



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE TUCUMÁN



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL TUCUMAN

NORMAS DE CALIDAD EN EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD -APLICACIÓN A UN CASO PRÁCTICO-

Autor: Décima, Jorge Guillermo

Director: Martos, María Enriqueta

2014

Trabajo de Seminario: Contador Público Nacional

PROLOGO

El tema de este trabajo surgió de la inquietud por conocer acerca de las Normas de calidad y más precisamente de su aplicación práctica en una empresa tipo en el sector de la salud. Llama la atención no solo la complejidad intrínseca de la actividad del servicio de salud, sino también la asfixiante coyuntura y marco contextual en el cual se desarrolla la actividad, un ambiente totalmente dinámico tanto desde el punto de vista del servicio profesional como de las normas y principios a los que se debe responder en el desarrollo de la actividad.

¿Cómo funciona una empresa de salud? ¿Cuáles son las normas que regulan la actividad? ¿Quién vigila la calidad de los servicios prestados? ¿Cómo subsiste un sanatorio privado en estos tiempos y como se adaptan las empresas en este Tucumán ante la difícil situación económica-social y las continuas presiones políticas, al tiempo que se brinda calidad a sus clientes finales “los pacientes”?

Ante estos interrogantes es que decidí llevar adelante el análisis de todo el esquema organizativo y funcional en un sanatorio infantil, una empresa privada de servicio de salud “tipo” de nuestra provincia

Brindar servicios de calidad se transforma en el aspecto fundamental para la dirección estratégica, al punto que un inadecuado enfoque puede determinar la posibilidad de fracaso en la toma de decisiones desde el punto de vista de la planificación, la organización y la administración. Es por eso que este análisis se centrara desde la perspectiva de la CALIDAD, un tema escasamente desarrollado en nuestro medio y que hoy día solo se animan a afrontar las grandes empresas (con escasas excepciones).

El mercado es dinámico y cada día más exigente, el cliente exige servicios de alta calidad a precios bajos. El mercado arrasa con aquellos no se adaptan a los cambios. Solo sobrevivirán aquellos que logren imponerse ante la creciente competitividad del sector y satisfagan las exigencias de sus clientes de manera más adecuada que sus competidores.

El caso práctico se desarrolló en un Sanatorio Infantil Privado de nuestro medio que reúne todas las características necesarias para cumplir los objetivos planteados para este trabajo.

Para el desarrollo de este ensayo conté con la generosa colaboración que me brindó la Profesora Conductora, C.P.N Maria Enriqueta Martos, a quien agradezco profundamente su desinteresado apoyo, guía y colaboración.

RESUMEN

La Calidad es el aspecto fundamental que toda organización, sea ésta una organización con o sin fines de lucro y cualquiera sea la actividad que desarrolle, su envergadura o su ubicación geográfica. Las normas de Calidad sirven de patrón al cual las organizaciones deben ajustarse para poder sobrevivir en este mercado global tan dinámico y cambiante y en el cual los clientes son cada día más exigentes. “Cualquier empresa que quiera mantenerse en un mercado global tan altamente competitivo como el actual debe ofrecer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los clientes, que sean adecuados al uso previsto, que cumplan con las disposiciones legales que les sean de aplicación y además, todo ello, a un costo que les permita ser competitivas” ⁽¹⁾

Para comenzar resulta necesario presentar la empresa privada de salud en el cual se desarrolló el trabajo, sus características generales y particulares y sus operatorias “tipo” para así facilitar la comprensión del lector acerca de cómo se desenvuelve este tipo de organizaciones en el desarrollo de las tareas y el quehacer diario para luego abordar el marco normativo y contextual de “la calidad” y el procedimiento de acreditación establecidos por las normas y manuales de los organismos acreditadores.

(1) ADLER, Martin Oscar, Producción y Operaciones, 1° Edición, Buenos Aires, 2004 Pág. 641

Resulta muy importante tener en cuenta que “en las organizaciones de servicio, no solo importa la calidad de los servicios y productos suministrados, también es importante la calidad de la forma en que se proporcionan dichos servicios” (2)

El concepto de calidad tiene varias acepciones, siendo la siguiente la que se aplica según la norma ISO 9000/2005: calidad es el “grado en el que un conjunto de características inherentes a un producto, sistema o proceso cumple los requisitos” (3) exigidos por los clientes y otras partes interesadas. Claro que, dada las características particulares del servicio de salud, será necesario ampliar esta definición incorporando aquellos aspectos inherentes a esta actividad, a los procedimientos que se aplican y a las particularidades de los prestadores del servicio, de sus clientes y demás sujetos intervinientes.

Nuestro país cuenta con un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación que se aplica parcialmente, con diferencias marcadas según las jurisdicciones. Al mismo tiempo existe un grupo de organizaciones acreditadoras, -siendo el “Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS)” una de las pioneras en el país-, que se ocupan de establecer las normas y procedimientos de calidad que se deben aplicar y las cuales deberán ser implementadas para obtener la acreditación.

(2) GAITHER Norman; SANCHEZ GARCIA Gabriel; FRAZIER Greg, Administración de Producción y Operaciones, 8° Edición, (México, 2000), pág. 623

(3) ISO, Norma Internacional ISO 9000:2005: Sistemas de gestión de la calidad: Fundamentos y vocabulario, Traducción Certificada; (Ginebra, 2005), pág. 8

Para concluir el trabajo se llevara a cabo el Desarrollo de un caso práctico en un Sanatorio Infantil tipo de nuestro medio poniendo de manifiesto el procedimiento establecido formalmente por el C.E.N.A.S para la obtención de la Acreditación siguiendo los paso de 1) Formulación de la Planificación Estratégica; 2) Evaluación Interna: Juicio Valorativo Interno; 3) Evaluación Externa: Juicio Valorativo Externo; 4) Desarrollo de la Planificación Estratégica y su Implementación; 5) Comprobación de los Estándares y criterios establecidos; 6) Postulación para ser evaluados; 7) Visita al Establecimiento.

Sintéticamente, los objetivos prácticos que se plantean en este trabajo son:

1. Determinación de las Normas de Calidad vigentes para las organizaciones prestadoras de servicio de salud.

2. Análisis de las Normas, Estándares y Criterios de Comprobación a cumplir para obtener la Acreditación en Calidad

3. Evaluación del impacto de la Acreditación, sus beneficios y limitaciones

CAPÍTULO I

Conocimiento de la Empresa

Sumario: 1.- Caracterización de la Empresa. 2.- Prestaciones.
3.- Estructura de la Organización: El Organigrama.
4.- Operatoria.-

1.- Caracterización de la empresa

El presente trabajo se basa en la información extraída de los registros de una Empresa de Servicio de Salud que se especializa en la atención a niños. Con el ánimo de resguardar la persona de sus socios y a la institución misma, nos referiremos a ella como “Sanatorio Infantil”, apartándonos de su denominación real.

Esta institución fue creada en 1976 por sus diez socios fundadores y organizada desde sus inicios bajo el tipo jurídico de Sociedad de Responsabilidad Limitada, cuenta hoy con 20 socios, todos ellos médicos especialistas en diversas áreas de la medicina. Cabe destacar que esta institución se dedicó siempre a la atención específica de Niños, configurando un caso particular dentro de las empresas de salud, con características y restricciones propias.

A través de los años el Sanatorio fue adaptándose y creciendo ante los cambios introducidos por la tecnología, los avances de la investigación y

el alto grado de especialización de la medicina en general. Tanto la administración como las prestaciones médicas funcionan en un inmueble de tres plantas y un anexo, ubicados en la zona céntrica de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

La distribución física de las funciones sería más o menos la siguiente:

- Planta Baja: Recepción, Guardia, Consultorios Externos, Radiología, Farmacia, Administración, Cocina, Esterilización, Sistemas de Información y Contaduría.
- Primer Piso: Quirófanos, Habitaciones de Internación y Enfermería, Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y Laboratorio.
- Segundo Piso: Habitaciones de Internación y Enfermería.
- Anexo: Consultorios Externos.

2.- Prestaciones

Debido a que se trata de una empresa de salud abocada a la pediatría la gama de especialidades que dispone es limitada comparado con un sanatorio tipo que no tiene restricciones de edad.

Ofrece a sus pacientes las siguientes especialidades:

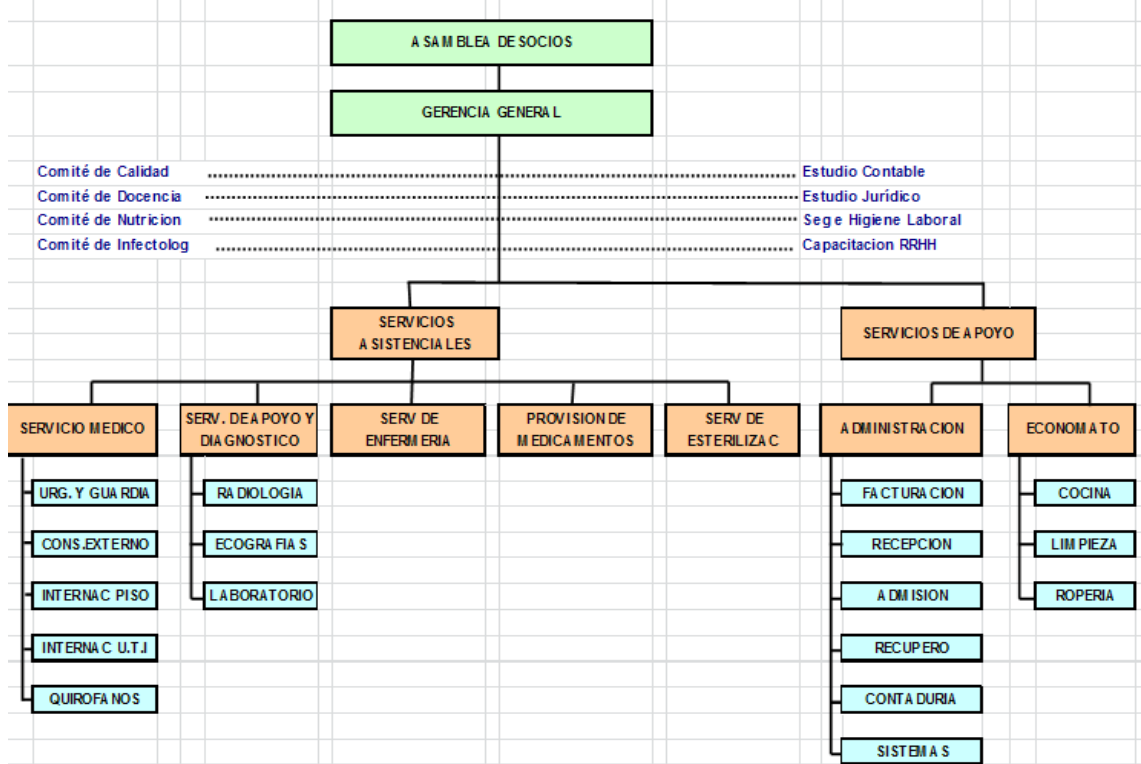
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Fonoaudiología (Foniatría y Audiología)
- Kinesiología (Fisiatría)
- Neurocirugía
- Traumatología

- Odontología
- Cardiología
- Neumonología
- Clínica Pediátrica
- Cirugía General
- Urología
- Endocrinología
- Nefrología
- Infectología
- Oftalmología
- Nutrición
- Psicología
- Dermatología
- Neonatología

3.- Estructura de la Organización – El Organigrama

El organigrama de una empresa nos permite tener una visión de cómo tendría que funcionar internamente de una manera global; es la estructura interna de la organización, es como una radiografía en la que se ve el esqueleto, la estructura de la organización

De la investigación y análisis de sus funciones, operatoria y estructura formal, surge el ORGANIGRAMA DE LA EMPRESA que expone y se desarrolla a continuación:



Considerando la cantidad de empleados, los montos facturados y demás criterios de clasificación, podemos decir que se trata de una empresa “mediana”, aunque en constante crecimiento y es por este motivo que resulta imprescindible la reorganización administrativa integral que determine áreas, funciones, responsables y demás elementos de una administración formal que permitan la ejecución de tareas de manera organizada que lleven al cumplimiento de los objetivos y delimiten responsabilidades a la hora de implementar las medidas de control.

En este momento de la “vida” de la empresa resulta imprescindible establecer claramente líneas de mando y de comunicación formales que complementen, y en otros casos reemplacen, a las existentes líneas de comunicación informales.

En este caso específico del sanatorio se detectan dos áreas funcionales bien diferenciadas:

AREA ASISTENCIAL: **Departamentos Médicos**, con sus departamentos productivos propiamente dichos (Urgencias y Guardia, Consultorios Externos, Piso, UTI y Quirófano) y **Departamentos de Apoyo y Diagnostico** (Farmacia, Enfermería, Esterilización, Radiología);

AREA DE SERVICIOS GENERALES: **Administración y Economato**.

La empresa de salud sobre la que estamos trabajando funciona como una Sociedad de Responsabilidad Limitada, y como en todo este tipo de sociedades el órgano de decisión es la **Asamblea de Socios**. Este es el órgano de decisión del cual depende toda la institución.

El órgano ejecutivo está representado en la **Gerencia General**, que en este caso está a cargo de una sola persona. El gerente es el representante legal de la empresa y tiene a su cargo la toma de decisiones referidas a sus relaciones internas y externas en todos sus aspectos.

Cabe destacar que la Gerencia se encuentra permanentemente asesorada por entidades que son externas a la empresa y por lo tanto no dependen de esta, sino que establecen un vínculo en base a un contrato de prestación de servicio, entre los cuales encontramos: **Asesoramiento Jurídico, Contable y de Seguridad e Higiene Laboral**.

Por debajo de la gerencia y dependiendo directamente de ella se encuentran los departamentos de:

* **Servicios Asistenciales** a cargo del Director Médico al cual se hayan subordinados los Departamentos Médicos y Departamentos de Apoyo y Diagnostico

* Departamentos de **Servicios Generales**.

El Director Médico hace de intermediario y cumple la función de dirigir y coordinar el trabajo de los ya mencionados centros de producción.

Esto no implica la desvinculación de la gerencia sobre estos departamentos, sino que se produce aquí la delegación de tareas a los fines de destinar mayor tiempo a otros aspectos. El Director Médico es el intermediario entre los encargados de cada departamento y el órgano de ejecución, atiende los problemas y toma las decisiones relacionadas con los departamentos que coordina, siempre que estos no impliquen una proyección directa al resto de la empresa ya que en esos casos interviene la gerencia.

