

## **Simposio: Garantía de la Calidad Acreditación de Hospitales**

DRA. NYDYA GUARDIA AGUIRRE  
*Directora Ejecutiva de Servicios de Salud. Ministerio de Salud*

---

### **MINISTERIO DE SALUD**

En el marco de la reforma, los lineamientos de Política de Salud actuales, señalan como retos para el quinquenio: incrementar progresivamente la equidad en la provisión de servicios de salud, la eficacia en el uso de los recursos, la productividad y una mejora sustancial en la calidad de atención, considerando al usuario como centro de las actividades del sector, con acceso a la información y ejercicio de sus derechos.

En respuesta a tales retos el Ministerio de Salud viene implementando un conjunto de estrategias, entre las cuales se hace indispensable la definición e implementación de un programa de Garantía de Calidad, lo cual significa procesos y esfuerzos participativos, es decir que involucre a todas las categorías del personal de salud en todos los niveles así como de un permanente perfeccionamiento de los procedimientos establecidos para la gestión de la calidad.

Para lograr los beneficios que se derivan de un Programa de Garantía de Calidad, éste debe responder también a los aspectos humanos, esencialmente éticos, implícitos en la prestación de un servicio.

Asimismo la reestructuración del sector, considera la formación de redes con servicios de salud, debidamente acreditados y categorizados, con una mejor capacidad de resolución, nuevos mecanismos de asignación de recursos y una administración que permita la participación social en la salud.

En el contexto actual, en el que se desenvuelven los establecimientos de salud, caracterizados por un desigual desarrollo tecnológico, costos elevados, incertidumbre sobre la efectividad o costo beneficio del servicio recibido, es imprescindible **GARANTIZAR AL USUARIO** que las atenciones que reciben son seguras y efectivas.

Para garantizar la calidad de los servicios de salud, se han venido desarrollando diversas metodologías y procedimientos entre los cuales podemos citar a la Auditoría Médica, Conversatorios anatómo- patológicos, Comités de infección intrahospitalaria, Comités de Mortalidad, Habilitación y Acreditación de Hospitales entre otros. El mejoramiento de la calidad, suele evitar sufrimientos innecesarios, secuelas discapacitantes y altos costos en la atención de salud.

En el país como una de las estrategias para mejorar la calidad de atención, se viene trabajando la acreditación, la cual se constituye en instrumento muy importante para el logro de los objetivos planteados.

### **MARCO CONCEPTUAL**

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

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

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

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

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

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

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

Los estándares e indicadores identificados para la acreditación, deben considerar: la verificación de los datos más representativos de la calidad existente, sin que esto signifique una búsqueda documentaria exhaustiva; la constatación de ciertos eventos e información que permitan suponer condiciones se

calidad. Los estándares deben procurar evaluar aspectos de estructura proceso y resultados, así como proveer distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

Otros países de experiencia en el tema son Australia y España (Cataluña).

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

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

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

El proceso de acreditación en el Perú, se viene desarrollando desde el año 1993. En él se dieron las siguientes etapas:

### ETAPA POLITICA

Concordante con los Lineamientos de Políticas y con la voluntad de ejercer su responsabilidad de coordinar los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas del Sector Salud, La Alta Dirección del Ministerio de Salud, en junio de 1993 conforma una Comisión Interinstitucional, integrada por representantes de las diferentes instituciones que componen el Sector, así como del Colegio Médico, y de la Asociación Peruana de Hospitales, con la finalidad que formulen una Propuesta Base para el desarrollo de la Acreditación de Hospitales y su institucionalización a nivel nacional.

### ETAPA TECNICA

La Comisión, durante este periodo, y con la asesoría de numerosos profesionales, analizó en forma particular la situación de los establecimientos hospitalarios del país tanto públicos como privados, teniendo en cuenta: características, niveles de complejidad, organización, grado de desarrollo, etc.

