



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

"Impulsando la Sociedad del Conocimiento"



Desarrollo de las Bases Necesarias para Crear una Entidad que Controle la Aplicación Efectiva de las Normas de Seguridad en los Hospitales del País.

B. Alcivar¹, E. Dávila², D. Montaleza³, M. Yapur⁴.

Facultad de Ingeniería en Electricidad y Computación

Escuela Superior Politécnica del Litoral. (ESPOL)

Campus Gustavo Galindo, Km 30.5 vía Perimetral

Apartado 09-01-5863, Guayaquil, Ecuador

bosco_alcivar17@hotmail.com¹, eddanieloz@hotmail.com², lmontale@fiec.espol.edu.ec³, myapur@fiec.espol.edu.ec⁴

Resumen

Actualmente el país carece de una normativa técnica para la acreditación de los centros hospitalarios y, de un ente regulador que se encargue de la acreditación, siendo notorias las falencias en el servicio de salud, así como la falta de uniformidad y racionalidad de los ambientes físicos en las construcciones de los centros hospitalarios. Ante esta situación, se ha considerado conveniente formular un conjunto de normas técnicas, que servirán como referencia para el planteamiento y diseño de una entidad que acredite y regule adecuadamente los centros hospitalarios, dentro de un criterio técnico y tendiente a la modernidad. Este trabajo que se refiere a la implementación de una Comisión Acreditadora Hospitalaria del Ecuador (CAHDE), se orienta a llenar un vacío en la normativa y supervisión de centros hospitalarios. Los objetivos de la CAHDE son analizar la importancia del ambiente físico, la gestión de la tecnología y los riesgos asociados a éstos, en la prestación de los servicios de salud; y asegurar que cada centro hospitalario cuente con una política y procesos de gerencia del ambiente físico, que contemplen los recursos físicos, el mantenimiento de la seguridad y la preparación para emergencias y desastres.

Palabras claves: Centros hospitalarios, normativa, acreditación, Comisión Acreditadora Hospitalaria del Ecuador (CAHDE).

Abstract

Currently the country lacks technical rules for the accreditation of hospitals and a regulator that is responsible for the accreditation, being notorious shortcomings in the health service, and the lack of consistency and rationality of the physical in construction of hospitals. Given this situation, it was considered desirable to formulate a set of technical standards that will serve as reference for the planning and design of a certifying entity and properly regulate hospitals within a technical and tending to modernity. This work relates to the implementation of Hospital Accrediting Commission of Ecuador (CAHDE), aims to fill a gap in the regulation and supervision of hospitals. The objectives are to analyze the importance CAHDE physical environment, management of technology and risks associated with them, in the provision of health services, and ensure that each hospital have a policy and environmental management processes physical, providing for physical resources, the maintenance of security and emergency preparedness and disaster.

Keywords: Hospitals, regulation, accreditation, Hospital Accrediting Commission of Ecuador (CAHDE).

1. Introducción.

En este proyecto se hace referencia de cómo es un sistema de acreditación, cuáles son los pasos a seguir y cuáles son los beneficios, tanto para los centros hospitalarios como para los usuarios. Se desarrolla un modelo base necesario para el establecimiento, seguimiento, revisión,

mantenimiento y mejora de estándares para un sistema de seguridad hospitalaria en el Ecuador.

Se ha establecido un sistema de financiamiento de acuerdo con las necesidades de la institución, fijando tasas para el autofinanciamiento en conjunto a un sistema de auditorías para la institución. Analiza el trabajo conjunto que puede realizar la CADHE con instituciones públicas, para obtener un resultado

eficiente y estructurado. Incluye la forma de presentar resultados y sugiere formatos, los cuales nos facilitan el proceso de acreditación.