Quirófano: aquí se encuentra nucleado todo el trabajo relacionado con las prácticas quirúrgicas. Hay un Jefe de Quirófano que coordina el orden, número y demás elementos necesarios para una cirugía como ser personal, instrumentos, medicamentos, descartables, etc. En este departamento hay personal especializado de enfermería y de economato, este debe estar preparado para realizar tanto las tareas durante la cirugía como así también las previas y posteriores a ellas como ser llevar el registro obligatorio, completar el legajo del paciente, control, cuidado, asistencia, etc.

Lo clasificamos como productivo ya que es uno de los Servicios directos que presta el sanatorio a sus pacientes, y uno de los más importantes.

Guardia: el sanatorio tiene una guardia permanente, es decir que las 24 horas de los 365 días del año hay un médico para atender las urgencias. También hay consultorios externos para la atención ambulatoria. Todos estos dependen de un responsable de guardias y consultorios que se encarga de hacer cumplir las directivas establecidas por la gerencia, referidas a la atención a los pacientes según los convenios firmados entre el sanatorio y las Obras Sociales; también tiene a su cargo la coordinación de los turnos, reemplazos, honorarios y todo lo referido a los médicos de guardia. Los consultorios externos son manejados directamente por los médicos que los alquilan pero estos deben ajustarse a la política del Sanatorio.

Consideramos a este como un departamento productivo porque es uno de los servicios directo que presta el sanatorio al paciente, es una fuente generadora de ingreso por sí misma, aunque siempre necesite de los departamentos de servicio para un correcto funcionamiento.

U.T.I.: la Unidad de Terapia Intensiva, como su nombre lo indica, es el área donde se encuentran los pacientes que tienen un delicado estado de salud y necesitan un cuidado intensivo; también pueden ingresar pacientes que solo necesitan una atención permanente de un médico o un enfermero. Está a cargo de un grupo de médicos capacitados especialmente para este tipo de cuidado y atención. Estos se encargan de coordinar y dirigir todos los elementos referidos a este sector como ser personal, insumos, equipamiento, medicamentos, descartables, tratamiento, control, etc. También en este departamento se realiza el seguimiento y se completa el legajo del paciente.

Este es un departamento productivo, similar al servicio que se presta en Piso sólo que en una única habitación especialmente preparada, donde se brinda la pensión sanatorial y la atención de médicos y enfermeros de manera permanente.

Piso: este departamento abarca el sector de todas las habitaciones de internación y lo relativo a la atención y el cuidado de los pacientes allí internados. Es uno de los departamentos más importantes de esta institución, por la definición misma de Sanatorio, y en el que se concentra la mayor parte de los servicios relacionados con la pensión y con las prestaciones médica.

Si bien depende de la dirección médica, este centro está íntimamente relacionado con todos los demás departamentos, especialmente con los de servicios. El director médico debe tener fluidez en el trato con los encargados de los otros departamentos ya que debe coordinar dirigir y administrar recursos como personal, medicamentos, descartables, comida, etc. También cumple una función predominante en el seguimiento del legajo del paciente en el que se vuelcan todos los datos de este y las prestaciones

que se le brindaron. Como se puede observar también tiene relación con el trabajo administrativo, sobre todo con el circuito de facturación.

Por su naturaleza y por la perspectiva del trabajo es considerado el centro de costos más importante.

Farmacia: está destinado primordialmente a la provisión de medicamentos y descartables a los pacientes internados en el sanatorio, ya sea que estén en Piso, UTI, o Quirófano.

Bajo esta perspectiva tomamos el criterio de clasificarlo como un departamento netamente de servicio. Farmacia también vende al público pero los ingresos por este vía son irrelevantes. Además, los clientes ambulatorios son precisamente los que pasaron por la Guardia, por lo que, siguiendo el criterio antes mencionado, podríamos tomar esta venta como una provisión al departamento productivo Guardia.

La importancia de Farmacia radica en que toda internación consume algún medicamento y/o descartable y estos representan la mayor parte de los costos variables dentro de la estructura de costos.

Los pedidos y las compras a proveedores se centralizan en este sector, no así los pagos que se realizan en Tesorería y la facturación a obras sociales que se realiza en Administración como así también la cobranza de la misma.

Enfermería: engloba el equipo de enfermeras y enfermeros del sanatorio. Estas personas intervienen en todas las etapas en las que el paciente recibe atención. Por ejemplo, en guardia pueden realizar curaciones o colocaciones de inyectables; en piso y en UTI brindan atención permanente a los pacientes internados; en quirófano colaboran en las cirugías. También participa en la confección del legajo del paciente, al ser responsable en la determinación de medicamentos y descartables consumidos.

Este departamento cumple una función muy importante en esta actividad, en la que el factor humano es fundamental, ya que es uno de los que mayor contacto tiene con los pacientes y por lo tanto colabora de manera directa en la satisfacción de este.

Radiología: es uno de los servicios que se presta directamente a sus pacientes, por este motivo podría confundírsele como un departamento productivo. Siguiendo el criterio utilizado a la hora de clasificar al departamento Farmacia, este es también uno de servicio ya que las placas se realizan por un pedido médico, el cual es realizado para pacientes que están internados en Piso o en UTI, también en el caso de que una cirugía (por lo general las traumatológicas) lo requiera en quirófano.

Con respecto a los pacientes ambulatorios a estos se les realizan las placas radiográficas por pedido del médico de guardia, entonces podríamos tomar estas como un servicio prestado a pacientes del departamento productivo Guardia y es así como se justifica la clasificación como un departamento de servicio.

Administración: su función es amplia. Con respecto a la prestación del servicio sanatorial incluye la admisión e internación como así también la facturación de la prestación, el archivo del legajo del paciente, la presentación de la documentación necesaria para el cobro a las respectivas obras sociales, el cobro propiamente dicho y el pago a profesionales.

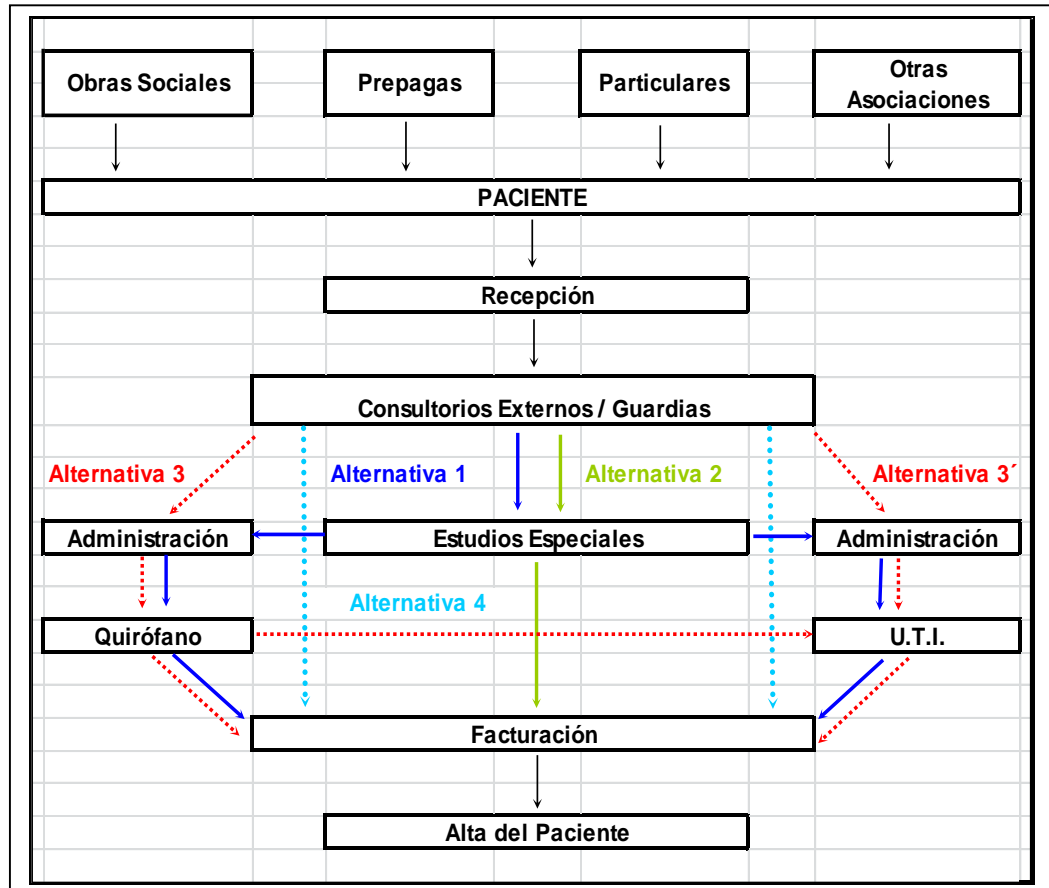
Con respecto a la actividad administrativa en sí, abarca las áreas de Administración de Personal, Contaduría, Tesorería y Sistemas de Información.

En este sector se centraliza el pago a todos los Proveedores, tanto de bienes como de servicios.

4.- Operatoria

Toda organización económica con fines de lucro tiene, básicamente, cinco operaciones que se suceden en la siguiente secuencia ideal: Comprar, Pagar, Producir (bienes o servicios), Vender y Cobrar. El ciclo se repite una y otra vez, constantemente. La gran variedad de servicios que un sanatorio brinda a los distintos tipos de pacientes y los plazos de financiación especiales que las obras sociales imponen, por ejemplo, son sólo dos de los condimentos que dan como resultado una operatoria compleja y desordenada respecto de lo que se consideró ideal u óptimo.

Cada Prestación tiene sus particularidades y una operatoria casi propia y distintiva de las demás. Esquemáticamente, el circuito de operaciones del Sanatorio puede resumirse de la siguiente manera:



A continuación, una narración descriptiva de la Operatoria que resulta la más representativa y completa, teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo. Se considera apropiado aclarar que debido a la exclusiva atención a niños, siempre los trámites administrativos son cumplidos por sus padres o acompañantes.

Cuando un paciente ingresa al sanatorio para ser tratado debe presentarse en Recepción y brindar una serie de datos y actualizaciones que se asientan en una ficha de registro personal.

Cumplidos los requisitos formales el paciente es atendido por el médico de guardia y/o un especialista si es necesario, quien sopesará una serie de opciones en mérito del cuadro que presente el paciente. En base a esto el médico puede:

- Diagnosticar una enfermedad, recetar una medicación con la que se tratará y dar por terminada la consulta ambulatoria.
- Encargar al paciente la realización de una serie de estudios especiales que le permitan brindar un diagnóstico más acertado (Esto se aplica en caso de duda o gravedad del cuadro, para luego poder expedirse)
- Por la gravedad o urgencia del cuadro, sugerir la internación (en UTI o en Piso) o intervención quirúrgica del paciente.

Tomada cualquiera de las dos primeras opciones el paciente se retirará del Sanatorio para volver cuando el médico se lo haya recomendado, para control o análisis de los estudios efectuados. De esa manera el ciclo se reinicia (Pacientes Ambulatorios).

Si se opta por la última, previamente a ser internado o intervenido quirúrgicamente, el paciente debe ser "admitido" en Administración, luego de satisfacer una serie de nuevos requisitos formales ya relacionados con la cobertura y autorización de las prestaciones por la respectiva Obra Social o Prepaga.

Finalizado el tratamiento, una vez que el paciente está en condiciones, recibe la alta médica y puede abandonar el Sanatorio. Para ello debe dirigirse nuevamente a Administración para que se le realice la facturación correspondiente por la totalidad de los servicios brindados y se le entreguen las Órdenes para la Autorización en la respectiva Obra Social. Una vez autorizadas éstas se adjuntan a las facturas y al resto de la documentación respaldatoria de las prestaciones y se presentan en la Obra Social o Prepaga para su posterior cobro.

CAPÍTULO II

Marco Teórico: Calidad

Sumario: 1.- Calidad: Conceptos y Definiciones.
2.- Acreditación de Calidad. 3.- Órganos Acreditadores en Argentina. 4.- Objetivos de la Acreditación de Calidad. 5.- Manuales de Calidad.

1- Calidad: Conceptos y Definiciones

No existe una definición de calidad válida de forma universal, ya que dependerá de las circunstancias, del entorno en que se aplican, del objetivo final, del producto que se pretende conseguir, etc. Básicamente podemos decir que “la calidad de un producto o servicio es el grado de percepción del cliente en que dicho bien cumple con sus expectativas” ⁽⁴⁾. La aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades de los clientes definiría su calidad. La calidad, por tanto, puede definirse a varios niveles: calidad en general, calidad de un servicio concreto y/o calidad de los servicios de salud. Nos centraremos en definir calidad del producto o servicio, no de la organización u otros aspectos del sistema.

(4) GAITHER Norman; SANCHEZ GARCIA Gabriel y FRAZIER Greg, op. cit., pág. 623

Según la norma ISO 9000:2005 calidad **“es la facultad de un conjunto de características inherentes a un producto, sistema o proceso para cumplir los requisitos de los clientes y otras partes interesadas”** ⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) define la calidad a nivel general como el **“conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos (alteración del estado del paciente producida por la actuación médica) y a la máxima satisfacción del paciente” con el proceso**” ⁽⁶⁾ A lo que se suma el buen uso y a eficiencia de los recursos

Según surge del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención médica- Ministerio de Salud de la Nación “En el campo de la salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: EQUIDAD, EFECTIVIDAD, EFICACIA y EFICIENCIA. Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, se da más a quién más necesita garantizando la accesibilidad; con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes. Podríamos decir que esto constituye calidad de los Servicios de Salud” ⁽⁷⁾.

(5) ISO, op. cit., pág. 8

(6) La calidad como eje transversal de los sistemas de salud, en internet: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-13.pdf>, (15/03/2014)

(7) Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, en internet: <http://www.msal.gov.ar/pngcam>, (15/03/2014)

Por último, las instituciones nucleadas en la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica **CIDCAM**, la definen como **“la capacidad óptima lograda por un profesional, institución asistencial o docente, para contribuir a las mejores condiciones de salud de las personas y comunidades y el estímulo al mejoramiento permanente de las instituciones y prestadores y coinciden en que esa capacidad óptima es fruto de la armonía de conocimientos, habilidades y actitudes, que comprenden no sólo la ciencia y la técnica sino la humanización de la asistencia y la organización de los recursos”** ⁽⁸⁾

- El concepto de calidad se orienta fundamentalmente al logro y evaluación de los mejores resultados posibles en la resolución de los riesgos, los síntomas y problemas de salud del paciente con la mayor seguridad y el menor riesgo y en cumplimiento de los principios éticos y de respeto por el paciente y su familia. .
- Adicionalmente la calidad se mide también evaluando características de estructura y procesos de atención en donde existe evidencia científica de su relación con los resultados y la seguridad del paciente, incluyendo la prevención y control de riesgos.
- El aspecto central del análisis de calidad está orientado al paciente, su atención y la seguridad del mismo.
- Este análisis debe extenderse a la seguridad del/los profesionales técnicos y los recursos humanos de salud así como la familia y todo otra persona relacionada con el establecimiento.