El análisis realizado sirvió de base para definir no sólo los niveles de acreditación, sino también los estándares e indicadores para cada uno de los componentes a ser evaluados.

### INSTRUMENTACION

Para implantar la Acreditación en el país, se cuenta en la actualidad con un conjunto de instrumentos tales como: «el Manual de Acreditación», el cual contempla estándares para evaluar los componentes de: Administración, Recursos Humanos, Normación, Resultados, Planta Física, Equipamiento, e instalaciones en 28 servicios del hospital.

La «Guía para la aplicación del Manual», en la cual se detalla el procedimiento para la calificación de los estándares que finalmente determina la acreditación o no del establecimiento.

El Software, programa creado para ingresar, procesar y analizar la información obtenida en la acreditación del establecimiento.

Los instrumentos antes mencionados han sido elaborados tanto por la comisión interinstitucional como por Consultores Nacionales y diversos profesionales calificados en el tema.

La implantación de la Acreditación de Hospitales en el país, contribuirá no sólo al mejoramiento continuo de la calidad de atención que se brinda en los establecimientos hospitalarios, sino que se convierte en el punto de inicio para implementar un programa de Garantía de calidad.

## Garantía de la Calidad Protocolos Técnicos de Tratamiento

DRA. XIMENA FERNANDEZ ZAPATA  
*Gerente Central de Producción de Servicios de Salud del IPSS*

---

La presentación de las enfermedades en el mundo ha tenido un curso evolutivo en el tiempo, que ha permitido determinar constantes y variables, relacionadas a las causas de su aparición y características entre otros.

Toda esta información sistematizada por la ciencia médica se ha transformado en uno de los instrumentos fundamentales para el control y erradicación de estos males.

### EL PROTOCOLO TÉCNICO DE TRATAMIENTO

Asimismo, este cuerpo de conocimientos no sólo ha permitido un nivel organizado y articulado de intervenciones con la finalidad de controlar la enfermedad en salud individual, sino en el manejo de la Salud Pública, y la administración de servicios.

La moderna terapéutica asienta su base sobre estos instrumentos que configuran la práctica de una serie de procedimientos cuya finalidad es acortar la evolución natural de la enfermedad y evitar un mayor grado de deterioro de las lesiones temporales o permanentes que por su causa se producen.

#### Aspectos de Calidad de la Atención:

Este instrumento ha logrado la posibilidad de garantizar que la atención recibida sea la correspondiente al punto de predecir y reproducir los fenómenos: Repetición del proceso y su constante evaluación así como la posibilidad de la incorporación de una nueva tecnología.

Por otro lado visualiza el pronóstico en la evolución de la enfermedad individual hasta su probable erradicación colectiva.

*Asimismo su utilización salvaguarda aspectos éticos y técnicos en el manejo de las patologías*

De esta manera el planeamiento y control de la intervención médica estará garantizada, ya que se comporta como un **PARAMETRO**, que homogeniza el manejo de la enfermedad y contra el cual se contrastaran las diferencias y sus consecuencias.

#### Aspectos Económicos:

Este sistema de procedimientos, además de determinar una constante que es efectiva para salvar vidas y reducir o evitar las discapacidades que se producen así como la pérdida de la productividad que la enfermedad genera, permite relacionar la aten-

ción y las necesidades de recursos para su manejo, es decir: la asignación por patologías.

Esta comparación puede ser traducida a cifras económicas relacionadas a la **calidad del gasto en relación al costo beneficio del tratamiento**, siendo apoyo para la gestión en la asignación de recursos, tanto para las intervenciones individuales, como colectivas.

Por ejemplo: Si conocemos las causas que producen una disentería, y las medidas para su control y tratamiento podemos asociar datos de Sinistralidad (probabilidad de determinado grupo de riesgo de ser afectado por la enfermedad con cierta frecuencia), y realizar el cálculo de la inversión de los recursos para el manejo de dicha patología en cada una de sus fases de manera individual y colectiva.