2. Implementación de la CAHDE.

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

En el año 1917, fue creado un programa de estandarización de hospitales por la ACS (American Collage of Surgeons) con el objetivo de inspeccionar hospitales; en el año 1918 dio como resultado que sólo 89 de los 692 hospitales norteamericanos encuestados superaron los estándares requeridos. En 1950 la ACS continuó evaluando hospitales americanos, hasta llegar a acreditar 3.290 centros. El programa de estandarización era demasiado grande para la ACS, por lo que se asoció a otras instituciones profesionales para formar la JCAH (Joint Commission of Accreditation of Hospitals). En el año 1953 la JCAH publicó los estándares para la acreditación de hospitales; en 1965 creó un programa de acreditación para centros de larga estancia y, en 1970 uno para centros psiquiátricos. La ampliación de la Joint Commission hacia otros tipos de centros sanitarios ha continuado hasta la actualidad. Este hecho motivó el cambio de nombre que se produjo en 1987: Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de la salud). A principios de los años 90, la Organización Panamericana de la Salud publicó un manual de acreditación de hospitales para los países de América Latina. A partir de esta base se ha creado un programa de acreditación de hospitales en Argentina, por el Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES); con una experiencia similar tanto en una provincia de Brasil como en Colombia donde se han editado manuales de estándares.

La JCAHO es una institución independiente, sin fines de lucro, cuyo propósito fundamental es la acreditación. El Consejo de Dirección de la JCAHO está formado por representantes de diferentes instituciones, y su Misión es: "Mejorar la calidad de la asistencia que recibe el público a través de la acreditación sanitaria, y otros servicios que apoyan la mejora de la calidad en las instituciones sanitarias".

2.2. En qué consiste la acreditación hospitalaria.

Es un proceso de evaluación que se realiza a la institución hospitalaria, para verificar si cumple con los estándares establecidos y así otorgarle un certificado de acreditación.

La institución hospitalaria debe mostrar su nivel de calidad, esta información le interesa a los pacientes, financiadores, compañías de seguros o instituciones públicas la cual debe velar por la seguridad de estas. La acreditación es un método de evaluación que tiene como objetivo ser imparcial garantizando a los usuarios los resultados de forma honesta. La acreditación finaliza entregando un certificado a la institución por cumplir sus estándares de calidad, esta evaluación se la realiza a todas las instituciones hospitalarias.

Las normas ISO son para cualquier empresa hospitalaria como:

- Hospital Publico
- Hospital Privado
- Hospital de la Junta de Beneficencia
- Centros de Salud
- ETC.

2.3. Estructura del Comité acreditador de hospitales.

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

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

- Un representante por parte de las Compañías de Seguros.

3. Proceso de acreditación

3.1. Generalidades.

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

3.2. Etapas del proceso de acreditación.

3.2.1. Solicitud de incorporación y proceso de autoevaluación.

Para participar en el proceso de acreditación, una institución o una organización debe solicitar su incorporación al proceso conducido por la CAHDE. Luego, la institución u organización debe realizar una autoevaluación. Luego de esto se procede a firmar el convenio de acreditación con la CAHDE, donde se establece el plazo para entregar el informe de autoevaluación.

3.2.2. Evaluación externa.

Habrà un comité que tiene como misión revisar los informes de autoevaluación, verificar en terreno la información declarada, evaluar el cumplimiento de los criterios de evaluación y luego, emitir un informe de evaluación externa.

3.2.3. Pronunciamiento de acreditación.

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

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

3.2.4. Mejoramiento continuo.

Si bien el proceso concluye formalmente con el juicio de la CAHDE, el aseguramiento de la calidad exige mantener un permanente control de las acciones de mejoramiento. Mantener este proceso activo significa contribuir al mejoramiento permanente de la calidad.