(8) C.I.D.C.A.M, Calidad de la Atención Médica – Declaración de la Plata, en internet: <http://www.cidcam.org.ar/Declaracion%20de%20La%20Plata.pdf> , (15/03/2014)

- La calidad se logra a través de una adecuada y activa participación y compromiso de todos los recursos involucrados en la gestión institucional.
- Esta participación se logra a través del ejercicio permanente por parte del equipo de dirección de un liderazgo positivo y participativo hacia la calidad.
- El logro de la calidad es un complejo proceso de coordinación entre los conocimientos de las profesiones de las ciencias médicas y de la organización y administración de recursos así como de la bioética y de la economía.
- La investigación en salud en todos sus aspectos, la investigación bio-fisiopatológica, la epidemiológica, la de medicina clínica basada en la evidencia así como la investigación de sistemas y servicios de salud aportan los conocimientos fundamentales para definir y aplicar estándares de evaluación de calidad.
- La definición de un Programa de Gestión Integral de Calidad y de mejora continua por parte del establecimiento es la expresión de este principio.
- La auto-evaluación participativa y global de todo el establecimiento y la definición de un programa estratégico para la calidad es una etapa válida para preparar al establecimiento para la acreditación.
- La acreditación es de carácter confidencial y la información obtenida durante el proceso de acreditación, sus resultados y conclusiones se comparten entre el CENAS y el establecimiento. La difusión de estos resultados se realizan solamente con el consentimiento de las instituciones involucradas.

2.- Acreditación de Calidad

Se define acreditación a un proceso de evaluación externa realizado por profesionales pares capacitados, independientes de las organizaciones de atención y de las autoridades de salud y utilizada por las instituciones de salud para evaluar de manera objetiva las características de sus estructuras, procesos y resultados en función de las posibilidades potenciales y la situación real de la calidad de atención brindada comparada con estándares definidos.

Su propósito es asegurar las condiciones de calidad y de seguridad del paciente y sus familiares, del personal y de cualquier otra persona relacionada directamente con la institución de salud. Cubre todas las áreas de un establecimiento, de organización y de prestación de servicios.

Dentro del proceso de acreditación se incluye además el análisis y certificación de las actividades de auto evaluación realizadas, así como la definición, ejecución y cumplimiento de los programas estratégicos para la mejora continua y de gestión integral para la calidad.

La Acreditación de Calidad en nuestro país

La acreditación en la Argentina - al igual que muchos otros países en el mundo- es un proceso voluntario, por el cual una institución que quiere obtener dicha credencial se somete a una auditoria o verificación externa que evalúa básicamente su estructura y sus procesos con un conjunto de estándares que miden calidad. Auditores externos revisan los registros más relevantes de la estructura, procesos y resultados de un establecimiento de salud.

Según el C.E.N.A.S “se define acreditación a un proceso de evaluación externa realizado por profesionales pares capacitados, independientes de las organizaciones de atención y de las autoridades de salud y utilizada por las instituciones de salud para evaluar de manera objetiva las características de sus estructuras, procesos y resultados en función de las posibilidades potenciales y la situación real de la calidad de atención brindada comparada con estándares definidos” (9)

Generalmente la acreditadora es una organización no gubernamental (ONG), valora y reconoce que una organización de salud (establecimientos asistenciales hospitales, clínicas) cumple con los estándares publicados, aplicables y preestablecidos. Los estándares de acreditación generalmente se consideran óptimos y factibles, y han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo dentro de organizaciones acreditadas

Podría decirse que un establecimiento asistencial "acredita" o es "acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman el proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

. La decisión acerca de la acreditación de una organización específica de salud se toma después de una evaluación local y periódica realizada por un equipo de colegas, y típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años.

3.- Órganos Acreditadores en Argentina

Nuestro país cuenta con un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica elaborado por el Ministerio de Salud de la

(9) C.E.N.A.S, Programa Argentino de Acreditación de la Calidad en Salud - Manual de Acreditación de Establecimientos de Salud, Versión 2. 2.1, (Buenos Aires, 2005)

Nación que se aplica parcialmente, con diferencias marcadas según las jurisdicciones. En términos generales contempla:

- Para los profesionales: la matriculación obligatoria que autoriza al ejercicio de la profesión. Es otorgada por los Ministerios de Salud o por los Colegios Médicos de Ley con atribuciones delegadas por el gobierno para ello; la certificación de especialidad que autoriza al profesional a anunciarse como especialista en un área determinada de la medicina, también otorgada por los Ministerios o Colegios Médicos de Ley y la certificación y recertificación periódica que es voluntaria y que acredita las condiciones profesionales y morales de quién se somete a la misma. Esta última es efectuada por sociedades científicas o comisiones ad hoc, la mayoría de las cuales están adheridas al Consejo de Certificación de Profesionales Médicos auspiciado por la Academia Nacional de Medicina.

- Para los establecimientos: la habilitación obligatoria, función de gobierno que garantiza la disponibilidad de las condiciones mínimas de seguridad establecidas en leyes y otras normas administrativas para el cometido de la institución; la categorización obligatoria, también función de gobierno, que incluye a los establecimientos en una determinada clasificación de acuerdo al desarrollo tecnológico y al riesgo asistencial que están en condiciones de asumir y la acreditación que, como ya se ha dicho, es voluntaria, periódica, efectuada en general por organismos no gubernamentales sin fines de lucro y que significa una garantía de la calidad de los establecimientos

Es necesario recordar que los procedimientos señalados están referidos a establecimientos asistenciales y que en relación a los recursos humanos, la "certificación de especialidades", ocupa un lugar de especial importancia en el marco de las garantías de calidad. Se la define como: **el**

procedimiento de evaluación de los recursos humanos profesionales, periódico, por el cual los profesionales, fundamentalmente médicos, luego de obtener su habilitación certifican una determinada especialidad y con ello el aval para la realización de determinadas prácticas de la especialidad.

Antecedentes

Los primeros pasos hacia una mejora en la calidad de salud, en nuestro país, están relacionados con la formación y especialización de los médicos.

En 1957 la Asociación Médica Argentina, creó el Sub-Comité de Residencias Hospitalarias, con el fin de evaluar hospitales con residencias médicas. En los que podrían realizarse dichas residencias. Diez años después- en 1967- se creó el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME); entidad mixta - que aunaba varias e importantes instituciones de salud- cuyos fondos provenían de la Secretaría de Estado de Salud Pública. Que funcionó hasta 1976.

Los primeros manuales y guías de evaluación en la Argentina comenzaron a utilizarse en 1970 a las obras sociales y recién en 1980 el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) introduce el Programa de Acreditación Periódica de Establecimientos de segundo nivel.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), suscribieron - en 1990- un convenio de cooperación técnica con la finalidad de elaborar un manual de acreditación adecuado a la realidad de los hospitales públicos y privados de la región.

El documento preliminar se originó en la Argentina a partir del trabajo de un conjunto de sociedades de Argentina, el sector privado, la seguridad social y las sociedades científicas impulsaron la creación de la "Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica en la Argentina

COMCAM". Esta es una organización no gubernamental, no lucrativa, cuyo proyecto se terminó de elaborar en 1989, integrándose un grupo de trabajo en 1990 para formalmente constituirse como tal y aprobar su programa en 1991 con un acuerdo entre el INSSJYP (PAMI), COSSPRA; IOMA; CONFELISA; SADAM; y 12 entidades científicas de la Argentina.

El impulso motivador de la misma fue la existencia de una sobreoferta de servicios asistenciales que ejerce un condicionamiento de la demanda de servicios, así como una desatención de la calidad de atención médica. Estas variables actúan de tal forma que provocan una severa distorsión del sistema comprometiendo los objetivos y el desarrollo de los sectores, además de brindar resultados no satisfactorios y exigiendo la adopción de criterios ordenadores que privilegien la calidad de atención médica.

Durante el período 1990/91 la COMCAM elaboró el Manual de Acreditación de establecimientos asistenciales de la Argentina y los reglamentos de acreditación. El programa propicia la acreditación voluntaria orientando su acción inicial hacia los establecimientos polivalentes. Los estándares adoptados a través de la discusión en Comisiones Científicas prevén niveles de exigibilidad creciente a partir de un mínimo o básico. A su vez la Seguridad Social participante de este proyecto, ha comprometido la adopción del criterio de contratar en el futuro de los establecimientos acreditados.

**Actores involucrados en el Mejoramiento de la Calidad del
Servicio de Salud en Argentina**

Ministerio de Salud de la Nación (MSN)

- Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud,
responsable del registro de los recursos de Salud

- El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM)

- La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)

- **Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)**, entidad autárquica de supervisión, fiscalización y control de los agentes del Seguro de Salud (Obras Sociales) en jurisdicción del Ministerio de Salud de la Nación.

- **Concejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM)**, auspiciado por la Academia Nacional de Medicina.

- **Concejo de Re-certificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA)**.

- **Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES)**: Asociación civil sin fines de lucro, abocada a la acreditación de instituciones de salud. Ofrece a los centros asistenciales de toda la Argentina un modelo de evaluación.

“Es una organización no gubernamental (ONG) que funciona desde 1994. Fue creada por las inquietudes de un grupo de establecimientos líderes de todo el país, las principales asociaciones de prestadores, importantes entidades financiadoras de servicios de salud y sociedades científicas” ⁽¹⁰⁾

- **Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM)**: “es una entidad de carácter privado sin fines

(10) I.T.A.E.S Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud, en internet: <http://www.itaes.org.ar/que-es.php> (03/03/2014)

de lucro. Esta comisión tiene como antecedente la convocatoria realizada en 1995 por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata a las instituciones oficiales y privadas relacionadas con la atención médica y a los organismos de gobierno que nuclean a los médicos y a otros profesionales de la salud” (11). Esta entidad está conformada por los siguientes integrantes: **FECLIBA** (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires); **FECLIBA DI** (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires Distrito I); **FECLIBA DII** (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires Distrito II); **FEMEBBA** (Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires); **FABA** (Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires); **ACLIBA I** (Asociación de Hospitales, Clínicas y Establecimientos de Alta Complejidad Privados de la Provincia de Buenos Aires, Región La Plata); **ACLIFE** (Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires Federadas); **FEMECON** (Federación Médica del Conurbano Bonaerense); **AMP** (Agremiación Médica Platense); **FOPBA** (Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires)

- Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS)

Es una organización civil sin fines de lucro, independiente, de alcance nacional, comprometida con la calidad de la atención de la salud.

La organización propone un proceso de evaluación externa realizado por profesionales pares con cual las empresas de salud pueden medir y acreditar la calidad de sus estructuras, procesos y resultados.

(11) C.I.D.C.A.M Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica, en internet: <http://www.cidcam.org.ar> (03/03/2014)

El Centro fue creado por las principales prestadoras de la salud del país, con la participación de entidades financiadoras del sistema e instituciones académicas del sector.

De acuerdo a los lineamientos internacionales en la materia, el CENAS creó en su Programa de Acreditación, una comisión asesora de amplia representatividad y un comité de apelaciones.

El CENAS participa de los programas internacionales de desarrollo de la calidad y de acreditación de la ISQUA y acompaña a la CIDCAM

Organismo Argentino de Acreditación (OAA): es una entidad privada sin fines de lucro, creada dentro del marco del Sistema Nacional de Normas, Calidad y Certificación, para desarrollar las funciones establecidas en el Decreto 1474/94 y su función es acreditar Organismos de Certificación de sistemas de la calidad y sistemas de gestión ambiental (además de laboratorios de ensayo, laboratorios de calibración y organismos de certificación de productos). “Es una entidad civil sin fines de lucro constituida el 29 de mayo de 1995, que se integra y funciona de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 1474/94 del Poder Ejecutivo Nacional del 23 de agosto de 1994” ⁽¹²⁾, la Resolución N° 90/95 del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos del 26 de septiembre de 1995, la Resolución N° 330/99 del Poder Ejecutivo Nacional del 19 de mayo de 1999, el Decreto N° 73/03 del Poder Ejecutivo Nacional del 13 de enero de 2003, el Estatuto del Organismo y los principios descriptos en su Manual de la Calidad. Está reconocido por la Secretaría de Industria, Comercio y Minería por convenio firmado con la misma. Originalmente, el OAA estuvo destinado a cumplir funciones en el campo voluntario, pero desde 1998 comenzó a tener responsabilidades en el área regulada por la asignación de las autoridades regulatorias, en disposiciones pertinentes, de responsabilidades de

(12) O.A.A Organismo Argentino de Acreditación, en internet: <http://www.oaa.org.ar> (03/03/2014)

acreditación en el campo regulado. “El OAA trabaja de manera autónoma y cuenta con sostenibilidad económica. **A nivel internacional** ha sido evaluado, está reconocido y ha firmado acuerdos con las entidades que representan a todos los organismos de acreditación del mundo” ⁽¹³⁾

Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud (SACAS) asociación civil sin fines de lucro, cuyo propósito central es nuclear a todas o la mayor parte de las iniciativas sobre Calidad en Atención de la Salud existentes en todo el país, provengan éstas de los tradicionales actores y profesiones del Sector Salud, o de otras áreas de la actividad económico-social, siempre que tengan el propósito específico de abordar el campo de la Salud. Su cometido central es la de una sociedad científica, los vínculos entre las instituciones asociadas, se darán a través de las actividades de esta naturaleza que compartan. “Sobre la base institucional de la Asociación para el Fomento de la Calidad en Atención de la Salud (AFCAS), cuyo objetivo central fue la organización de la 18ª Conferencia Internacional sobre Calidad en Atención de la Salud, en el 2001, y sus eventos relacionados, se constituyó la Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud (SACAS), como miembro institucional de la International Society for Quality in Health Care (ISQua)” ⁽¹⁴⁾

PICAM “es un programa de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales que se desarrolla en forma asociativa entre ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) y SACAS (Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud)” ⁽¹⁵⁾.

(13) Ibídem

(14) S.A.C.A.S Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud, en internet: http://www.calidadensalud.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26 (03/03/2014)

(15) P.I.C.A.M Programa de Indicadores de Calidad para la Atención Médica, en internet: <http://www.picam.org.ar/> (03/03/2014)

Los Objetivos de este Programa son:

- Impulsar iniciativas destinadas al mejoramiento de la calidad creando un ámbito de reflexión que interrelacione a los grupos de trabajo intra e Inter establecimientos.
- Desarrollar y obtener indicadores de calidad para analizar la realidad de los establecimientos.
- Obtener indicadores de referencia y posibilitar la comparación (benchmarking) entre los establecimientos participantes, públicos y privados, con o sin fines de lucro.

