y ejecución de la preparación preanestésica, la recuperación postanestésica de pacientes en régimen de niento y cirugía ambulatoria, y del tratamiento de dolores crónicos.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
servicio de anestesiología a cargo de un médico anestesiólogo idóneo.	Pregunte si el responsable del servicio es médico anestesiólogo.	DM				
definida la cartera de procedimientos anestésicos que ofrece el servicio.	Pregunte por la cartera de servicios. Solicite documentos	Jefe de servicio				
instalaciones y el equipo de anestesia, cumplan con las normas internacionales de anestesia y monitores.	Pregunte por cumplimiento de normas internacionales de seguridad de las instalaciones, máquinas de anestesia y monitores.	Jefe de servicio				
servicio cuenta con procedimientos para la limpieza y esterilización del material de sala de recuperación anestésica.	Inspeccione que el servicio cuenta con local de limpieza y preparación de material y sala de recuperación.					
servicio cuenta con procedimientos de organización y control de normas técnicas, normativas, normas de bioseguridad para la administración de cuidados quirúrgicos y egreso de la sala de recuperación de anestesia.	Indague por la existencia del manual de organización, de funciones, de normas técnico-administrativas, de protocolos para la administración de cuidados quirúrgicos y egreso de la sala de recuperación. Solicite documentos.	Jefe de servicio				

ESTANDAR 29. SERVICIOS ANESTÉSICOS

La fisiología es el servicio responsable del bienestar y la seguridad del paciente durante la realización de un acto quirúrgico y/o examen diagnóstico, y de ofrecer condiciones óptimas al cirujano. También es responsable por la supervisión y ejecución de la preparación preanestésica, la recuperación postanestésica de pacientes en régimen de tratamiento y cirugía ambulatoria, y del tratamiento de dolores crónicos.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
médicos y enfermeras servicio son especialistas	Pregunte si los médicos y enfermeras del servicio son especialistas idóneos.	Jefe de servicio				
realizan actividades de capacitación y desarrollo humano.	Solicite al jefe del servicio, el programa de docencia. Solicite informes donde se constata la ejecución de actividades programadas.					
tiene una distribución de labores diaria al igual que los cubiertos en las 24 horas y una lista de estesiólogos organizados en turnos pesivos para cada día de la semana.	Solicite al jefe del servicio el rol de turnos del personal de quirófano.					
servicio genera informes de la producción del servicio.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.					
investigan los casos en los que se presentaron complicaciones.	Pregunte al jefe del servicio si se realiza investigación de los casos en los que se presentaron complicaciones. En caso afirmativo solicite un informe.					

ESTANDAR 31. TRABAJO SOCIAL

El servicio responsable de realizar investigación social al paciente y sus familiares para la solución de problemas sociales.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
			NIVEL 1			
El servicio está a cargo de un profesional idóneo con título universitario en Trabajo Social.	Pregunte si el responsable del servicio cuenta con el título de trabajadora social.	Jefe de RRHH				
El servicio dispone de una exclusiva equipada, con aislamiento acústico y visual.	Inspeccione que el servicio disponga de área exclusiva y con aislamiento acústico y visual.					
El servicio cuenta con manual de organización y funciones, normas técnicas administrativas y procedimientos.	Indague por existencia de los manuales de organización, funciones, de normas técnicas administrativas y de procedimientos. Solicite soportes.	Jefe de Servicio				
Cuenta con información de producción del servicio.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.					

ESTANDAR 33. LAVANDERÍA Y ROPERÍA.

icio que tiene como actividades principales recibir, lavar, planchar, reparar y entregar ropa a los diferentes servicios del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
icio cuenta con un jefe de cuenta administrativa.	Pregunte si el responsable del servicio cuenta con experiencia administrativa.	DM				
icio dispone de un área y equipo adecuado para realizar procesos de lavado y necesidades de los equipos según las necesidades del hospital.	Inspeccione el uso exclusivo del área para realizar procesos de lavado y los equipos adecuados según las necesidades del hospital.					
definidos los circuitos de ropa sucia y la ropa limpia (barrera sanitaria).	Pregunte si están los procedimientos y rutas para cumplir con la barrera sanitaria.	Jefe del Servicio.				
a con un circuito para el tratamiento de ropa contaminada.	Pregunte si el servicio cuenta con el circuito para tratamiento de ropa contaminada. Verifique su existencia y si cumple con las exigencias de este tipo de circuito.	Jefe del Servicio.				