4. Estándares de la CAHDE.

4.1. Generalidades.

Para un proceso de estandarización se requiere seleccionar rasgos de la estructura del sistema, proceso u objeto a regular; en este caso se hace referencia a los Centros Hospitalarios. Los criterios restrictivos, formalizan los límites de lo que se considera o no dentro de los estándares. Con esto se persigue brindar un modelo base necesario para el establecimiento, implementación, seguimiento, operación, revisión, mantenimiento y mejora de estándares para un Sistema de Gestión de la Seguridad Hospitalaria (SGSH) en el Ecuador, cuya adopción debería ser una decisión estratégica para el Sistema de Salud Nacional, ya que los objetivos de los estándares son:

- Evaluar la conformidad hacia las normas competentes.
- Cubrir todo tipo de eventualidades en organizaciones que presten servicios de salud a la comunidad ecuatoriana.
- Especificar los requisitos para la implementación de controles de seguridad.

4.2. Conceptos básicos.

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

Normas.- Son documentos emitidos originalmente por un gobierno o entidad privada. Son incluidos total o parcialmente en un estándar. Son documentos con fuerza de ley desde el principio. [1]

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

La premisa general de estandarización es la redacción y aprobación de normas, las que se establecen para garantizar el acoplamiento de elementos independientes dentro de una estructura, para que éstos trabajen en conjunto, así como para asegurar la rápida respuesta en caso de ser necesario; así se garantiza la calidad de los elementos, la seguridad de funcionamiento y el trabajo con responsabilidad social. En base a lo expuesto, tanto en los conceptos básicos como en la premisa, se puede definir, que los estándares de la CAHDE deben ser el conjunto de normas y reglas que permiten ajustar a su propósito, tanto en los procesos como los servicios para el cuidado de la salud en el Estado Ecuatoriano; de allí no solo su importancia sino también su necesidad.

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

- Normas ambientales.
- Normas biológicas.
- Normas eléctricas.
- Normas radiológicas.
- Normas generales.

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

4.4. La junta directiva y su intervención en los estándares.

La CAHDE establece los estándares que miden la calidad de los servicios para el cuidado de la salud en el Ecuador; por ello, de manera continua, la Junta Directiva de la CAHDE se debería reunir para revisar estos estándares, proveer recomendaciones, adiciones y mejoras de los mismos; liderando así la mejora continua, mediante la elaboración y el proceso de revisión de los estándares de acreditación, para Centros Hospitalarios en el Ecuador. La información y la experiencia relacionadas con los estándares se reunirán en forma permanente. Si un estándar ya no refleja las prácticas de atención sanitaria contemporáneas, concomitantes con la tecnología comúnmente disponible y las prácticas de gestión de calidad, entonces el mismo deberá ser revisado o eliminado. Se define provisoriamente que los

estándares serán revisados y publicados al menos cada tres años.

4.5. Organización de los estándares.

Los estándares de todas las instituciones sanitarias se organizarán en torno a las funciones importantes y comunes, relacionadas con la atención al paciente y la presentación de una organización segura, efectiva y bien manejada. Los estándares se aplican a toda la institución, así como a cada departamento de unidad o servicio dentro de la misma.

4.6. Fuentes para desarrollar los estándares.

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

4.7. Estructura de los estándares.

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

En el ENUNCIADO del estándar se definen las expectativas generales de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados.

El PROPÓSITO es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar.

Las NORMAS son las reglas y parámetros técnicos relacionados con el estándar, requisitos que deben seguirse.

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

NA (sin valor): significa que no aplica el elemento medible

Cero (0): significa que no cumple.
Cinco (5): significa que cumple parcialmente.
Diez (10): significa que cumple totalmente.

4.8. Uso del manual de estándares.

- Guiar la gestión eficiente y efectiva de una organización de atención sanitaria, la prestación de servicios de atención al paciente, los esfuerzos por mejorar la calidad y la eficiencia de dichos servicios.
- Revisar las funciones importantes de una organización de atención sanitaria.
- Conocer aquellos estándares que todas las organizaciones deben cumplir a fin de obtener la acreditación de la CAHDE.
- Revisar las expectativas de cumplimiento de los estándares y los requisitos adicionales encontrados en las declaraciones de intención asociadas.