Instituto Argentino de Normalización (IRAM), Es una asociación civil sin fines de lucro, que fue fundada en el año 1935 por representantes de los diversos sectores de la economía, del Gobierno y de las instituciones científico-técnicas ⁽¹⁶⁾, es una organización no gubernamental de utilidad pública y de carácter privado que realiza la certificación de productos y sistemas de gestión, la certificación de conformidad de la fabricación, la certificación de conformidad con normas de servicios y la certificación ISO 9000 de gestión de la calidad; ISO 14001 de gestión ambiental e IRAM 3800 de Seguridad y Salud Ocupacional. Si bien dichas prácticas se aplican al sector salud, las actividades del IRAM están dirigidas a productos y tecnologías de las distintas actividades económicas

4.- Los Objetivos de la Acreditación

Son los siguientes:

- Evaluar la calidad y la seguridad de la atención de la salud de acuerdo a las necesidades del paciente y las normas aceptadas.

(16) I.R.A.M Instituto Argentino de Normalización y Certificación, en internet: <http://www.iram.org.ar/index.php?IDM=47&mpal=44&alias=Que-es-IRAM>, 15/03/2014

- Evaluar la capacidad actual y potencial de una organización de asegurar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención integral del paciente.
- Relacionar el proceso de acreditación con las actividades de auto evaluación y de definición y desarrollo de programas de gestión integral para la calidad.
- Formular recomendaciones explícitas para el mejoramiento de la calidad
- Hacer participar a los profesionales prestadores de la atención así como a todo el personal de la institución en todas las etapas de la evaluación y el desarrollo de la calidad.
- Otorgar un reconocimiento externo de la calidad de la atención brindada por la institución de salud.
- Lograr y mejorar la aceptación y participación de la población y de los organismos prestadores y del estado en el proceso de calidad.

5.- Manuales de Calidad

El manual de Calidad tiene como propósito documentar la política de calidad de la Institución. Reúne los objetivos de calidad propuestos por los niveles de conducción para ser aplicados en todos los ámbitos de la empresa.

En este documento están contenidas todas las acciones que se llevaran a cabo para dar cumplimiento a los mismos, asegurando de esta manera la excelencia de atención tanto a los clientes externos como internos.

Se propone señalar y documentar el camino a seguir para alcanzar la Visión de la empresa, y se asume el compromiso de innovarlo y modificarlo toda vez que sea necesario y oportuno.

El manual contiene las políticas y normativas aceptadas por la conducción de la empresa y la asamblea de socios y es abarcativo de los procesos de la empresa

CAPÍTULO III

El Procedimiento de la Acreditación

Sumario: 1.- Principios Generales; 2.- La Solicitud de Acreditación; 3.- Las Formas de la Acreditación; 4.- Responsabilidades de las Instituciones Participantes; 5.- Las Etapas Previas a la Visita de Evaluación; 6.- La Autoevaluación; 7.- Visita al Establecimiento; 8.- El Establecimiento de Salud como Organización Social; 9.- La medición de la Calidad; 10.- La Definición de las Variables, Estándares e Indicadores; 11.- Propiedades de los Indicadores y Estándares; 12.- Estándares Básicos

1. Principios generales

La naturaleza de la acreditación

Ya se ha mencionado que el propósito final del proceso de acreditación es la promoción de un proceso continuo de Gestión Integral de Calidad.

La acreditación consiste en el cumplimiento de las siguientes etapas

- a) La identificación de los elementos, componentes y subsistemas de las estructuras y procesos esenciales para la calidad.
- b) La identificación de los estándares para la comparación.

c) La identificación de las medidas de resumen (indicadores) de las estructuras, procesos y resultados.

Se trata así de asegurar que los establecimientos utilizan las recomendaciones aceptadas de una buena práctica médica, guías y protocolos de atención así como las bases fundamentales de una adecuada organización y administración de los recursos humanos, tecnológicos y financieros.

Por lo tanto la estrategia detrás de la acreditación es de motivación, educación, investigación aplicada, constante renovación, auto evaluación para apoyar a las instituciones de salud a incorporarse a un proceso permanente interdisciplinario y responsable hacia la calidad.

De esta manera el propósito de la acreditación va más allá del análisis del cumplimiento de las regulaciones vigentes las que caben dentro de las responsabilidades del estado.

Dentro de este enfoque la acreditación identificara la organización y los procesos orientados al cumplimiento de dichas reglamentaciones mediante el análisis de las normas y el registro de las actividades.

Entre ellos se destaca:

- Los aspectos de dirección y conducción.
- La Gestión integral de calidad.
- La Participación y la auto-evaluación.
- El liderazgo transformador y el enfoque estratégico.
- El sistema de información para la conducción.
- La seguridad del establecimiento, el mantenimiento y la higiene
- La provisión de agua, control de la calidad del aire, fluidos, desechos.
- Los procesos de atención, la normalización, los protocolos de atención.
- La provisión de medicamentos e insumos críticos.

- La bioseguridad
- Productos biológicos
- La prevención y control de infecciones
- Esterilización
- Seguridad en la anestesia
- Cumplimiento de especificaciones técnicas
- La humanización de la atención.
- Otros a definirse

La inexistencia de estos registros o su falta de cumplimiento constituyen una situación que puede significar limitaciones básicas a la acreditación.

2. - La solicitud de la acreditación.

El reglamento de Acreditación del CENAS define en su Programa Argentino de Acreditación para la Calidad en Salud PAACS los pasos para la solicitud y sus requerimientos (Esta es información confidencial a la cual no tuve acceso)

3. - Las formas de acreditación.

Según lo definido en el reglamento, la acreditación será:

- Establecimiento Acreditado. Duración 3 años
- Establecimiento Acreditado con recomendaciones.
Duración 1 año a ser renovada a solicitud.
- Establecimiento No acreditado. Puede solicitarse nueva acreditación a los 6 meses

4. - Las responsabilidades de las instituciones participantes

El procedimiento de acreditación requiere que tanto el CENAS como la institución de salud acepten las siguientes responsabilidades

a) Confidencialidad de todos los actores involucrados. La misma debe comenzar durante el proceso de auto evaluación con la mayor participación de los profesionales y personal de la institución, continuando con la participación de los evaluadores y finalmente a través del Comité de Acreditación del CENAS.

Esta responsabilidad de ambas partes exige por lo tanto que no se comunique ni se opine prematuramente sobre el proceso de acreditación ni de sus resultados. El no cumplimiento de este requisito puede significar la suspensión del proceso de acreditación por parte de una de las partes involucradas.

b) Accesibilidad a toda la información disponible en la institución.

Toda institución que acepta participar en acreditación a través del CENAS se compromete a brindar ampliamente y en forma objetiva toda información disponible con el fin de evaluar la calidad y la seguridad de la atención.

Este requisito se aplica tanto a la disponibilidad de documentos como a la información provista por personal, pacientes y familiares.

c) La obligación de notificar

Es posible que durante el proceso de acreditación los evaluadores y el personal directivo de la institución identifiquen una situación evidente y objetiva de problemas en la calidad y seguridad del paciente o el personal de la institución. En esta situación los evaluadores están obligados a informar

inmediatamente al CENAS el que confirmara este hallazgo a la Dirección del establecimiento y de ser necesario a las autoridades competentes. El Consejo directivo del CENAS decidirá sobre la continuidad o suspensión del proceso de acreditación.

d) La contribución financiera para la acreditación.

Las instituciones que solicitan acreditación deben contribuir financieramente al CENAS para participar en la misma.

La misma será ponderada en función del tamaño y complejidad de cada institución

El aporte financiero está destinado a cubrir los gastos del CENAS en relación a la organización profesional técnica de la institución para la acreditación, la elaboración y producción de material técnico, el desarrollo de la evaluación de la institución, el entrenamiento de los evaluadores, el costo y viáticos de la visita a la institución, los salarios y gastos de profesionales.

5. - Las etapas Previas a la Visita

El Reglamento del PAACS define

La forma de aplicación a la acreditación

La documentación a enviar por parte de la institución en el momento de la acreditación incluyendo:

- documentos que describen la situación legal,
- la organización, los recursos humanos y tecnológicos,
- los programas en ejecución y datos de producción,
- las actividades de auto evaluación de la calidad y
- Los planes de desarrollo si los hubiere.

6. - La autoevaluación

Dentro del contrato de relación entre el CENAS y la institución se establece la necesidad que la misma realice, previo a la visita de acreditación, un proceso de autoevaluación. El mismo se realizara a partir del material de orientación producido por el CENAS y que se pondrá a disposición de la institución.

La institución que haya realizado otros procesos de autoevaluación como los desarrollados por la CIDCAM podrá utilizar los mismos así como los planes estratégicos de desarrollo como antecedentes de valor para la acreditación. Todo el material de auto evaluación se enviara al CENAS en los plazos definidos por el mismo.

7. - La visita al establecimiento.

El CENAS define en el PAACS

- las características de los pares evaluadores,
- su capacitación,
- la conformación interdisciplinaria de los equipos,
- los formularios de recopilación de la información,
- los criterios de comprobación,
- las definiciones operativas,
- las instrucciones para la institución en la preparación de la visita,
- los procedimientos de la revisión por parte de la institución,
- el informe del Comité de acreditación del PAACS,
- las responsabilidades del CENAS,
- el informe final de acreditación,
- los procedimientos de reparos y
- de solicitud de revisión de los resultados de la acreditación.

8.- El establecimiento de salud como organización social.

Para la identificación de las variables, indicadores, y estándares para la acreditación se parte de la teoría general de sistemas aplicada a una organización social definida como sistema social

Siguiendo este enfoque todo sistema social se analiza a través de cuatro puntos de vista.

1. El análisis de la estructura,
2. los procesos,
3. los resultados y
4. el contexto o las relaciones del sistema.

Por **estructura** se entiende a todos los recursos humanos, tecnológicos, físicos, financieros, organizativos y a las políticas, estrategias, planes, programas leyes, reglamentos, normas que los gobierna.

Por **procesos** se entienden a todas las actividades que realizan los elementos de las estructuras bajo la organización y procedimientos definidos en la estructura.

Por **resultados** se entiende a los cambios positivos ocurridos en los riesgos de salud, síntomas, historia natural de una enfermedad o afección atribuible a la acción de las ciencias de la salud aplicadas a través de los servicios de salud.

El **estudio del contexto** o de las relaciones constituye aquellos sistemas relacionados directamente con el establecimiento. Dentro de este análisis corresponde prioritariamente considerar a la población con capacidad actual o potencial de utilizar el sistema de salud. Dentro de este enfoque se realizan los estudios demográficos, socioeconómicos, culturales, financieros de la población del área de influencia o del sistema financiero y de la población usuaria.

9. - La medición de la calidad

El análisis de los resultados a través de los indicadores que midan las tasas correspondientes (población con resultados/ población a riesgo) constituyen el estudio de mayor relevancia para conocer la calidad del establecimiento.

Los resultados se miden así por los cambios positivos ocurridos en las condiciones de salud/ riesgos de los usuarios y también utilizando indicadores específicos como los que miden riesgos determinados como la infección hospitalaria.

El análisis de las estructuras y los procesos son de utilidad para conocer la calidad cuando los estándares y criterios utilizados tienen relación científicamente probada con los resultados.

Los indicadores que miden la relación de los RRHH con la capacidad instalada (número de camas), la composición profesional de los RRHH, la capacitación del personal, la existencia o de normas, entre otros son indicadores de estructura de valor para realizar inferencias sobre la capacidad potencial del establecimiento para otorgar calidad de atención.

Los indicadores que relacionan las actividades de los distintos áreas del establecimiento con el número de pacientes/ usuarios permiten el análisis de los procesos de atención

También será de utilidad la medición de la accesibilidad, los rechazos, la aceptabilidad, satisfacción de los usuarios, de la población y del personal del establecimiento.

10. - La definición de variables, estándares e indicadores

A los efectos de la evaluación de calidad de los establecimientos de salud se define como “variable” a toda característica de las estructuras, procesos, resultados y de la población que se considera de utilidad para realizar un análisis/ evaluación de la calidad.

Por lo tanto todo proceso de definición de estándares e indicadores debe comenzar con la identificación de las dichas áreas de análisis y de las variables a analizar en cada caso.

Los estándares se los define entonces como el nivel de excelencia esperado que se defina / acuerde para cada variable.

El grado de cumplimiento de los estándares se mide por los criterios definidos de aceptación o rechazo.

Se los define de manera positiva, expresando las expectativas y los objetivos a alcanzar por cada área de análisis.

Dentro de este enfoque se acepta que las instituciones puedan proponer otros criterios de cumplimiento de los estándares y objetivos.

Los indicadores son las medidas de resumen de las variables. De esta manera todo indicador se calcula según sea de variable cualitativa o cuantitativa.

Los indicadores /estándares pueden ser de variables de estructura, de procesos y de resultados.

Para evaluar los indicadores se pueden utilizar su comparación con series de tendencias temporales, comparación con establecimientos similares o con estándares de excelencia acordados para tal fin.

Identificación de las áreas de análisis indicadores y estándares.

Para la organización de la obtención de la información se analiza el establecimiento en cinco áreas de análisis:

- La organización y la administración de la atención del paciente
- La atención del paciente
- La calidad y los servicios finales
- Los indicadores de evaluación
- La tecnología y los equipos.

En cada una de ellas se identifican aspectos relevantes de

- La estructura
- Los procesos
- En la atención del paciente y en los servicios finales además se estudian los resultados de la atención

En cada uno de ellos se identifica:

- Las políticas/ normas definidas por la organización para definir / aplicar el indicador/ estándar.
- La participación de los responsables para organizar los procesos para cumplir con las políticas/ normas.
- Las prácticas utilizadas para cumplimentarlos organizados de manera de un proceso completo.
- Organización de la atención del paciente: desde la admisión hasta el alta
- Administración de los RRHH: desde la planificación de los cargos hasta la evaluación
- Las historias clínicas: desde su inicio hasta el archivo final
- Los indicadores de estructuras, procesos y resultados: de acuerdo a los estándares definidos.

11. - Propiedades de los indicadores y estándares

Los indicadores y estándares definidos deben cumplir con las propiedades de relevancia, simplicidad, facilidad de comprensión e interpretación, reproducibilidad y pertinencia.

Son de amplia utilidad: tanto para el sector privado como estatal como para cualquier tipo de establecimiento (agudo / crónico / monovalente / polivalente), con las adaptaciones correspondientes.

Los mismos tienen requerimientos progresivos. Los requisitos de cumplimiento de los indicadores y estándares se fijan en un proceso continuo de mejoría de la calidad.

La finalidad última es que permitan la comparación del establecimiento con otros establecimientos (control por excepción), con sí mismo a través del tiempo y con los niveles aceptados predefinidos.

12. - Estándares Básicos

I.1. LA DIRECCION Y LA CONDUCCION.