ESTANDAR 33. LAVANDERÍA Y ROPERÍA.

¿Qué tiene como actividades principales recibir, lavar, planchar, reparar y entregar ropa a los diferentes servicios del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
¿Cómo cuenta con manual de organización y funciones, de técnico administrativo, y manuales de seguridad y manuales de procedimientos.	Indague la existencia de los manuales de organización, de funciones, de normas técnicas administrativas y de normas de bioseguridad. Solicite documentos.	Jefe del Servicio				
¿Cómo capacitan al personal del servicio.	Pregunte al jefe del servicio cuenta con un programa de docencia. En caso afirmativo solicite el documento y los informes donde se constata la ejecución de actividades programadas.					
¿Cómo aplican las normas de bioseguridad.	Pregunte al jefe del servicio si cuenta con normas de bioseguridad. En caso afirmativo solicite el documento y los informes donde se verifica el cumplimiento de las normas.					
¿Cómo genera información sobre el servicio.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.					

ESTANDAR 32. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y EQUIPO.

¿Cómo se garantiza el cumplimiento de la esterilización, preparación, guarda y distribución de equipo y material médico quirúrgico, necesarios para el tratamiento de los pacientes?

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL I						
Personal capacitado en la esterilización y experiencia.	Pregunte si el jefe del servicio cuenta con el título de enfermera, si ha recibido capacitación en técnicas de esterilización y posee experiencia administrativa.	DM				
Disponibilidad de un espacio exclusivo para realizar procesos de esterilización, con áreas diferenciadas para el equipo y material no estéril y entrega de equipo y vestidores para el personal. Identifique señalización referente a acceso restringido.	Inspeccione el uso exclusivo del área para realizar procesos de esterilización, si cuenta con áreas diferenciadas para el equipo y material no estéril y entrega de equipo y vestidores para el personal. Identifique señalización referente a acceso restringido.					
Personal capacitado en la esterilización y experiencia.	Pregunte al jefe del Servicio si se realizan controles biológicos, físicos y químicos del material esterilizado. Solicite el documento donde están las normas y procedimientos para realizar los controles.	Jefe del Servicio.				

ESTANDAR 32. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y EQUIPO.

io tienen como propósito garantizar la esterilización, preparación, guarda y distribución de equipo y material médico quirúrgico, necesarios par
tratamiento de los pacientes.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
o cuenta con ventilación quipada con filtros de alta	Inspeccione que el servicio tenga ventilación mecánica y pregunte si ésta contiene filtros de alta eficiencia.					
nal del servicio está en las actividades de la esterilización de ateriales.	Pregunte al jefe del servicio si el personal está capacitado en las actividades específicas de esterilización. Pregunte al personal si se le ha capacitado. Solicite informes sobre capacitaciones realizadas.					
iera informes sobre	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.					
control de calidad de los	Pregunte al jefe del servicio si cuenta con normas para realizar el control de calidad. Solicite la norma. Solicite informes donde se verifica el cumplimiento de la norma sobre control de calidad. Pregunte por implementación de acciones correctivas.					

ESTANDAR 34. ASEO Y ORNATO.

El personal que tiene la responsabilidad de organizar y cumplir un programa de limpieza en todo el hospital, a fin de que se mantenga un alto nivel de aseo e higiene en todas sus áreas.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
			NIVEL 1			
El jefe de servicio tiene un jefe con experiencia administrativa.	Pregunte si el responsable del servicio cuenta con experiencia administrativa.	Jefe del servicio.				
El jefe de servicio participa en los comités de Bioseguridad e Infecciones Nosocomiales.	Pregunte si el jefe del servicio participa en los comités de bioseguridad e infecciones.	Jefe del servicio.				
El jefe de servicio cuenta con manual de organización y funciones, técnicas y normas de seguridad y manuales de procedimientos.	Indague la existencia de manuales de organización, de funciones, de normas técnicas administrativas y de normas de bioseguridad y manuales de procedimientos. Solicite soportes.	Jefe del servicio.				
El jefe de servicio conoce las normas específicas de aseo de áreas y servicios especializados (sala de partos, central de esterilización y equipos, etc).	Indague la existencia de normas específicas para procedimientos de aseo de áreas y equipos, en áreas de partos, urgencias, central de esterilización y equipos.	Jefe del servicio.				
El jefe de servicio conoce las normas para el manejo de desechos hospitalarios y peligrosos (normas de tratamiento específico de desechos hospitalarios y verifique que el personal de aseo aplique la norma).	Solicite la norma para el manejo de desechos hospitalarios y verifique que el personal de aseo aplique la norma.	Jefe del servicio.				