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

- Disponer de información.
- Definir una dirección.
- Generar interés.
- Desarrollar capacidades.
- Crear sentido de la responsabilidad.

5. Gestión de recursos financieros para la CAHDE.

5.1. Financiamiento de la CAHDE.

La CAHDE debe proporcionar los recursos necesarios para mantener la institución como tal, en la cual debe acreditar los costos directos, incrementales o marginales.

- Salarios
- Gastos de educación continua
- Papelería
- Seguros
- Gastos de gasolina, etc.

También existen costos fijos como:

- renta del espacio
- depreciación del equipo en prueba
- administración del departamento

- costo de inventario
- luz, intendencia.

Por este motivo la institución será financiada por el estado, y se realizará el financiamiento de la siguiente manera:

- El estado dará presupuesto para la institución
- Con los rubros se hará un proceso de los gastos cancelados.
- Se realizará un informe con los ingresos y egresos generados
- Al término del periodo anual se contratara a una empresa auditora para que asegure que se está dando un buen manejo de los recursos adquiridos.

5.2. Rubros en el proceso de acreditación.

Para solicitar los costos de acreditación se procederá de la siguiente manera:

- Se remite al solicitante los costos del proceso de evaluación
- Se contarán los días para cada una de las actividades de evaluación

Para las evaluaciones se aceptarán las proformas de servicio en el cual se solicitara el pago anticipado con al menos 7 días anteriores a la fecha prevista.

La documentación se lo solicita cuando la CAHDE realiza la evaluación en la misma instalación.

Los rubros destinadas a los expertos y al sector, cubre todo los honorarios del especialista. Estos rubros se deberán facturar por cada una de las áreas a evaluar.

5.3. Costo de los Certificados de Acreditación.

Cuando la evaluación haya concluido y los resultados hayan sido satisfactorio se procede hacer la inspección, entregando un certificado para que acredite a este centro hospitalario el cual tendrá un costo:

- La inspección debe ser realizada por un experto y una vez terminada deberá facturarse
- La entrega del certificado es un rubro que deberá facturarse.

5.4. Administración de los Recursos de la CAHDE.

Se encarga de ciertos aspectos específicos de la institución y las funciones más básicas son:

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

La administración es el área que cuida los recursos financieros de la empresa centrándose en 2 aspectos importantes como: rentabilidad y liquidez.

5.4.1. Decisiones de los Recursos Financieros.

La institución deberá tomar decisiones para saber cómo financiar sus propios proyectos y decidir si recurrirá al financiamiento de bancos nacionales o internacionales, sean públicos o privados indistintamente.

5.4.2. Destino de los Recursos Financieros.

Se basa en el pago de las deudas de la institución, así como la adquisición de equipos y herramientas que ayuden a la mejor evaluación de la institución y que cumpla con una implementación de primer nivel.

5.5. Infraestructura y ambiente de trabajo.

5.5.1. Recursos Humanos.

El personal que realice los trabajos en contra de los estándares deberá tener una sólida educación, formación y experiencia.

5.5.2. Capacidad, Formación y Toma de Conciencia del Personal.

La organización debe determinar al personal que realiza los trabajos que afectan a la conformidad de los estándares que incide en el usuario final. Cuando sea posible hay que asegurarse que el personal sea consciente de la importancia de las actividades que contribuyen al logro de la institución con la formación y habilidades que evidencia una operación eficaz del sistema.

5.5.3. Infraestructura.

La institución debe proporcionar y mantener sus estándares de conformidad como:

- Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados

- Equipamiento para los procesos (hardware y software)
- Servicio de apoyo (transporte, comunicación o sistemas de información)

5.5.4. Ambiente de trabajo.

La organización deberá gestionar un ambiente de trabajo apropiado y de conforme con los estándares establecidos. Y esto a su vez está relacionado con las condiciones ambientales, factores físicos y de otro tipo como ruido, temperatura, humedad e iluminación.