Estándar I.1.1. La institución de salud ha definido un plan estratégico de desarrollo.

Estándar I.1.2. Los órganos de gobierno, la dirección del establecimiento, y los profesionales responsables de la conducción cumplen

con sus responsabilidades gerenciales con el mayor nivel de eficiencia y eficacia.

Estándar I.1.5. La institución de salud tiene una política de gerenciamiento y monitoreo que permite la participación del cuerpo directivo y de los gerentes de todas las áreas del establecimiento.

Estándar I.1.7. Se ha identificado y definido las responsabilidades de los profesionales de la conducción del establecimiento. El jefe de cada sección/ área define los objetivos a alcanzar y las actividades y participantes para el logro de los objetivos de calidad.

I.2. - LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS

Estándar I.2.2. La necesidad y desarrollo de un dialogo permanente con el personal está incorporado dentro las políticas y estrategias del Programa de RRHH.

Estándar I.2.8. Se resguarda y mantiene la confidencialidad de la información del personal.

I.3 LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Y DE APOYO.

Estándar I.3.1. El servicio de diagnóstico por imágenes cumple con normas de calidad y seguridad.

Estándar I.3.2. El servicio de anatomía patológica cumple con normas de calidad y seguridad.

Estándar I.3.3. El servicio de hemoterapia cumple con normas de calidad y seguridad.

Estándar I.3.5. El servicio de esterilización cumple con normas de calidad y seguridad.

Estándar I.3.6. El servicio de farmacia cumple con normas de calidad y seguridad.

Estándar I.3.7. El servicio de alimentación y nutrición cumple con las regulaciones de seguridad e higiene y desarrolla un programa para asegurar una dieta balanceada y la satisfacción de los pacientes, familiares, visitantes y el personal del establecimiento.

I.4. LOS INSUMOS Y LA LOGÍSTICA

Estándar I.4.1. La organización y el funcionamiento de las compras y de los equipos son adecuados a las necesidades de la institución.

Estándar I.4.2. La Institución se responsabiliza por la seguridad y el mantenimiento del edificio, equipos e instalaciones.

Estándar I.4.3. El servicio de lavandería está organizado de acuerdo a reglamentación y normas de calidad y seguridad

Estándar I.4.4. El aseo del edificio, el mobiliario y los equipos se realiza de acuerdo con las normas de seguridad e higiene.

Estándar I.4.6. La institución tiene un sistema adecuado de eliminación de residuos.

Estándar I.4.8. Se ha organizado un sistema para brindar seguridad a las personas en caso de incendios.

I.5 EL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CONDUCCION: LA ATENCION DEL PACIENTE Y LOS REGISTROS DE ACTIVIDADES PROFESIONALES Y ADMINISTRATIVAS

Estándar I.5.2. Las autoridades, los profesionales y el resto de personal relacionado participan en la definición y aplicación de las políticas mencionadas.

Estándar I.5.3. Se ha definido dentro de la institución un sector o área de responsabilidad de la información médica con el fin de organizar y supervisar los datos a obtener, los indicadores a analizar y la gestión de la información (Gestión del Conocimiento).

Estándar I.5.4. Se ha definido un área responsable de la información económico-financiera que responda a las necesidades de la conducción, de los profesionales y del personal que conduce la institución y está sujeto a un proceso de evaluación y mejora permanente.

Estándar I.5.5. La historia clínica integra un sistema de información gerencial del establecimiento.

Estándar I.5.6. La información contenida en la historia clínica posibilita la adecuada coordinación e integralidad de la atención del paciente.

Estándar I.5.8. La historia clínica se utiliza para la evaluación de la calidad de la atención y para analizar las posibilidades de mejora continua de la atención.

II. LA ATENCION DEL PACIENTE

II. 1. - LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Estándar II.1.1. Los derechos de los pacientes y la provisión de esa información al mismo y a su familia es una prioridad de la institución.

Estándar II.1.3. Los pacientes y su familia reciben información clara, entendible y apropiada con relación a las condiciones de su permanencia en la institución.

Estándar II.1.5. El consentimiento del paciente y/o el de su familia o persona designada se requiere para cada procedimiento con relación a la atención.

II. 2. LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION DEL PACIENTE

Estándar II.2.1. La institución ha definido una política referente a la organización de la atención al paciente.

Estándar II.2.2. La comunicación con el público y el acceso a la institución y a todos sus servicios está organizada y facilitada ofreciéndose clara información sobre el mismo.

Estándar II.2.3. La institución tiene definida una política relativa a la admisión de los pacientes y durante toda la estadía en la institución.

Estándar II.2.4. La atención del paciente se realiza sobre la base de un plan médico definido el que parte de una identificación de síntomas, signos y diagnósticos presuntivos y es actualizado permanentemente de acuerdo a las necesidades.

Estándar II.2.5. Las necesidades específicas de los pacientes están identificadas y se toman medidas para su solución.

Estándar II.2.14. Los servicios médicos y los de apoyo utilizan protocolos terapéuticos y de diagnóstico y evalúan las prácticas implementadas.

III LA CALIDAD DE LOS SEVICIOS FINALES

III.1. LA GESTION INTEGRAL DE CALIDAD Y LA PREVENCION DE RIESGOS

Estándar III.1.1. La institución de salud define, conduce y mantiene una política para la calidad sobre la base de un programa de gestión integral de calidad y prevención de riesgos.

Estándar III.1.2. El programa de gestión Integral de Calidad presta especial atención a las necesidades del paciente.

Estándar III.1.3. La gestión Integral de Calidad identifica, monitorea y evalúa indicadores de estructuras, procesos y resultados.

III. 2. PROGRAMAS ESPECIFICOS DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD DE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y DERIVADOS, REACCIONES A DROGAS Y MEDICAMENTOS Y UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL MEDICO

Estándar III.2.4. La institución cumple con los reglamentos referidos a la seguridad transfusional.

III.3. LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE INFECCIÓN.

Estándar III.3.2. **Se han identificado a los responsables y definido su activa participación en la definición de políticas, objetivos y actividades del programa de prevención y control de infecciones.**

Estándar III.3.3. El programa de prevención y control está definido y ejecutado por profesionales capacitados.

Estándar III.3.4. **El programa de prevención y control define explícitamente los indicadores de evaluación.**

Estándar III.3.7. Se incorpora en el programa un capítulo para la prevención de la infección de los profesionales y el personal del establecimiento, familiares y público dentro del enfoque de la bioseguridad y la medicina ocupacional.

IV LOS INDICADORES DE EVALUACION

Estándar IV 1.2. **Se elaboran indicadores que permiten conocer el volumen de las prestaciones en un período de tiempo anual.**

CAPÍTULO IV

Desarrollo Práctico en Sanatorio Infantil

Sumario: 1.- Formulación de la Planificación Estratégica. 2.- Autoevaluación: Juicio Valorativo Interno. 3. Análisis FODA 4.- Análisis de Cada Sector. 5.- Análisis de los Procesos: Clasificación – Cadena de Valor de Calidad y Mapa de Procesos. 6.- Aspectos a Desarrollar previos a la Evaluación Externa

1.- Formulación de la Planificación Estratégica:

Se debe tener una clara determinación de los objetivos que deseamos alcanzar este año y una visión estratégica de las tareas a realizar para alcanzarlos (hay que ponerlos en papel). Para la consecución de cualquier objetivo se deben seguir los siguientes pasos:

- 1º Evaluar dónde estamos parados
- 2º Determinar dónde queremos llegar
- 3º Determinar las tareas a realizar para llegar al objetivo
- 4º Organizar los grupos de personas que deberán realizarlas
- 5º Determinar la periodicidad de las tareas
- 6º Estimar el tiempo requerido para alcanzar el objetivo
- 7º Una vez cumplido el tiempo estimado volver al punto 1º

¿Cuáles son los objetivos del Sanatorio?

EJ.: Objetivo Principal 1:

Conseguir Acreditación de CENAS

Tareas principales:

1. Organizar el Plan Estratégico Para la Calidad dónde se consideren todos los puntos observados por CENAS como de interés especial a saber:

- a. Pag.28 Desarrollo de instrumentos básicos de conducción.
- b. Pag.29 Funciones del Director Médico
- c. Pag.31 Administración y finanzas
- d. Pag.33 Normas de Calidad de Datos
- e. Pag.37 y 38 Historia Clínica
- f. Pag.39 y 40 Registros del Personal Actualizados
- g. Pag.43 El desarrollo científico
- h. Pag.47 El comité de Ética
- i. Pag.51 Plan de emergencias, Accesos para discapacitados, detector de humo
- j. Responsable del Control de Infecciones, Normas de calidad, Comité de Control de Infectología
- k. Pag.79 Responsable de Alimentación y Nutrición
- l. Pag.83. y 84 Comité de Farmacias, Normas.
- m. Pag.87 y 88 Normas de enfermería
- n. Pag.92 Normas de Derivación
- o. Pag.119 Indicadores

Objetivo A: Cumplir con el desarrollo de instrumentos básicos de Conducción:

1º Evaluar dónde estamos parados:

En la actualidad disponemos 1 de los 10 instrumentos básicos de conducción que es el 4.10 Marketing y comunicación institucional...

2º Determinar dónde queremos llegar:

Nuestro Sub-Objetivo es lograr desarrollar, implementar y obtener los resultados de los puntos: 4.1-4.2-4.3-4.4-4.5-4.9 hasta el mes de Junio y hasta el mes de Diciembre de este año lograr completar estos instrumentos con los puntos 4.6-4.7-4.8 o sea hasta Junio tener el 70 % de los instrumentos básicos de Conducción y Hasta diciembre cumplir con el 30% restante.

3º Determinar las tareas a realizar para llegar al objetivo.

4º Organizar los grupos de personas que deberán realizarlas

Tarea Principal 1: Determinar la planificación estratégica anual y/o quinquenal del Sanatorio.

- Sub-Tarea 1: Reunión de principales responsables para comunicar los objetivos y lineamientos del Sanatorio Infantil

- Fecha de Realización: _____ T.E.: _____

- Personal Involucrado:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- Sub-Tarea 2: Documentar el Plan estratégico y su diagrama de tiempos

- Fecha de Realización: _____ T.E.: _____
- Personal Involucrado:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

Tarea Principal 2: Crear el organigrama con responsabilidades definidas:

- Sub-Tarea 1: Reunión de principales responsables para acordar el organigrama principal del Sanatorio y sus sub-organigramas

- Fecha de Realización: _____ T.E.: _____
- Personal Involucrado:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

- Sub-Tarea 2: Documentar el Organigrama

- Fecha de Realización: _____ T.E.: _____
- Personal Involucrado:
 - _____
 - _____
 - _____

Tarea Principal 3: Redactar los manuales de Asignación de funciones para cada puesto

- **Sub-Tarea 1:** Reunión de principales responsables para acordar la asignación de funciones de cada sector.

- Fecha de Realización: _____ T.E.: _____

- Personal Involucrado:

- _____

- _____

- _____

- _____

- **Sub-Tarea 2:** Redactar los manuales de asignación de funciones

Tarea Principal 4: Redactar los Manuales de procedimientos de cada sector y/o puesto de trabajo.

- **Sub-Tarea 1:** Reunión de principales responsables para decidir sobre cuales sectores y puestos de trabajo se desarrollaran los manuales y/o estudiar o acordar el anexado de contenidos de otros manuales de procedimientos externos.

- Fecha de Realización: _____ T.E.: _____

- Personal Involucrado:

- _____

- _____

- _____

- **Sub-Tarea 2:** Recopilación, edición e impresión del Manual de procedimientos del Sector.

Tarea Principal 5: Tablero de Comando

• Sub-Tarea 1: Recopilación de documentación acerca de la creación de tableros de comando, asesoría, etc.

○ Fecha de Realización: _____ T.E.: _____

○ Personal Involucrado:

○ _____

○ _____

○ _____

○ _____

• Sub-Tarea 2: Discusión acerca de la documentación recopilada y determinación de los indicadores a procesar sobre el/los tableros de comandos.

○ Fecha de Realización: _____ T.E.: _____

○ Personal Involucrado:

○ _____

○ _____

○ _____

○ _____

• Sub-Tarea 3: Determinación de las fuentes y periodicidad de provisión de indicadores del tablero de comando

○ Fecha de Realización: _____ T.E.: _____

○ Personal Involucrado:

○ _____

○ _____

○ _____

- Sub-Tarea 4: Desarrollo vía Sistemas de Un tablero de Comando para Gerencia

- Fecha de Inicio: _____ T.E.: _____

- Personal Involucrado:

- _____

- _____

Tarea Principal 6: Documentar implementar y controlar las herramientas para la evaluación de satisfacción de los pacientes (encuestas).

- Sub-Tarea 1: Reunión de principales responsables para decidir formato, periodicidad, forma de muestreo, universo etc. De las encuestas. Encargado de generar las estadísticas, formato de las estadísticas, determinar su inclusión como indicador o no en el tablero de control.

- Fecha de Inicio: _____ T.E.: _____

- Personal Involucrado:

- _____

- _____

- Sub-Tarea 2: Diseño e impresión

5º Determinar la periodicidad de las tareas

6º Estimar el tiempo requerido para alcanzar el objetivo

(Se realizan en base a las fechas y T.E. de las sub-tareas)

7º Una vez cumplido el tiempo estimado volver al punto 1º

2.- La Autoevaluación - Juicio Valorativo Interno

Sanatorio Infantil - Descripción General

(Sanatorio Monovalente, Pediátrico, sin Neonatología)

- Sector de Recepción 24 Hs. con un personal rotativo de 11 Personas.
- Servicio de Guardia para Urgencias las 24 Hs, para ello, contamos con un equipo de 20 Profesionales Médicos que se distribuyen según la demanda.
 - Guardias Activas con Pediatras, y Guardias Pasivas de Especialistas.
 - Enfermería las 24 Hs., con personal permanente en los distintos servicios.
 - Servicio de Radiología con Guardias Activas y Pasivas según los horarios y la demanda.
 - Servicio de Ecografía y Ecocardiograma Doppler en horarios discontinuos. (con Guardias Pasivas).
 - Servicio de Laboratorio con Atención al Público de 09.00 a 21.00 y Guardia ambulatoria 24 Hs.
 - Farmacia para provisión interna de medicamentos en horarios discontinuos, y provisión de medicación en Urgencias.
 - 8 Consultorios externos en los cuales atienden 16 Profesionales que cubren 9 especialidades. (Gastroenterología, Alergia, Neumonología, Endocrinología, Cirugía, Neurocirugía, Cardiología, Urología, Dermatología y Endoscopia, además de Clínica Gral.
 - Sector de Admisión de Pacientes durante las 24 Hs. a cargo de 4 Personas que cubren turnos rotativos.
 - Sector de Recupero de órdenes, Horario corrido de 09 a 21 hs
 - Sector de Facturación en Horario corrido de 09.00 a 21.00
 - Departamento de Sistemas

- Departamento Contable
- Contamos con asesoramiento profesional de un Estudio Contable y un Estudio Jurídico.
- Gerencia dirigida por Una Profesional Médica.
- Un Director Médico
- Un Jefe de Guardias Médicas
- Servicio de Internación las 24 Hs, con una disponibilidad de 16 habitaciones con 2 camas c/u que se reparten entre sector común y especial.
- Una Habitación de cuatro camas para quirúrgicos leves o Internaciones breves, lo que totaliza **36 camas en Piso**.
- Una Unidad de Cuidados Intensivos que dispone de 8 lugares para internación, 7 en Sala común y un aislamiento. Con una cobertura de 8 Profesionales a cargo de la guardia de la misma en turnos rotativos.
- Dos Quirófanos totalmente equipados.
- Tres Médicos en piso que cubren un total de 12 Hs. discontinuas de atención al Paciente Internado.
- Dos Kinesiólogos en Piso con dos visitas diarias al Internado que lo requiera.
- Servicio de Enfermería las 24 Hs.
- Servicio de Economato las 24 Hs.
- **Contamos con Guardias Pasivas en:**
 - ✓ Traumatología: A cargo de tres Profesionales que rotan para cubrir el Servicio.
 - ✓ Cirugía: A cargo de tres Profesionales que rotan para cubrir el Servicio.
 - ✓ ORL: A cargo de cuatro Profesionales que rotan para cubrir el servicio.
 - ✓ Oftalmología: A cargo de un Profesional que cubre consultorio y Guardias pasivas.