ESTÁNDAR 34. ASEO Y ORNATO.

El personal que tiene la responsabilidad de organizar y cumplir un programa de limpieza en todo el hospital, a fin de que se mantenga un alto nivel de aseo e higiene en todas sus áreas.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
El personal que trabaja en el área conoce y aplica las técnicas y el equipo de limpieza y utiliza el equipo de protección durante la ejecución del trabajo (uniforme, delantal, guantes de protección, botas, entre otros).	Pregunte al personal de aseo si conoce las normas de bioseguridad y del servicio. Inspeccione si el personal utiliza el equipo de protección.	Jefe del servicio.				
El personal realiza actividades de docencia.	Pregunte al jefe del servicio si cuenta con un programa de docencia. En caso afirmativo solicite el documento y los informes donde se constata la ejecución de actividades programadas.	Jefe del servicio.				
El personal es sometido a exámenes médicos periódicos según la norma del programa de Medicina Laboral.	Indague si el personal cuenta con exámenes médicos, según norma del programa de Medicina Laboral. Solicite indicadores al respecto.	Jefe del servicio.				
El personal cuenta con duchas y armarios.	Inspeccione si el personal dispone de duchas y armarios.					

ESTANDAR 35. SERVICIOS DE MANTENIMIENTO.

responsable del mantenimiento preventivo y correctivo de los edificios, equipos y las instalaciones de plomería, electricidad, gas, calor, iluminación para el correcto mamiento del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
El servicio de mantenimiento está bajo la responsabilidad de un bachiller industrial con cursos técnicos en refrigeración y/o electromecánica y/o electricidad.	Pregunte si el responsable del servicio cuenta con el título de bachiller y con cursos técnicos específicos (refrigeración y/o electromecánica y/o electricidad).	Jefe de RRHH.				
El servicio cuenta con manual de organización y funciones, normas técnicas, administrativas, normas de seguridad y procedimientos.	Indague la existencia de los manuales de organización, de funciones, de normas técnicas, administrativas y de normas de seguridad y manuales de procedimientos. Solicite soportes.	Jefe del servicio				
El servicio dispone de un inventario de las edificaciones y equipos.	Pregunte al jefe del servicio si tiene un inventario actualizado de edificios y equipos. En caso afirmativo verifique la existencia del inventario.					
Tiene a la mano una copia de los manuales de los equipos fijos del hospital.	Solicita al jefe del servicio copia de los manuales de los equipos fijos.					
Se realizan actividades de capacitación y/o actividades programadas.	Pregunte al jefe del servicio si tiene un programa de docencia. En caso afirmativo, solicite el documento y los informes de ejecución de las actividades programadas.					
Cuenta con un almacén de piezas.	Inspeccione si cuenta con almacén de piezas.					
Se genera información de producción.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.					