6. Trabajo en conjunto de la CAHDE y otras entidades de control.

6.1. Relación de Trabajo de la CAHDE con Entidades de Regulación Estatales.

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

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

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

- Cada centro hospitalario realizará su respectiva autoevaluación del estado en que se encuentra la institución, la que a través de su comité será verificada.
- Si el centro hospitalario no cumple los estándares requeridos por la CAHDE, para poder obtener la acreditación que le permita funcionar normalmente, se le enviará un informe al Ministerio de Salud Pública, en el que se hará referencia de las fallas y problemas que presenta la institución.

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

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

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

- Al ser el Cuerpo de Bomberos una entidad experta en lo que se refiere a seguridad, y dado que entre sus funciones se encuentra dar asesoramiento a entidades, el Cuerpo de Bomberos podría realizar un informe de la infraestructura del hospital, y éste sería enviado al comité de la CAHDE para su análisis.
- En el informe que realizará el Cuerpo de Bomberos se detallará si la infraestructura tiene los niveles de seguridad adecuados para poder operar como hospital, se detallará si el edificio está preparado para cualquier emergencia o desastre que pudiera ocurrir, y si su personal tiene la debida instrucción para poder manejar situaciones de peligro.
- Una vez que el hospital pasa la revisión del Cuerpo de Bomberos, el personal que labora en la institución deberá ser debidamente capacitado por el Cuerpo de Bomberos, para poder desenvolverse correctamente en situaciones de extremo peligro, hasta que llegue la ayuda necesaria.

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

La forma de trabajo de la CAHDE y la Defensa Civil será de la siguiente manera:

- La Defensa Civil realizará un estudio, para determinar si el edificio del hospital a ser acreditado se encuentra en una zona vulnerable.
- El hospital deberá seguir las normas y recomendaciones que brinda la Defensa Civil, para así poder evitar emergencias y accidentes colectivos.
- El hospital deberá someterse a una revisión del edificio en el que funciona, para determinar si la estructura del hospital es segura o si corre riesgo de derrumbe. En el caso que se produzcan fenómenos naturales de gran impacto, el hospital deberá someterse nuevamente a revisión.
- En caso de ampliación de hospitales o de nuevas construcciones, éstas deberán reunir las condiciones idóneas, para que respondan a las posibles necesidades de la Defensa Civil.
- Tanto la CAHDE como la Defensa Civil harán un seguimiento periódico, para estar seguro que se siguen cumpliendo las normas establecidas.

6.1.4. Trabajo en conjunto de la CAHDE y el INH.

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

Por este motivo se debe seguir este proceso de división del INH; una vez que comience a funcionar como ARCSA se puede tomar en cuenta para trabajar en conjunto con la CAHDE, dado que comenzará a realizar labores de

regulación y control de medicamentos y dispositivos médicos.

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

La forma en que el comité de la CAHDE interactuará con el hospital, será mediante un comité interno que tendrá cada hospital. Cada comité interno tendrá un delegado de cada área de trabajo en el hospital. Todos los miembros del comité interno tendrán que rendir cuentas de sus áreas delegadas. La relación de trabajo se la realizará de la siguiente manera:

- Para que el centro hospitalario pueda trabajar con la CAHDE, el hospital conformará un comité interno, que estará compuesto por miembros de cada área de trabajo a ser evaluada, formando subcomités y un directorio que supervise el funcionamiento de los mismos.
- Cada subcomité estará encargado de responder por su respectiva área de trabajo al directorio del hospital, por medio de una autoevaluación.
- El directorio del comité interno será el encargado de rendir cuentas ante el comité de la CAHDE.
- La autoevaluación que realizará el comité interno será enviada al comité de la CAHDE para su análisis, y posteriormente el comité de la CAHDE constatará la información de la autoevaluación personalmente.