- ✓ Odontología: A cargo de un Profesional tercerizado.
- ✓ Neurología.
- ✓ Neurocirugía.

- Un Centro Médico Anexo de Especialidades que cuenta con ocho Consultorios en los cuales se desempeñan 29 Profesionales cubriendo 12 especialidades, (Psicología, Cirugía, Endocrinología, Foniatría y Audiología, Nutrición, Kinesiología, Estimulación Temprana, ORL, Traumatología, Neumonología, Neonatología, Infectología y Clínica Gral. que funciona durante 12 Hs aproximadamente.

Esto hace un total de 45 Profesionales, sin contar Médicos de Guardia en consultorio y Terapia. En total trabajan en esta Empresa **68 Profesionales**, entre Guardias y Consultorio.

Los Profesionales que cubren Consultorio no son rentados y facturan por Acto Médico.

3.- Análisis F.O.D.A – El Establecimiento y su contexto

- ✓ Muchos de los requerimientos de información vistos en este capítulo apuntan a Organismos de índole estatal, como estadísticas de la comunidad en general. Aun así, hemos aportado datos relevantes en épocas de desborde como la información suministrada al Si.Pro.Sa (Sistema Provincial de Salud), en el período 2005 sobre la epidemia de Meningitis.

- ✓ Nos encontramos agrupados dentro de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia (ACYST), organismo con el cual mantenemos asiduo contacto a través de sus dirigentes y por medio de la participación y asistencia a los Cursos que el dicta este organismo.

✓ **En Cuanto a la Propuesta a futuro, nos encontramos en una etapa de transición, en plena implementación de un nuevo Sistema Informático, en el cual se contempla el registro de todos los datos relevantes y con el propósito de lograr a futuro una amplia gama de informes y análisis estadísticos elaborados directamente desde el sistema.**

✓ Respecto a la relación con los pacientes, actualmente se implementan Encuestas de Satisfacción, a través de las cuales hemos detectado necesidades y sugerencias de nuestros Pacientes, y a partir de las cuales se han implementado mejoras para complacer y brindar un mejor servicio.

✓ Sobre las Relaciones con el resto de los Organismos, no poseemos vínculos formales con O.N.G alguna, sin embargo sí mantenemos conexiones informales con el Si.Pro.Sa (Sistema de Salud Estatal) a través de nuestro equipo de Profesionales.

✓ Con los Organismos Financieros, y Proveedores mantenemos una relación fluida, como así también con los Sindicatos.

CONCLUSIONES DEL ANALISIS

Fortalezas

▪ Nuestra Empresa cuenta con un equipo de Profesionales que están vinculados directamente con la Atención Pública de la Salud Infantil en la Provincia, algunos de ellos, ocupando altos cargos de Jerarquía, con lo cual, podemos decir que el prestigio y la idoneidad del nuestro cuerpo de profesionales juegan un importante rol.

▪ De este análisis se desprende, que si bien, no somos comunicadores oficiales de la realidad, somos un referente importante a la hora de considerarla.

- Nuestro Personal percibe sus haberes en tiempo y forma, e incluso se cumplió con los fuertes aumentos decretados en los últimos tiempos, con lo cual demostramos que la Empresa prioriza a su Cliente Interno.

- Si bien no tenemos compromiso ni acuerdos con ONG, nuestro aporte a la comunidad en tiempos de desborde por epidemias o situaciones similares ha sido de absoluta relevancia, pues hemos actuado como un soporte del estado en esas ocasiones.

- Nuestra Empresa, se encuentra en procesos de mejoras permanentes, el personal rota sistemáticamente, desempeñándose en diferentes funciones y áreas, adquiriendo conocimientos de diversos sectores y es, en este proceso de búsqueda en que la transformación apunta a la excelencia.

- La demanda de nuestros pacientes ha sido ascendente, y permanentemente buscamos el modo de satisfacerla, a pesar de las limitaciones que la estructura nos impone, de una u otra forma y con el aporte del personal en muchos casos, hemos encontrados vetas para paliarlas.

- Nuestra trayectoria cuenta con casi treinta años dedicados exclusivamente a la atención pediátrica en salud.

- Somos permanentemente requeridos por las diferentes Obras Sociales y hemos logrado pactar con la mayoría de ellas.

- Mantenemos una relación fluida con el resto de los Servicios Privados y Públicos.

- Si bien no poseemos aún nuestro propio Comité de Docencia, nuestros Profesionales han sido y son preparados por el Comité de Docencia del Hospital del Niño Jesús, cuyos Docentes en su gran mayoría, pertenecen a nuestro plantel.

Debilidades

✓ Consideramos que nuestra debilidad principal, radica en una cuestión de estructura en la Planta Física, a partir de la cual se desprenden muchos asuntos que están directa o indirectamente relacionados con la misma. Como contrapartida, **esta debilidad es generada por una fortaleza**, que es la demanda creciente y permanente.

✓ La doble circulación, si bien representa una necesidad importante, es una cuestión de difícil o imposible solución, el estacionamiento para nuestros clientes, también es un proyecto irrealizable, la comodidad, que permanentemente anhelamos brindar, está sujeta también, en muchos aspectos, a la estructura en cuestión.

✓ El Personal de Enfermería, en su gran mayoría, cumple doble tarea pues desempeña funciones también en otros Centros Asistenciales, (ej: el Hospital de Niños), y si bien, poder cubrir sus expectativas económicas y limitar el desempeño de sus tareas a esta empresa sería una gran Fortaleza, no resulta financieramente factible, esto no se encuentra al alcance de nuestro presupuesto.

✓ Por otra parte, la existencia de personal capacitado para esta función, forma parte de una problemática general en la Provincia, dada la escasez del mismo.

✓ Otro punto frágil con el que nos encontramos y resulta de compleja salida, es considerar que nuestra Empresa es dominio de Profesionales Médicos que ejercen su Ocupación en la misma, con lo cual, separar las opiniones y decisiones personales de las Institucionales no es una tarea que se plasme objetivamente.

✓ En general, la mayoría las Obras Sociales, o algunas que capitalizan el mercado, no reconocen ciertamente los valores de costos que nos significa el consumo de un Paciente, con lo cual ofrecerles a ellos

algunas mejoras, requiere de un gran esfuerzo que en la mayoría de los casos son absorbidos por la empresa.

- ✓ No poseemos Servicio de Neonatología por falta de Estructura

Oportunidades

Actualmente somos el único sanatorio privado exclusivamente pediátrico en toda la provincia.

Amenazas

La mejora en las condiciones que ofrece el Servicio Estatal a su personal, nos representa un riesgo, dado que gran parte del mismo, podría optar por este beneficio duplicando sus horas de trabajo en este sector, lo cual reduciría la disponibilidad de personal capacitado en el ejercicio de sus tareas en esta empresa.

4.- Análisis de Cada Sector

A- La Conducción y Dirección.

- ✓ Nuestra conducción general es ejercida por una Socia Gerente General que además es Profesional Médico Pediatra, quién ejerce la conducción ampliamente y de forma permanente en base a una organización prácticamente horizontal.

- ✓ El trato de quién conduce con quienes acompañan la gestión, (Mandos intermedios) es directo y fluido con una comunicación carente de formalidades, es decir que nuestra Gerencia es de acceso directo a sus colaboradores.

✓ Esta conducción es acompañada por un Director Médico indudablemente capacitado, dado que se trata del Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, pero es quizás en este punto en donde nos encontramos con una importante debilidad, dado que el Director, en virtud de sus compromisos con el Estado no posee el tiempo de dedicación que necesitamos y es en este aspecto en el cual deberemos trabajar a futuro inmediato.

✓ Con referencia a los Legajos personales de la nómina, existen a disposición, aunque la documentación no está completa y actualizada como corresponde.

✓ Sobre el registro de las Vacunas Preventivas al Personal se encuentra trabajando nuestro Sector de Enfermería ya que no poseemos un registro sobre el esquema.

✓ En cuanto a la Información sobre los derechos de los Pacientes, nos encontrábamos trabajando con un Código de Convivencia que dista de los Derechos de los Pacientes formulados por el Si.Pro.Sa según el conjunto de Normativas Generales y en este momento, estamos adaptando el mismo, a las características de nuestra Empresa (Pediatría).

B- El Jefe De Enfermería Y El Servicio De Enfermería

Responsabilidades del Cargo:

- ✓ Diagramar al Personal de Acuerdo con el área de actividades (turnos mensuales, distribución de tareas, vacaciones)
- ✓ Evaluar el desempeño del personal en el servicio
- ✓ Establecer medios de comunicación mediante informes, reuniones y entrevistas.
- ✓ Prever las necesidades de insumos del servicio

- ✓ Promover la capacitación interna y externa del personal.
- ✓ Participar en la atención directa del paciente
- ✓ Coordinar criterios de distribución de pacientes con el personal de Admisión y/o Recepción
- ✓ Fomentar el diálogo y las buenas prácticas de enfermería en el personal
- ✓ Coordinar las tareas con los distintos servicios del establecimiento (Farmacia, Economato, Quirófano, etc.)
- ✓ Mantenerse la relación permanente con todo el personal de enfermería.
- ✓ Coordinar acciones con los enfermeros responsables de cada servicio
- ✓ Coordinar acciones con el Médico de Guardia en la evaluación y tratamiento de los pacientes.

El actual jefe de enfermería supervisa la totalidad de la gestión del servicio

La función del actual jefe de enfermería son adecuadas al cargo pero deben ser mejoradas y formalizadas ya que:

- ✓ No se realizan registros de control de calidad de la gestión
- ✓ No existe un organigrama con funciones y responsabilidades asignadas
- ✓ No existe un programa de supervisión de la gestión de enfermería
- ✓ Falta una planificación de capacitación continua del personal tanto interna como externamente

Se debería mejorar en:

- ✓ La unificación de criterios de atención mediante la formalización e implementación de las Normas de Enfermería.
- ✓ La Preparación un cronograma de planificación anual de capacitación para el personal

- ✓ Establecer registros para control de desempeño.
- ✓ Adecuar y supervisar el llenado de los registros de enfermería.
- ✓ Crear el comité de enfermería.
- ✓ Solicitar y participar en la optimización de los espacios físicos de cada office de enfermería.
- ✓ Elaborar planes de acción a corto, mediano y largo plazo.
- ✓ Establecer criterios para la evaluación de la asistencia prestada al paciente.

Muchas de estas mejoras están supeditadas en mayor o menor medida a la habilitación de una oficina para el desarrollo de las tareas administrativas de la jefa de enfermería.

C- Administración:

1) La responsabilidades del Administrador se pueden resumir en el siguiente esquema:

A. Supervisión de Tesorería y Cobranzas. Control de Cajas y Bancos. Análisis de saldos y proyecciones financieras de corto, mediano y largo plazo.

B. Supervisión de Contabilidad.

C. Liquidación de Honorarios Médicos y Proveedores.

D. Informes periódicos a Gerencia y a asesores contables.

E. Definición y supervisiones de control interno.

F. Otras funciones diversas vinculadas a la Jefatura del Sector y de Recursos Humanos

2) No se lleva a cabo la formulación y ejecución presupuestaria ya que por la estructura y organización administrativo-contable de la empresa no es necesario.

3) En lo que se refiere al personal administrativo se realizan reuniones periódicas por cuestiones puntuales diversas y por capacitación en general.

4) En general las actividades desarrolladas son las adecuadas. Sería interesante expandir e intensificar las tareas de control interno, que a la fecha solo se ejecutan las mínimas indispensables (las referidas al manejo de fondos y valores).

5) Contamos con el respaldo, auditoría, asesoramiento y control de un estudio jurídico y otro contable, ambos prestadores de servicios externos.

6) La Evaluación de Calidad: No poseemos Comité de Calidad y en consecuencia, tampoco Responsable del Área, por lo tanto a la pregunta de cuáles serían las mejoras, debemos honestamente responder que no existe Proyecto de mejora, sino que debemos partir de la necesidad de Creación de un Comité de Calidad.

D- La Admisión. La internación. Los consultorios externos

En nuestro caso, compartimos la Estructura física en la Atención del Paciente ambulatorio y el que posteriormente se interna, pues en Planta Baja funcionan nuestros Consultorios y en Primero y Segundo Piso, la Internación.

En relación a las dificultades, debemos reconocer que a pesar de poseer un primer anexo a pocos metros del Sanatorio, la demanda que va en constante crecimiento nos limita a la hora de brindar comodidad a nuestros pacientes. De hecho estamos analizando la manera de descentralizar algunos Servicios, en función de esta mejora.

E- El sistema de Información del Establecimiento. El Análisis de Datos. La Historia Clínica

✓ **El sistema de Información del Establecimiento:**

El sector tiene dos responsables.

El sistema de Información del Establecimiento está siendo redefinido con el objetivo de integrar los dos sistemas de información separados que actualmente funcionan en el establecimiento y reemplazar los sistemas de carga alternativos provistos por las Obras Sociales, además de agregarse módulos de estadísticas e información para Gerencia. También se plantea en la etapa final el desarrollo del tablero de comandos como una de las herramientas para la para toma de decisiones. Por otro lado surge como una propuesta de mejora la formalización de los manuales, guías clínicas e información relevante para la actividad diaria del sanatorio mediante la consulta a una página de intranet desarrollada en este Sanatorio.