Todo protocolo debe garantizar EFECTIVIDAD Y EFICACIA EN LA PRESTACION, CALIDAD EN EL MANEJO TÉCNICO, CALIDAD DE PERCEPCION POR EL BENEFICIARIO CON LA CLARA MANIFESTACION DE LA MEJORA DESDE UNA SITUACIÓN INICIAL: A- O SUB- NORMAL.

#### Atributos:

Estos protocolos para obtener los resultados deben, incorporar los criterios de:

- Adecuación
- Integralidad
- Oportunidad del diagnóstico y tratamiento
- Suficiencia de los recursos necesarios incluido el tiempo.

Para algunos proveedores de servicios con responsabilidad de brindar atención a gran número de beneficiarios, la importancia de este tipo de instrumentos es fundamental ya que apoya la adecuada planificación y control en la asignación de los recursos.

#### Utilidad:

Estandarización de procesos (Plan de Atención).

- Asignación de insumos y recursos por patología en función de una demanda conocida.
- Registro de costos de proceso por daño.
- Determinación de curvas de consumo promedio por patología y por paciente.
- Evaluación del adecuado manejo de los daños.

## ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO:

### Título

- Debe especificar el nombre de la patología, problema (síndrome), procedimiento o atención.
- Debe especificar el grupo poblacional objetivo si fuese necesario.
- Debe definir la atención en aguda y crónica, según severidad de la patología.

### Código:

Consignar el código de cuatro dígitos sólo si es aplicable, ya que existen numerosos procedimientos que por no constituir una patología no están descritos adecuadamente.

### Definición de Protocolo Técnico de Tratamiento

- Es toda aquella terapia que mejora los aspectos físicos y psicológicos asociados a la enfermedad. La rehabilitación o la terapia de apoyo emocional pueden considerarse coadyuvantes a la terapia específica, según el paciente.

### Criterios Clínicos y de Servicios :

- Estos criterios son establecidos de acuerdo a la enfermedad, al paciente y a la capacidad de resolución del centro asistencial; buscando siempre que el paciente sea atendido en el nivel de menor complejidad posible, en forma más oportuna y adecuada, sin congestionar excesivamente los servicios.

En este punto se pretende definir sucintamente primero la patología, o procedimiento en que se aplicará el protocolo; segundo la población objetivo de homogenizarla en lo posible. **Debe tenerse presente que puede formularse más de un protocolo para una misma enfermedad, según la severidad, sexo, edad del paciente, estadio agudo/crónico.**

El número de protocolos variará de acuerdo a la identificación de las variables más importantes y su distribución en la población afectada. Se recomienda incidir sobre las variables que aglutinan al mayor número de pacientes, que inciden substancialmente en el manejo / decisión terapéutica, o que son susceptibles de modificar con el tratamiento.

**Por ejemplo,** el manejo de la hipertensión arterial (HTA) esencial es diferente de la HTA secundaria que justifica 2 protocolos diferentes, así como un protocolo diferente según la severidad de la enfermedad.

### Objetivo:

Los objetivos del protocolo están en relación a: garantizar la efectividad de las intervenciones y disminuir los riesgos y los costos de la atención de salud.

La efectividad entendida como ganancia en la cantidad de salud y calidad de vida (funcionalidad); oportunidad de la atención y provisión en el lugar (nivel de complejidad) adecuado.

No se intenta eliminar todos los riesgos pero si los más frecuentes, objetivables o con mayor repercusión sobre la expectativa y calidad de vida de los pacientes.

El tercer objetivo está en relación a la eficiencia del servicio de salud; es decir garantizar la efectividad, con menor riesgo y al menor costo posible.

### Nivel de Atención:

Se especifica el nivel o perfil del servicio en el que se atiende o resuelve el problema. Asimismo define los criterios para determinar el tipo de atención en: ambulatoria, hospitalización, emergencia, UCI, atención domiciliaria, etc.