6.3. Relación de trabajo con los directores de cada centro hospitalario.

La forma de trabajo de la CAHDE y la Defensa Civil será de la siguiente manera:

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

el comité de la CAHDE y los subcomités dentro del comité interno del hospital.

- El directorio estará formado por el director del hospital y otros miembros elegidos internamente, pero la última palabra en el directorio la tendrá el director.
- Los subcomités enviarán los resultados sobre la autoevaluación de cada área al directorio del comité interno. El director junto a su personal analizarán las autoevaluaciones y harán un solo informe de autoevaluación del hospital, que será enviado al comité de la CAHDE.
- La CAHDE analizará la autoevaluación y posteriormente, procederá a verificar la autoevaluación por medio de su comité.

6.4. Responsabilidad del Comité Interno del Centro Hospitalario.

Las principales responsabilidades del comité serán las siguientes:

- Cada subcomité será responsable de su área de trabajo, deberá realizar un informe periódico del estado de la misma que será revisado por el directorio. Cualquier problema que se encuentre, es responsabilidad del subcomité que está a cargo y que deberá rendir cuentas ante sus superiores.
- Es responsabilidad del directorio del comité interno revisar las autoevaluaciones de los subcomités, y realizar un solo informe del estado del hospital.
- Es responsabilidad del directorio del comité interno entregar los informes del estado del hospital, cuando el comité de la CAHDE se los pida, respetando siempre los plazos de entrega.

7. Informes de resultados presentados por la CAHDE.

7.1. Generalidades.

Partiendo de la premisa que una auditoría es un proceso sistemático, practicado por personal calificado (denominados auditores) de conformidad con normas y procedimientos técnicos establecidos, ésta nos permite obtener y evaluar objetivamente las evidencias sobre las afirmaciones contenidas bajo parámetros técnicos, con el fin de determinar el grado de correspondencia entre esas afirmaciones, las disposiciones legales vigentes y los criterios establecidos. Sus resultados se ven revelados a través de los informes y recomendaciones, considerando como la más simple definición de “informe” que es una presentación objetiva e imparcial de los hechos en un documento oficial, que resume investigaciones y análisis, llevando a conclusiones y recomendaciones que representan una cuidadosa y considerada opinión ya que estos deben ser exactos, completos, fáciles de localizar, además necesitan ser interpretados; cuando sean presentados en los informes éstos deben ser claros, precisos, oportunos y eficientes en cuanto al uso de recursos.

7.2. Características que deben tener los Informes.

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

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

El informe debe:

- Incluir los objetivos del proceso
- Exponer con claridad los hallazgos significativos y sus conclusiones.
- Declarar que el proceso se realizó de acuerdo con las normativas respectivas.

Los informes por escrito son necesarios para:

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

7.3. Control de la acreditación del proceso de evaluación y de la mejora continua.

Primero debemos tener en claro los términos tales como:

- **El Plan de Evaluación**, que es la descripción específica de las actividades y de los detalles acordados para la ejecución de un proceso, ya sea éste de acreditación, re-acreditación o control.
- **El Programa de Evaluación**, que es el conjunto de uno o más procesos de control para un periodo determinado de tiempo, dirigidos para un propósito específico.

Así pues, para llevar a cabo un proceso de acreditación, re acreditación o control, es necesaria la verificación sistemática y documentada, que consiste en obtener y evaluar objetivamente las evidencias, con el fin de determinar si se cumple con el SGSH mediante un programa de evaluación, compuesto por diferentes planes de evaluación, comunicando los resultados de éstos a las autoridades respectivas. Cabe recalcar que en los procesos evaluativos se revisan las políticas, prácticas, procedimientos y requisitos que llevan al cumplimiento del SGSH. Otros parámetros a tomar en cuenta para el control de la acreditación, en el proceso de evaluación y la mejora continua son las evidencias recolectadas de las acciones correctivas y preventivas realizadas que también forman parte del informe final de resultados presentados por la CAHDE a las autoridades respectivas.