ESTANDAR 35. SERVICIOS DE MANTENIMIENTO.					
responsable del mantenimiento preventivo y correctivo de los edificios, equipos y las instalaciones de plomería, electricidad, gas, calor, iluminación para el correcto funcionamiento del hospital.					
COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%	
35.a SISTEMA ELÉCTRICO.					
na que distribuye la electricidad a los diversos circuitos y salidas eléctricas con un alto grado de confiabilidad y eficiencia de manera tal que se garantice el continuo mantenimiento de los equipos y sistemas y por ende la prestación de los servicios asistenciales.					
NIVEL 1					
El hospital tendrá un sistema eléctrico de alimentación normal y de emergencia, acoplado a una planta eléctrica que suministre energía como mínimo al laboratorio clínico, quirófanos y de emergencia. Pregunte al personal de anestésica, salas de parto y urgencias en los casos de emergencia. Pregunte al personal de mantenimiento si las entradas y salidas del hospital son cubiertas por esta planta. Solicite los planos eléctricos y pregunte si están actualizados. Indague por el mecanismo para mantener los planos eléctricos actualizados.	Inspeccione si el hospital cuenta con sistema eléctrico de alimentación normal y de emergencia. Identifique si está acoplado a una planta eléctrica auxiliar. Pregunte si el sistema suministra energía al laboratorio clínico, quirófanos y recuperación de emergencia. Pregunte al personal de anestésica, salas de parto y urgencias en los casos de emergencia. Pregunte al personal de mantenimiento si las entradas y salidas del hospital son cubiertas por esta planta. Solicite los planos eléctricos y pregunte si están actualizados. Indague por el mecanismo para mantener los planos eléctricos actualizados.				
35.b CONTROL DE AGUAS SERVIDAS.					
sistema para eliminar todos los desperdicios líquidos o aguas servidas del hospital hacia la red de alcantarillado público o hasta el tratamiento final con que cuente la acción, previo control, eliminación, pre-tratamiento o dilución de aquellas sustancias peligrosas y nocivas provenientes de áreas como cocina, lavandería, laboratorios, ras y otros, hasta niveles aceptables antes de su descarga final donde corresponde.					
NIVEL 1					
El hospital cuenta con un medio de acción de aguas servidas diseñado y de acuerdo a las normas sanitarias es.	Pregunte si el hospital cuenta con un medio de acción de aguas servidas diseñado y eliminación de aguas servidas. Indague sobre el cumplimiento de normas sanitarias, referentes a eliminación de aguas servidas.				
Existen normas para el mantenimiento de eliminación de excretas y aguas servidas y un programa para el mantenimiento de estas instalaciones.	Indague la existencia de normas para el mantenimiento del sistema de excretas y aguas servidas. Evalúe los mecanismos establecidos para realizar mantenimiento del sistema de eliminación de excretas y aguas servidas.				

ESTANDAR 35. SERVICIOS DE MANTENIMIENTO.

responsable del mantenimiento preventivo y correctivo de los edificios, equipos y las instalaciones de plomería, electricidad, gas, calor, iluminación para el correcto mantenimiento del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
35.c AGUA POTABLE						
sistema por medio del cual se asegura el abastecimiento de agua potable en cantidad y calidad de manera continua a todas las áreas del hospital.						
NIVEL 1						
1 hospital dispone de servicio de agua potable de acuerdo a norma sanitaria, según norma sanitaria, durante las 24 horas del día.	Indague si el hospital cuenta con agua potable, según norma sanitaria, durante las 24 horas del día.					
1 agua suministrada por un sistema de potable distinto al sistema público, es dada a evaluación de su calidad ícamente.	Solicite al jefe de mantenimiento informes sobre la calidad del agua. Solicite la norma de evaluación y verifique su cumplimiento.					
El hospital cuenta con un tanque de agua con un volumen tal que cubra las necesidades durante 24 horas. Verifique la dotación de agua por 24 horas.	Pregunte por la cantidad de agua requerida para cubrir las necesidades durante 24 horas. Verifique si la capacidad del tanque de reserva las cumple.					
Existe y se aplica la norma para el mantenimiento preventivo del tanque de agua.	Solicite al jefe de mantenimiento la norma para el mantenimiento preventivo del tanque de reserva de agua. Solicite documentos que comprueban la aplicación actualizada de la norma.					

ESTANDAR 35. SERVICIOS DE MANTENIMIENTO.

responsable del mantenimiento preventivo y correctivo de los edificios, equipos y las instalaciones de plomería, electricidad, gas, calor, iluminación para el correcto mantenimiento del hospital.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
35. d SISTEMA DE VAPOR Y CONDENSADO (CALDERAS)						
sistema que asegura la generación, producción, suministro y conducción del agua caliente que se utiliza en todo el hospital, al igual que del vapor para la cocina, enfermería y central de esterilización.						
NIVEL 1						
La caldera cuenta con personal técnico capacitado para su manejo y con expediente expedida por la autoridad competente.	Pregunte si los responsables de operar la caldera cuentan con capacitación específica y licencia expedida por autoridad competente.					
Existe un manual de normas y procedimientos para la operación de la caldera.	Indague la existencia del manual de normas y procedimientos para la operación de la caldera. Solicite soportes.					
El servicio dispone y ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las calderas.	Solicite el programa anual de mantenimiento preventivo de las calderas. Solicite documentos que comprueben el cumplimiento de la norma.					
Las calderas son inspeccionadas periódicamente por parte de la Oficina de Seguridad del Cuerpo de Bomberos de Panamá.	Pregunte si las calderas son inspeccionadas periódicamente por parte de la oficina de seguridad del cuerpo de bomberos de Panamá. Pregunte por fecha de última vista.					