Cuando sea necesario debe determinar también al personal responsable de la atención, por ejemplo: enfermera, médico general, internista, especialista, etc.

### Criterios Diagnósticos:

Se incluyen sólo aquellos datos de la anamnesis, síntomas, signos y parámetros bioquímicos o de radiodiagnóstico en forma fehaciente. Los factores de riesgo son parte importante del diagnóstico y manejo por lo que se considerará aquellos de demostrada evidencia del grado de asociación y se incidirá en los que sean susceptibles de modificar.

A fin de facilitar la toma de decisión se tratará de cuantificar el peso relativo de cada uno de los criterios (parámetros) en la determinación del diagnóstico. Esto básicamente porque disminuye la subjetividad del observador en lo que respecta la obtención de síntomas, signos y análisis de resultados de exámenes bioquímicos o de radiodiagnóstico.

Los signos y síntomas generales o comunes a varias enfermedades no se consideran parámetros importantes en forma aislada, y su valoración es menor en la determinación del diagnóstico; salvo que el diagnóstico sea eminentemente clínico.

### Manejo:

El manejo incluye además de la terapia una serie de decisiones secuenciales que inciden sobre ella. la primera por ejemplo es la búsqueda de información adicional sobre el paciente (enfermedades concomitantes) o sobre la patología (estadaje o grado de severidad).

### Procedimientos Auxiliares:

Incluye todos aquellos procedimientos o exámenes auxiliares que:

- Confirman el diagnóstico clínico, por exclusión de diagnósticos diferenciales.
- Identifican problemas o patologías concomitantes.
- Definen el estado o severidad de la enfermedad.
- Definen el estado basal o condición del paciente que se va a someter a determinadas intervenciones: riesgo quirúrgico, evaluación psicológica, etc.
- Identifican problemas de salud de los pacientes que ponen en riesgo.

- Identifican problemas de salud de los pacientes que ponen en riesgo la integridad del personal de salud.

Las Indicaciones para los procedimientos auxiliares deben ser claramente definidas y no asumidas como rutinas.

#### Medidas Generales:

- Incluyen todos aquellos aspectos de educación sobre cambios de estilo de vida, o cuidados a cargo del paciente o sus familiares.
- Son importantes de resaltar aquellos que inciden sobre la salud, la respuesta al tratamiento, la progresión de la enfermedad y el pronóstico del paciente.

#### Terapia Específica:

Se refiere a aquella intervención o tratamiento capaz de resolver el problema en la mayoría de los casos, o en forma independiente de otras atenciones

Cuando se requiera intervenir quirúrgicamente, las indicaciones para la cirugía deben ser claramente definidas.

En algunos casos estas indicaciones podrán incluso convertirse en criterios de inclusión para una determinada forma de tratamiento, por ejemplo: criterios de inclusión en programa de hemodiálisis, trasplante, etc.

En todos los casos de tratamiento, especialmente farmacológico, se recomienda establecer una alternativa a ser usada en caso de reacciones adversas, falta de efectividad, etc.

- Debe tratarse en lo posible de determinar el mínimo imprescindible de la incapacidad temporal, asumiendo que el paciente permanecerá en reposo mientras dure el tratamiento además del tiempo necesario para su recuperación.
- Debe definirse cada cuanto tiempo debe realizarse la evaluación médica.

#### Costos:

- Este se construye en base a la estructura de servicios e insumos que deberán ser estimados, se espera que esta información se genere progresivamente, con costos "reales" de los servicios propios.
- Sin embargo inicialmente se puede utilizar la información del mercado que representaría el costo de oportunidad de la producción en el servicio propio .
- Se preferirá la confección de tablas para toda aquella información importante para la elaboración del costo de

tratamiento , por ejemplo: Tablas de dosis de medicamentos, y alternativa de fármacos, Clasificación de la severidad de la enfermedad, etc.