En el caso de las instituciones que se autoevalúan internamente, estos resultados son considerados como controles referenciales para el proceso de mejora continua interna, estos deben estar basados en el SGSH y cabe recalcar que, dicho control para que sea valedero (así sea solo de forma referencial), debe ser realizado por un representante capacitado y reconocido tanto por la institución como por la CAHDE. Tanto para los procesos de control interno,

como para los realizados por la CAHDE, se tiene un lapso máximo de 96 horas para la presentación de resultados ante sus superiores.

7.4. Formato de los informes presentados por la CAHDE.

Al presentar el informe de auditoría o control, se está confiando en una opinión respaldada por pericia, así como asegurando haber llevado a cabo el proceso de acuerdo como se indica en el SGSH.

7.4.1. Forma de presentación.

- Se utilizarán hojas 21 cm x 29,7 cm (bond blanco formato A4), tipo letra Arial tamaño 11 impresas por una cara y a un espacio; dejando dos espacios entre párrafos, o entre éstos y los títulos. Los márgenes respectivamente son: Superior 2,5 cm, inferior 2,5 cm, izquierdo 3 cm y derecho 1,5 cm.
- Todos los títulos se exponen en mayúscula y se destacan en “negritas”, alineadas a la izquierda. Siempre que sea necesario, se utilizarán 1,25 espacios para sangría, en el texto del informe.
- Las hojas se encuadernan por el margen izquierdo y numeran consecutivamente en pie de página con alineación hacia la derecha.
- Debe ser firmado sólo por quien esté liderando el proceso ya sea éste de control, acreditación o re-acreditación, quién también deberá dejar constancia de su firma en cada página de dicho informe.
- En el Acta de Declaración de Responsabilidad Administrativa se relacionarán los nombres de los responsables, aunque se repitan para algunos casos. Además, debe reflejarse el tiempo en el cargo de cada uno de ellos, según nombramiento o contrato.

7.4.2. Contenido del informe.

- Identificación.
 - Nombre de la organización a la que se remite el informe.
 - Unidad responsable del proceso.

- Grupo responsable.
- Responsable líder.
- Orden de trabajo.
- Entidad.
- Subordinada a.

- Tipo de Proceso.
- Fecha de inicio.
- Fecha de terminación.

- Introducción.

- Los objetivos del proceso.
- La declaración expresa de que el proceso se realizó.
- El alcance debe expresar la profundidad y cobertura del trabajo que se haya realizado para cumplir los objetivos.. Las limitaciones en el alcance pueden estar relacionadas, con situaciones como las siguientes:
 - Imposibilidad de aplicar determinado procedimiento.
 - Inadecuados registros.
 - Políticas no acordes con la legislación aplicable vigente.
 - La metodología, debe explicar claramente los programas de trabajo diseñados, las técnicas que se han empleado.

- Conclusiones.

- Son deducciones lógicas basadas en los hallazgos de los “auditores”.
- No deben constituir la repetición de lo consignado en la sección “Resultados” del propio informe.
- Deben reflejarse de forma general las causas fundamentales que originaron el error.
- Se expone la calificación otorgada de acuerdo con los resultados obtenidos.

- Resultados.

Se generan a partir de las evidencias suficientes, competentes y relevantes reunidas en el proceso, para así cumplir con los objetivos planteados; se debe incluir la información de los antecedentes necesarios y de los hallazgos más significativos,

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

Se deben cuantificar los hallazgos en todos los casos que sea posible. En los casos en que éstas sean extensas deben presentarse como anexos al informe.

- Recomendaciones.

Las recomendaciones son más constructivas cuando se encaminan a atacar las causas de los problemas observados, indicando acciones específicas que van dirigidas a quienes deben emprender las mismas.

- Despedida.

Exponerse una nota de agradecimiento a los dirigentes, funcionarios y demás trabajadores por la colaboración prestada durante el proceso.

- Anexos.