El control de la calidad de los datos se efectúa partiendo de la premisa de Tabulación y Validación de las diferentes alternativas de carga; utilizando campos de redundancia como otro método de respaldo de la información.

✓ **El Análisis de Datos:**

La dirección y la conducción cuentan con información sobre la producción, el rendimiento y los costos del establecimiento aunque no de forma periódica sino bajo demanda. Los datos son extraídos de los sistemas y procesados posteriormente fuera de ellos.

Actualmente es posible elaborar informes y un análisis de la información que se obtiene de los sistemas aunque de forma muy precaria.

✓ **La Historia Clínica:**

El archivo de Historias Clínicas está organizado de la siguiente manera:

* En lo que respecta a las Historias Clínicas de Pacientes Internados; el archivo es realizado por una empresa tercerizada que se encarga de la guarda y custodia de todos nuestros archivos. Esto debido a la falta de espacio físico en el Sanatorio.

* En lo que respecta a la Historia Clínica de Pacientes Ambulatorios, hasta el momento cada médico posee un fichero independiente con los tratamientos de sus pacientes y los médicos que realizan las atenciones de guardia no tienen acceso ni realizan el mantenimiento de la información en las mismas; solamente en el libro de guardias que la Compañía aseguradora Obliga a tener en el Sanatorio.

El sistema de Archivo de Historia clínicas debe ser mejorado

Las mejoras planteadas son:

1. Pactar con custodia de archivos una reclasificación de las HCL de forma que a partir de un determinado momento se comiencen a integrar los Ingresos a una HCL única por cada paciente internado

2. Convenir con los médicos la Integración y reclasificación del Archivo de HCL Ambulatorias

3. Integrar en el nuevo sistema la carga detallada de consumos del paciente; su “cuenta corriente” que serviría para referencias de segunda instancia.

4. Implementar la modalidad de carga de epicrisis al sistema para paliar la falta de accesibilidad a la información de la historia clínica en Custodia de Archivos durante internaciones de fines de semana y feriados.

F- La Capacitación y el Desarrollo Científico.

No poseemos un Comité de Docencia Propio, dado que nuestros Profesionales ejercen la Docencia en el Hospital de Niños de la Provincia, y si bien esto puede constituirse como una debilidad, no podemos dejar de lado la acotación de que los Médicos que ingresan al Sanatorio, provienen de esa Institución, y por lo tanto son formados por un Comité de Docencia idóneo.

Sí en cambio, creemos poder lograr contar con una Biblioteca de intercambio, para lo cual, algunos Médicos ya han realizado gestiones con los Laboratorios para la provisión de material Bibliográfico y solo nos queda resolver el espacio físico donde se situaría esta Biblioteca.

G- La Relación con los Pacientes, la familia y la comunidad.

La relación con el Paciente y la familia, se realiza a través de una Secretaria de Piso, quién trabaja con las necesidades que se encuentran fuera del área Médica. Esto contempla el contacto directo con el Paciente, la solución a los problemas que se plantean, el asesoramiento para la realización de gestiones de los cuales los Familiares en general, no son conocedores. Además tramita Pedidos Médicos, Estudios, etc., se ocupa de las exigencias que se desprenden del servicio de hotelería, que por supuesto va de la mano del resto de las prestaciones, esta gestión, nos permite absorber los puntos débiles en los cuales a posterior trabajamos, esta tarea es complementada por el sector de Admisión en Horarios Nocturnos y días no laborables

H- La Planta Física, Servicios Generales y el Mantenimiento.

Los movimientos que revisten relevancia, son depositados a manos de Profesionales en la Materia, como ser Arquitectos, etc.

Recientemente, un relevamiento de Gas del Estado, nos permitió poner a cargo de idóneos en el tema, el cumplimiento de todas las Normativas al respecto.

Trabajamos también, con un Ingeniero en Seguridad, que de manera activa trabaja con nuestro personal en la prevención y control de accidentes. En este plan hemos cumplido también con todas las señalizaciones exigidas y la elaboración de un plan de evacuación con la participación de todo el personal para los casos de siniestros.

El Mantenimiento de las instalaciones y las reparaciones las realiza personal especializado tercerizado, sin relación de dependencia y según el requerimiento eventual (electricidad, plomería, gasista, etc). El mismo, en casos específicos reviste un carácter de guardia permanente, pues así se lo ha pactado con los proveedores de estos servicios, ya que así lo requiere una estructura de estas dimensiones.

En los últimos años, hemos evolucionado en cuanto a la imagen que brindamos, tratando de poner en los ambientes la calidez que requiere la atención de un niño.

La Situación General de la Planta Física

Como ya lo mencionamos, la Planta Física está sometida a un mantenimiento permanente, cuyas necesidades se generan de la misma manera, por lo tanto, nuestros proyectos de mejora son una constante, algunos de ellos pueden ir siendo concretados y otros en cambio requieren de plazos mayores, lo cual no los convierte en propósitos desechados.

Contamos con un completo Servicio de fumigación, adecuado para una Empresa de Salud, mantenimiento de Ascensor, con una Empresa responsable del mismo, el Servicio de Lavandería es tercerizado, y nuestro Personal recibe Uniformes según el sector al que pertenezca, por temporadas y en equipos dobles.

Las mejoras se orientan en relación con el trabajo que han iniciado nuestros Infectólogos, que incluyen las medidas preventivas en cuanto al control de Infecciones y riesgos posibles de contaminación, cuyo Plan Estratégico ya ha sido diseñado y una vez puesto en marcha será supervisado por ellos mismos.

I- Recursos Humanos, Tecnológicos y Financieros del Establecimiento

En referencia a los Recursos Humanos el Sanatorio cuenta a la fecha con una planta de 76 empleados en relación de dependencia, compuesta de la siguiente manera:

Administración (Recepción, Admisión, Facturación)	22
Depósito de Medicamentos:	2
Contaduría:	3
Informática:	2
Radiología:	2
Instrumentación Quirúrgica:	2
Enfermería:	28
Economato:	15

El mismo cuenta con el equipamiento mínimo de protección para la realización de sus tareas habituales. Actualmente se está llevando a cabo una capacitación sobre Higiene y Seguridad Laboral a cargo de profesionales en la materia.

Respecto de las normas laborales la empresa cumplimenta al pie de la letra con lo establecido por la Ley de Contrato de Trabajo y por el Convenio Colectivo vigente (nº 122/75), lo cual a nuestro entender constituye una fortaleza por cuanto somos unos de las pocas empresas del sector salud que así lo hace.

Además del personal en relación de dependencia el Sanatorio cuenta con un equipo profesional médico de todas las especialidades, que cuenta con un alto grado de reconocimiento en el medio.

El Personal dispone de los elementos para el desempeño de sus actividades que según el sector son variables.

Tenemos como tarea inconclusa el relevamiento y actualización de Legajos, Normas Escritas sobre Procedimientos documentados, Vacunaciones preventivas al Personal, etc.

Se trabaja de forma regular en la capacitación del Personal según los sectores y también de manera conjunta, cuya posibilidad de acceso, hace las veces de incentivo no monetario, cuyo costo absorbe la empresa.

Actualmente se realiza el examen Sanitario al Personal ingresante y debemos implementar el mismo periódicamente al personal ya incluido.

Nuestro Personal cuenta con el Seguro a cargo de la A.R.T. de la Caja Popular, y el mismo se ha utilizado en los casos de accidentes de Trabajo.

J- Los Servicios de Apoyo de Diagnóstico y Tratamiento

Poseemos, Servicios de Radiología, Ecografía, Ecocardiograma Doppler, Laboratorio, Anatomía Patológica, Hemoterapia, Banco de Sangre, Esterilización, Provisión Interna de Medicamentos.

Alguno de estos servicios son propios y otros son prestados por terceros especializados.

En los casos de los Servicios propios o que funcionan dentro de la Institución, requieren de mejoras en cuanto a espacio y equipamiento cuya tarea requerirá de un Plan Estratégico consecuente.

K- Los Servicios Finales de Atención

Nuestra Guardia funciona las 24 Hs., todos los días del año, para lo cual disponemos de Quirófano, UTI., Internación en Piso, y; en Horarios fijados, consultorios externos en casi todas las especialidades.

En lo que concierne a dificultades, Proyectos y Soluciones, aspiramos a que el Servicio de Guardia funcione como un Sector de Emergentología.

Con respecto a los datos que podemos presentar, nuestro registro de atención en guardia, desde hace un tiempo, tiene carácter informático, con lo cual, podemos respaldar la información, aunque apuntamos a una Historia Clínica Ambulatoria Única.

5.- Análisis de los Procesos – Cadena de Valor de Calidad

5.1 Clasificación

- 1) Procesos Centrales
 - a) De Atención medica ambulatoria
 - i) Consultorios Externos**
 - ii) Guardias**
 - b) De Atención en Internación
 - i) Habitaciones**
 - ii) Unidad de Terapia Intensiva**
 - iii) Cirugías**

- c) De Apoyo Diagnóstico
 - i) Radiología**
 - ii) Ecografías**
 - iii) Análisis Clínicos**

2) Procesos de Apoyo

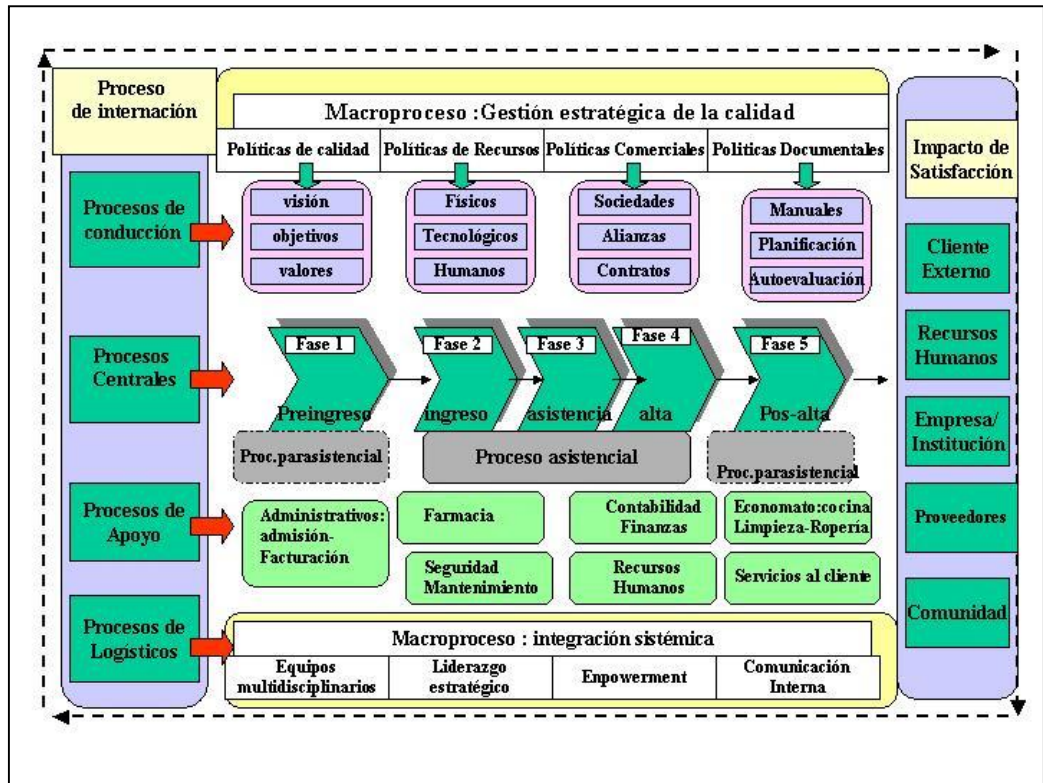
- a) Enfermería
 - i) Guardia Ambulatoria**
 - ii) Habitaciones**
 - iii) Unidad de Terapia Intensiva**
 - iv) Cirugías**
- b) Economato
 - i) Cocina**
 - ii) Servicios**
- c) Administración
 - i) Recepción**
 - ii) Admisión**
 - iii) Recupero**
 - iv) Facturación**
 - v) Contaduría**
 - vi) Cobranzas**
 - vii) Sistemas de Informáticos y de Información**
 - viii) Comunicaciones Internas**
- d) Seguridad

3) Proceso Estratégico

- a) Alianzas, Comercialización y Negociación de Contratos
- b) Integración Científica

- c) Gestión de RRHH
 - i) **Capacitación**
 - ii) **Formación**
- d) Planificación Estratégica
- e) Política de mercados
- f) Marketing y comunicación

El Mapa de Procesos del Sanatorio



6.- Aspectos a Desarrollar previo a la Evaluación Externa

El Desarrollo Científico.

Objetivos

- Lograr la conformación de un Comité de Docencia propio que capacite a los Profesionales, conformando un equipo de trabajo que integre las distintas especialidades para esta tarea.

Planificación:

- El espacio físico puede variar según la envergadura de las conferencias.
- Armado del Comité con los Nombres de los Responsables (50 a 60 días)
- Comienzo de las primeras Actividades Docentes, (90 días)

Observaciones:

Consideramos necesario destacar que la Docencia, si bien actualmente no está plasmada en un Comité, en la práctica se realiza con frecuencia.

Existe la Consulta permanente con el Director Médico, el intercambio con los especialistas se realiza de manera ágil, ya que poseemos prácticamente todas las Especialidades.

Las enfermeras reciben capacitación de manera permanente.

Nuestra Terapia realiza Ateneos para el Equipo de Profesionales Médicos y Enfermería.

El resto de nuestro Personal no Médico, asiste en forma permanente a Cursos de Capacitación según los sectores y los perfiles del mismo.

El Comité de Ética

Objetivo:

- Conformar un Comité de ética con el cual actualmente no contábamos, de modo tal que funcione con regularidad, y actúe según las facultades otorgadas en los casos en se requiriera del mismo.
- No consideramos necesaria la **Planificación Estratégica**, ya que el mismo ha sido conformado de la siguiente manera:

Presidente del Comité de Ética: Dr. **LORENZO MARCOS**

Ex Director del Hospital del Niño Jesús de nuestra Provincia, actual Presidente de la Asociación Protectora del Hospital de Niños, y Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos de la misma Institución, y Médico Clínico de este Sanatorio.

Colaborador Directo: Dr. **OSMAR CAPOLUNGO**

Ex Presidente de la Soc. de Asma, Alergia e Inmunología de Tucumán, Ex Vocal de La Sociedad Argentina de Alergia, Asma e Inmunología Clínica.

Asesoría Legal: Dr. **SERGIO MOLINA, Miembro del Estudio Jurídico que respalda a nuestra Institución.**

Responsable de Alimentación y Nutrición

Objetivos:

- Considerando que la alimentación es un elemento relevante en la recuperación de un paciente, queremos alcanzar en este aspecto, la máxima eficacia en el Control de calidad e Higiene.