- Se deberán hacer explícitos los costos (o gastos) y fuentes de información de los siguientes costos:

1. Consulta externa.
2. Procedimientos auxiliares de diagnóstico (Laboratorio, Rayos X, etc.).
3. Tiempo de hospitalización promedio (cuando sea aplicable)
4. Tiempo operatorio o de uso de sala de operaciones (cuando sea aplicable).
5. Procedimientos auxiliares utilizados en el control y seguimiento del paciente, por ejemplo: control de la glicemia en forma periódica.
6. Costos de medicamentos, tratamiento total por episodio o por año.
7. Subsidios cuando sea aplicable o según disponibilidad de información.

Los protocolos se han implementado en algunos establecimientos y forman parte de los requisitos para acreditar la calidad de los servicios de salud, en algunas instituciones del país se considera no sólo una necesidad ética, sino el mejor instrumento de gestión para el manejo equitativo en la asignación de los recursos para el logro de los objetivos de las instituciones proveedoras de salud.

El IPSS en el Perú cuenta con 38 protocolos de las patologías de mayor prevalencia por nivel de complejidad en el área recuperativa y 19 protocolos en el área de los Programas Preventivos Promocionales como parte de sus estrategias de mejoramiento de calidad y competitividad institucional.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. **Wookf Steven, MD.MPH.** (1990). Practice Guidelines: A New reality in Medicine. Arch Inter Ncd - Voil 150: 1811 - 18.
2. **Chassin N, Brook R, Park R, et al.** Variations in the use of medical and surgical Services by the medicare Population N. Engl J. Med. 1986, 314: 285-290.
3. **Andersen, Tavs and Mooney Gavi:** (1990). The Challenges of Medical Practice Variations. London, Mac Millan Press.
4. **Eddy D.M.** Designing a practice policy: Standard, guidelines, and options. JAMA 1990 June 13, V 263: 3077.
5. **Guía Metodológica para el Desarrollo de Protocolos de Atención.** 1994. Dirección Nacional de Salud. Unidad de Protocolos.

## Garantía de la Calidad Auditoría de la Calidad

DRA. ALISON P. FRATER

*Assistent Director of Public Health, West Hertfordshire Health Authority, UK.*

---

La Auditoría se considera como:

- Una evaluación sistemática de la práctica diaria dentro de todo la estructura de la organización.

El desarrollo de auditorías médicas requiere de:

- Fondos disponibles para cada hospital para los servicios primarios administrados por las autoridades de salud.

Existe un centro de información y expertos que tiene un sistema de base de datos organizado por el British Medical Association and The Royal College of Nurses.

Las autoridades se desarrollan con programas muy claros, poniéndose mucho énfasis en el cuidado clínico del paciente.

La selección de tópicos que consideran las auditorías incluyen:

- a) Condiciones comunes y corrientes.
- b) Condiciones de alto riesgo.
- c) Condiciones de alto costo.
- d) Medidas importantes por pacientes.
- e) Evidencias investigativas.
- f) Enfocar el bienestar del paciente.

Las autoridades se establecen de acuerdo con las organizaciones de salud.

La auditoría permite:

- a) Interpretar resultados para un proceso educacional.
- b) Dar recomendaciones para cambios.
- c) Revisión para asegurar de que estos cambios se implementen.

La auditoría para su funcionamiento debe tener:

- a) Conexiones con programas clínicos educacionales.
- b) Conexiones con toda las organizaciones administrativas.

Los resultados de auditoría han permitido:

- a) Reducción de mortalidad de hemorragia gastrointestinal (GIT) a un 98%.
- b) La reducción de estadía a un 25% para pacientes con fracturas de cuello del fémur.
- c) Uso de antibióticos de un modo más apropiado (controlado).
- d) Una reducción del número de visitas innecesarias por paciente de post-operatorios de cataratas.

Uno de los problemas más graves son las deficientes evaluaciones de las auditorías.