ESTANDAR 36. SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPO MEDICO (BIOMÉDICA)

Objetivo del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos, garantizando su correcto funcionamiento, con seguridad para los pacientes y usuarios.

COMPONENTES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		PROBLEMA ENCONTRADO	RECOMENDACIÓN PARA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR.
			No Cumple	Cumple 100%		
NIVEL 1						
El responsable del servicio es un técnico con el título técnico en electromedicina y con conocimientos de administración.	Pregunte si el responsable del servicio cuenta con el título técnico en electromedicina y con conocimientos de administración.	Jefe de Biomédica.				
El servicio cuenta con manuales de organización y funciones, de normas técnicas administrativas, de procedimientos de seguridad y de manuales de mantenimiento. Solicite documentos.	Indague la existencia de los manuales de organización, de funciones, de normas técnicas administrativas y de normas de seguridad y de procedimientos. Solicite documentos.	Jefe de Biomédica.				
El servicio cuenta con un área equipada y herramientas necesarias.	Inspeccione si cuenta con área exclusiva y equipada adecuadamente.					
El servicio realiza actividades de mantenimiento al recurso humano.	Pregunte al jefe del servicio si tiene un programa de docencia. En caso afirmativo, solicite el documento y los informes de ejecución de las actividades programadas.	Jefe de Biomédica.				
El servicio cuenta con los procedimientos de mantenimiento de los equipos que contienen los procedimientos de mantenimiento. Solicite documentos.	Indague si los manuales de los equipos contienen los procedimientos de mantenimiento. Solicite documentos.	Jefe de Biomédica.				
El servicio genera información sobre la calidad de los trabajos realizados.	Solicite al jefe del servicio los indicadores de producción del último trimestre. Indague por los mecanismos para controlar la calidad de los trabajos realizados. En caso de no existir informes, pregunte por qué no cuentan con ellos.	Jefe de Biomédica.				

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

ANÓNIMO. 1994. Comprehensive Manual for the Accreditation of Hospitals. The joint commission for the accreditation of healthcare organizations. THE JOINT COMMISSION. Oakbrook Terrace, Illinois, USA.

ANÓNIMO. 1998. El movimiento de calidad en el campo de la salud. The John Hopkins University School of Public Health. Baltimore, Maryland USA. Volumen XXVI, Número 3 Noviembre de 1998. Serie J, Número 47. http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj47/j47chap2.shtml#2_1, consultada 26 de marzo 2004

ANÓNIMO. 1999. Modelo EFQM de excelencia. TQM ASESORES. Madrid, España. <http://www.tqm.es/TQM/ModEur/ModeloEurope.htm>, consultada 13 de junio 2004

ANÓNIMO. 2000. Políticas y Estrategias de Salud. 2000-2004. Ministerio de Salud de Panamá. MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ. Panamá.

ANÓNIMO. 2001. Breve presentación del modelo EFQM de excelencia. <http://centros3.pntc.mec.es/cp.reyes.catolicos5/webefqm/modelo.htm>, consultada 13 de junio 2004.

ANÓNIMO. 2001. ¿Qué es calidad? Evolución del concepto de calidad. Institut Balear de Desenvolupament Industrial.departament de qualitat / articles <http://idi.es>, consultada 3 de junio 2001.

ANÓNIMO. 2001. Evolución histórica del concepto de calidad. Instituto Aragonés de Fomento. Zaragoza, España: <http://www.iaf.es/publicaciones/articulo/cap2.htm>, consultada 3 de junio 2001.

ANÓNIMO. 2003. Manual de Normas y Procedimientos del proceso de acreditación de hospitales. MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ. Panamá. 34 págs.

ANÓNIMO. 2004. Modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Dirección General de formación, Inspección y Calidad Sanitarias. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. http://e2salud.juntaextramadura.net/dgfics/calidad_acreditacion/modelos_de_calidad_de_centros.pdf , consultada 21 de julio 2005.