En los casos en que se hayan determinado incumplimientos de la ley, demás regulaciones, principios y normas establecidas o cualesquiera otras acciones u omisiones.

7.4.3. Formatos sugeridos para indicadores de procesos y resultados.

En la Tesis del que se extrae el presente artículo se sugieren formatos para:

- Membrete identificador de tablas para indicadores de procesos y resultados.
- Registrar e identificar procesos y resultados en el caso de incidentes.
- Registrar e identificar el porcentaje de cumplimiento, frente al estándar.
- Registrar e identificar procesos y resultados para cumplir los requisitos de los estándares, durante el proceso de control.
- Registrar e identificar procesos y resultados para mitigar los riesgos en las instituciones.
- Registrar e identificar acciones de control y valorar los riesgos en las diferentes áreas de la institución y su impacto.

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

8. Conclusiones.

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

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

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

9. Recomendaciones.

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

Con el estudio continuo se pueden desarrollar mejoras a este proyecto, debido al avance de normas y estándares a considerar, tales como las que son para

el uso seguro de los equipos médicos y las nuevas normas de seguridad.

10. Referencias.

- [1]. Terence F. Moore and A. Simendinger, Chapter5 Codes, Standards and Regulations, Health-Care Delivery Systems, fecha de consulta julio 2012.
- [2]. Ministerio de Salud y Consumo de España, “Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales”,
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf, fecha de consulta julio 2012.
- [3]. Sistema de Calificación. Cuba. 2005, “Metodología para la Evaluación y Calificación de las Auditorías”,
<http://www.gestiopolis.com/canales8/fin/auditoria-interna.htm>, fecha de consulta julio 2012.
- [4]. Manuales de COTECNA para Curso de Auditores Internos, “Sistema de Gestión de Seguridad de la Información 27001:2005” ESPOL 2010, “Sistema de Gestión de Ambiental 14001:2004” ESPOL 2009, “Sistema de Gestión de la Calidad 9001:2008” ESPOL 2009, “Sistema de Gestión de OHSAS 18001:2007” ESPOL 2009, fecha de consulta julio 2012.
- [5]. Joint Commission International, “jccorporatebrochure2011.pdf”,
<http://www.jointcommissioninternational.org>, fecha de consulta julio 2012.
- [6]. Joint Commission International. / Cuarta edición, “Estándares para la acreditación de Hospitales”,
<http://www.jointcommissioninternational.org>, fecha de consulta julio 2012.
- [7]. Consejo de Salubridad General de México, “Estándares para la Certificación de Hospitales”,
http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_EstandaresParaCertHospitalesM_20120813.pdf, fecha de consulta julio 2012.
- [8]. El Universo 5 de Septiembre del 2012, “Incertidumbre en el INH por división de funciones”,
<http://www.eluniverso.com/2012/09/05/1/1445/incertidumbre-inh-division-funciones.html>, fecha de consulta octubre 2012.
- [9]. Efrén Avilés Pino, “Ministerio de Salud Pública”,
<http://www.encyclopediadelecuador.com/temas/Opt.php?Ind=1431&Let=>, fecha de consulta octubre 2012
- [10]. “Cuerpo de Bomberos del distrito metropolitano de Quito”,
http://www.bomberosquito.gob.ec/bomberos/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1&Itemid=5, fecha de consulta septiembre 2012.
- [11]. “Funciones del Cuerpo de Bomberos”,
<http://www.cuenca.gov.ec/?q=node/8870>, fecha de consulta septiembre 2012.
- [12]. Yamila Manca, Alejandro Mangini, Alejandro Vigilante, “Administración de un hospital público”,
<http://www.monografias.com/trabajos60/administracion-hospital-publico/administracion-hospital-publico2.shtml>, fecha de consulta septiembre 2012.
- [13]. “Funciones de la Defensa Civil”,
<http://www.defensacivil.gov.do/funciones>, fecha de consulta septiembre 2012.