ARANAZ, A. 1998. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de Elche. <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>, consultada 7 de julio 2003.

ARMAS MERINO, R. 1999. Acreditación de centros asistenciales. BOLETÍN DE LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA. N° XXXVI. <http://www.uchile.cl/instituto/medicina/boletin/boletin36/conf7.html>, consultada 7 de julio 2003.

CARBONI, R. 2004. Principales orientaciones de algunos modelos de acreditación que hoy se usan en el mundo. CENTRO DE ESTUDIOS DE LA REALIDAD EN SALUD CREADO POR INTEGRAMÉDICA. Chile. 36 págs. <http://www.postgradosingenieriayeconomia.cl/articulosinteres/estudioacreditacion.pdf>, consultada 21 de julio 2005.

DUEÑAS ARAQUE, O. A. 2003. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud. INSTITUTO PANAMERICANO DE GESTIÓN DE LA SALUD. Revista virtual. Gerencia Salud. <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>, consultada 26 marzo 2004.

ESCALA, M. 1992. Antología: Curso para personal de salud sobre Metodología de la Investigación. CAJA DE SEGURO SOCIAL DE PANAMÁ. Panamá, 116 págs.

FÁBREGA, A. 1995. III Conferencia Latinoamericana y del Caribe sobre Acreditación de Hospitales. Ministerio de Salud. República de Panamá. 14 págs.

FRANKLIN FINCOWSKY, E. B. 2001. Auditoría Administrativa. MCGRAW HILL INTERAMERICANA, S.A. México.

LEONARD, D. G., NOLAN T. y PFEIFFER W.J. 1998. Planeación Estratégica Aplicada. MCGRAW HILL INTERAMERICANA, S.A. Colombia.

MALAGÓN-LONDOÑO, G; MORERA GALÁN R y PONTÓN LAVERDE G. 1996. Administración Hospitalaria. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. Bogotá, Colombia. 569 págs.

MALAGÓN-LONDOÑO, G; MORERA GALÁN R y PONTÓN LAVERDE G. 2001. Garantía de Calidad en Salud. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. Bogotá, Colombia. 594 págs.

MARRACINO, C. J. Programa de acreditación de establecimientos hospitalarios en Argentina. Salud Pública de México. 35 (3) 259-267.

MAS M^a. P, TORRE, I y LACASA, C. Gestión de la calidad. http://SEFH.INTERGUIAS.COM/LIBROS/TOMO1/Tomo1_Cap1-4.pdf, consultada 21 de julio 2005.

NORONHA, J.C. 2005. Acreditación Internacional: una herramienta para mejorar la calidad y seguridad de los cuidados a la salud. XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PUBLICA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. CUERNAVACA, MARZO, 2005. Consórcio Brasileiro de Acreditação. <http://www.insp.mx/2005/xicongreso/ponencias/Ponencias-Aulas2-3/VIERNES/NORONHA%20JC%20MR-21%20Acreditaci%F3n%Internacional20M%E9xico%204MAR.ppt> consultada 21 de julio 2005.

PAGANINI, J y de MORAES NOVAES H. 1992. La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Washington, Estados Unidos de América. 190 págs.

PINEDA, E.B. et al. 1994. Metodología de la Investigación. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Washington D.C. E.U.A. 225 págs.

ROONEYA, y OSTENBERG, P. Licenciatura, acreditación y certificación: enfoque para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. Proyecto de Garantía de Calidad. Bethesda. Estados Unidos. <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/AccredSpanish.pdf>, consultada 28 de julio 2005.

SANDOVAL, M. Calidad y desarrollo organizacional a través de la certificación ISO 9000. <http://gestiopolis.com/recursos/documentos/archivodocs/degerencia/caliso.zip>, consultada 13 de junio 2004.

SILIMPERI, D. 1999. Acreditación Especializada. Noticias del Proyecto de Garantía de Calidad. Center for Human Services. Wisconsin, Estados Unidos. Volumen 8 Número 2. Otoño 1999.

VECINA NETO, G. 1990. Manual de Organización y procedimientos hospitalarios. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Washington, Estados Unidos de América. 636 págs.

VELARDE, A., et al. 2003. Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales para la República de Panamá. MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ. Panamá. 78 págs.