- Establecer el circuito ideal para las tres áreas principales del mismo:

- ✓ Recepción y Almacenamiento de Alimentos
- ✓ Proceso de Producción, (Área limpia)
- ✓ Limpieza y Residuos, (Área sucia)

Plazos según el Proyecto a cargo de nuestra Lic. en Nutrición.

El Plazo estimativo total para la concreción del Proyecto es aproximadamente seis meses.

Estos pasos están plasmados en un Plan de Redacción extensa por lo cual, mencionaremos los puntos más importantes:

- Recursos Humanos: 30 días.
- Dietas numeradas según la patología del paciente, 60 días
- Planta Física: 90 días
- Lactario en Office de Enfermerías, 180 días.

Administración De Medicamentos para Consumo Interno.

Objetivos

- Manejar un control efectivo en el circuito de medicación, que permita lograr optimizar la provisión, de modo que esté a disposición al momento de la necesidad, en un valor accesible y con una rentabilidad justificada.
- Organizar el control de consumo interno de medicación, (según prescripción médica), incorporando para este fin, una Red Informática, que contacte a cada Piso de Internación, al sector de UCIP y Quirófano, directamente con el Sistema del sector de provisión.

Etapas a cumplir

1º Etapa: Estimamos 150 días para la colocación y utilización por parte del Sector de Enfermería de las Computadoras requeridas para este fin.

2º Etapa: Aproximadamente 60 días posteriores para que la carga de medicación utilizada por el paciente se expida por sistema al momento del alta.

3º Etapa: A los 30 días subsiguientes, monitoreo de control del funcionamiento del Plan Estratégico.

Observaciones:

- El Stock de Medicación se maneja en función de la demanda estimativa según épocas y estadísticas.

- La disponibilidad de medicación para el paciente internado, es de acceso permanente.
- Estamos actualmente en contacto vía Internet con el Manual Kairos, para la actualización de valores e información en general.

Normas de Derivación

- 1- Nos encontramos situados en la primera etapa de la concreción física y escrita de las Normas de Derivación de Pacientes.
- 2- El Objetivo final en este punto es capacitar a todo el personal relacionado con este aspecto para dar cumplimiento a cualquier tipo de derivación.
- 3- Las Normas de Derivación están siendo escritas como Procedimientos, con apoyo del Manual para la Gestión del Riesgo Médico Legal, y se calcula un tiempo estimativo de entre 15 a 20 días para su difusión interna.
- 4- A partir de esa fecha estimativa, se contarán treinta días posteriores, para la primera auditoria del funcionamiento del Plan Estratégico.

Observaciones:

En la práctica, la mayoría de los ítems que corresponden a este tema, se realizan, en función de la seguridad del Paciente y la responsabilidad de la Empresa.

Tableros de Comando – Modelo a Implementar

	Sector:	Tablero N°:	
	Gerencia	Fecha Creación:	
	Tablero de	Última Modificación:	
	Comando:	Revisión N°:	

Definición:

Modelo:

Orden	Indicador				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Observaciones:					

Validación y formato: Todos los indicadores de este tablero deben ser en números absolutos mayores o iguales a 0

Tableros de Comando Desarrollados: ver APENDICE N° 1

CAPÍTULO V

Conclusiones Finales

En el mundo actual la búsqueda de la calidad y la seguridad en el cuidado de la salud se convirtió en una tendencia global. Todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas de mediano y gran porte están siempre trabajando para mejorar sus servicios, buscando una mejor calidad, seguridad, confort y atención adecuada para sus clientes (los pacientes y sus familiares). Entre las ventajas que se obtiene a través del Proceso de Acreditación podemos nombrar los siguientes:

Embarcarse en un proceso de acreditación exhibe el compromiso de la alta dirección con la mejora de la calidad de la asistencia, y refuerza su posición competitiva en el mercado.

Aplicar un modelo enfocado en la calidad, como modelo de gestión y administración de una institución de salud, ya sea pública o privada, asegura que se trabaje día a día con un enfoque en sus objetivos estratégicos, favoreciendo las mejores prácticas de los empleados y de los procesos.

Implementar un proceso de acreditación promueve la optimización de la prestación de los servicios de salud, contribuye a mejorar la accesibilidad y continuidad de la atención, el soporte técnico y emocional a los usuarios, el compromiso de los directivos y las relaciones humanas entre el equipo de salud y en sus relaciones con los usuarios.

Mejora la imagen y credibilidad de la institución ante los clientes y la comunidad en general

Implementar un modelo de gestión enfocado en la calidad mejorará su reputación como institución y puede ser utilizada como una herramienta de marketing. Manda un mensaje claro a todos sus potenciales clientes (pacientes y familiares) de que la institución está comprometida con la calidad de la atención, la seguridad asistencial y la mejora continua. Al hacerse pública su condición de acreditado se logra una posición destacada entre sus pares, se obtiene el reconocimiento público en el ámbito de la salud por haber logrado la acreditación de una entidad externa independiente y haber iniciado un proceso de mejoramiento continuo hacia la excelencia.

Mejora del funcionamiento de la institución sanitaria y la gestión de los riesgos asociados a la atención en salud y Ser referente en el medio para la adopción de mejores prácticas

Un modelo de gestión enfocado en la calidad de la atención ayuda a la institución a mejorar su funcionamiento y a diferenciarse de aquellas instituciones que no usan el modelo. El modelo también hace más fácil medir el funcionamiento y gestionar los riesgos existentes. El proceso de Acreditación impulsa a las instituciones a revisar su actuación de acuerdo a estándares conocidos, para luego poder planificar e implementar las mejoras que permitan demostrar los logros de calidad de su organización

Mejora la calidad de la atención y la seguridad asistencial

Al establecer un modelo de gestión enfocado en la calidad de la atención y la seguridad asistencial, se aumenta la efectividad clínica y se reduce los riesgos derivados de la atención, con lo cual se asegura la satisfacción de los pacientes y sus familiares.

Mejora su capacidad de negociación con las Obras Sociales, Aseguradoras y el Estado y brinda acceso a Incentivos específicos para la calidad superior

Mejora la operatividad de la organización y reduce costos

La experiencia ha demostrado los beneficios financieros de las organizaciones que han invertido en un modelo de gestión de calidad. En general obtienen una mayor eficiencia operacional, reducción de costos e incrementos de su rentabilidad.

Mejora la comunicación interna, el trabajo en equipo, eleva la motivación del personal y permite formar líderes en el Mejoramiento Continuo de la Calidad

Un modelo enfocado en la gestión de la calidad permite que los empleados y directivos de la institución se sientan más involucrados a través de una mejora en las comunicaciones internas, la mejora de sus competencias laborales y el trabajo en equipo. Al mismo tiempo fomenta la participación de todos los empleados en los procesos de calidad de modo tal surgirán líderes naturales desde todos los estratos y niveles de la organización. En estos casos las organizaciones deberán estar atentas para formarlos e incentivarlos a que se involucren personal y profesionalmente con los procesos de mejora continua implementados desde la alta dirección

Transforma la cultura Organizacional

El modelo de gestión de calidad involucra a todos los miembros de la organización y fomenta la participación proactiva de cada uno de ellos, establece normas de convivencia, fomenta el trabajo en equipo, incrementa motivación y la autoconfianza y la confianza entre todos los miembros de la organización.

Incrementa la satisfacción del cliente

El ciclo de mejoramiento continuo “planificar, realizar, revisar y corregir” aplicado a los procesos de la institución de salud, asegura que los procesos serán cada vez más eficientes, lo que se traducirá en un aumento de la satisfacción del cliente.

Mejora su competitividad y abre nuevas posibilidades, por ejemplo exportar servicios.

En definitiva, podemos decir que los beneficios reales para las instituciones sanitarias con acreditación son: la calidad de la atención, la seguridad, la mejor utilización de los recursos físicos y el capital humano, y esto puede ser demostrado al paciente, haciéndole sentir más confianza en el uso de la servicios de una institución que tiene un sello de calidad que busca lo mejor en cada persona que está dentro de la institución

La Calidad es el aspecto fundamental que toda organización, sea una organización con o sin fines de lucro y cualquiera sea la actividad que desarrolle, su envergadura o su ubicación geográfica. Las normas de Calidad sirven de patrón al cual las organizaciones deben ajustarse para poder sobrevivir en este mercado global tan dinámico y cambiante y en el cual los clientes son cada día más exigentes. Los Modelos de Gestión de Calidad y los Procedimientos de Acreditación impulsan a las instituciones a revisar su

actuación de acuerdo a estándares conocidos, para luego poder planificar e implementar las mejoras que permitan demostrar los logros de calidad de su organización, apuntan a mejorar el funcionamiento de toda la organización en su conjunto, fomenta la participación activa de todos sus miembros al tiempo que permiten el desarrollo de líderes en gestión de calidad en todos los estratos de la organización, promueve el trabajo en equipo y la confianza mutua, mejora la comunicación interna y motiva, transforma la cultura organizacional, todos estos aspectos resultan clave para lograr la supervivencia y desarrollo sustentable a largo plazo de las organizaciones en los actuales mercados sumamente competitivos dinámicos y cambiantes.

APENDICE

Tableros de Comandos – Modelo y Desarrollo

Tableros de Comandos – Modelo y Desarrollo	Sector:	Tablero N°:
	Gerencia	Fecha Creación:
	Tablero de Comando: de Producción Neta de Internación	Última Modificación:
		Revisión N°:

Definición: El tablero de comandos de Producción Neta de Internación agrupará todos los indicadores del Sanatorio de relevancia para **La Gerencia**, este sector es el único que definirá la vigencia de los indicadores seleccionados, su reemplazo o redefinición.

Modelo:

Orden	Indicador	Enero	Febrero	Marzo
1	Cantidad de Egresos			
2	Pacientes Internados			
3	Días Cama Ocupados/Disponibles			
4	Internados Clínicos			
5	Internados Quirúrgicos			
	Observaciones			

Indicador 1: Cantidad de Egresos

Validación y formato: Debe ser un número absoluto mayor o igual a 0

Misión: Indica la cantidad de pacientes internados (o sea que ocuparon una cama en el Sanatorio) que egresaron.

Definición: Se define como egreso a la salida del establecimiento de un paciente internado y que finaliza su periodo de internación ⁽¹⁷⁾ por cualquiera de las siguientes causas, Alta Médica, Óbito, Traslado, Alta Voluntaria y Otros, al final de un mes determinado (Entendiéndose final del mes al último día del Mes a Hs: 23.59).

(17) Conjunto Mínimo de Datos Básicos Aprobados de Interés Nacional – 2005 – Dirección de Estadísticas e Información de Salud – Programa Nacional de Estadísticas de Salud – información estadística de Pacientes Internados – Págs.15 a 24

Responsable de volcar la Información al Tablero: Sector Sistemas -
Contaduría

Procedimiento de toma de muestra: Se deberá consultar la estadística generada por el Sistema de Internaciones.

1. Ingresando por el Menú FACTURACIÓN y luego seleccionando las Opciones:

- 3 CONSULTAS Y LISTADOS.
 - 12 ESTADISTICA MENSUAL O.Soc

2. Ingresar periodo a calcular
3. Incluir el total de Obras Sociales
4. Seleccionar la salida de Impresión
5. Confirmar

The screenshot shows a software window with a dark blue background and white text. At the top left, it says 'SAN LUCAS SUC. CENTRAL TER. 1'. At the top center, it says 'GESTION SANATORIOS - V4.0'. At the top right, it says 'USUARIO: RUBEN'. Below this, there are two sets of parentheses '(((-----)))'. In the center, there is a title bar that says 'ESTADISTICA MENSUAL OBRAS SOCIALES'. Below the title bar, there are two date fields: 'Desde: 01-05-2007' and 'Hasta: 30-05-2007'. Below the date fields, there is a label 'Incluye:' followed by a text box containing the word 'Total'. Below this, there is a label 'Salida:' followed by a text box containing the word 'Impresora'. Below that, there is a label 'Confirma:' followed by a text box containing the word 'Si'. At the bottom of the window, there is a yellow text prompt 'Ingrese datos'.

Al Imprimir el comprobante de la misma,

1. Se deberá tomar la cantidad expresada en la 8ª columna de cantidades en la Fila de "Total" perteneciente al Subgrupo "- EGRESOS -"
2. Remarcarla lo mismo que el periodo seleccionado que figura en el encabezamiento
3. Adjuntar a la carpeta de comprobantes de respaldo del tablero
4. Cargar el dato a su matriz.

Momento y Plazos de la Toma de Muestra: En el plazo no mayor a 5 días de vencido cada mes.

Causa de Toma del Dato: Porque es el indicador más importante de la producción sanatorial

Objetivo de Toma del Dato: Comprobar la variación de los egresos según estacionalidad, epidemiología y momentos de toma de decisiones de Gerencia.

Indicador 2: Pacientes Internados

Validación y formato: Debe ser un número absoluto mayor o igual a 0

Misión: Indica la cantidad total de pacientes que efectivamente ocuparon las camas del Sanatorio durante un mes determinado

Definición: A diferencia de los egresos este indicador toman como pacientes internados a todos los pacientes que tuvieron estadía durante ese mes desde el inicio al final del Mes (Entendiéndose inicio del mes al primer día del mes a Hs: 00.01 y final del mes al último día del Mes a Hs: 23.59); más allá de su fecha de Ingreso o Egreso.

Responsable de volcar la Información al Tablero: Sector Sistemas - Contaduría

Procedimiento de toma de muestra: Se deberá consultar la estadística generada por el Sistema de Internaciones.

1. Ingresando por el Menú FACTURACIÓN y luego seleccionando las Opciones:

- 3 CONSULTAS Y LISTADOS
 - 12 ESTADISTICA MENSUAL OS

2. Ingresando periodo a calcular
3. Incluir el total de Obras Sociales
4. Seleccionar la salida de Impresión
5. Confirmar

The screenshot shows a software window with a dark blue background and white text. At the top left, it says 'SAN LUCAS SUC. CENTRAL TER. 1'. At the top center, it says 'GESTION SANATORIOS - V4.0'. At the top right, it says 'USUARIO: RUBEN'. Below this, there is a title bar with 'ESTADISTICA MENSUAL OBRAS SOCIALES'. The main area contains the following fields: 'Desde: 01-05-2007 Hasta: 30-05-2007', 'Incluye: Total', 'Salida: Impresora', and 'Confirma: Si'. At the bottom, there is a yellow button labeled 'Ingrese datos'.

Al Imprimir el comprobante de la misma,

1. Se deberá tomar la cantidad expresada en la **4ª columna** de cantidades en la Fila de "Total" perteneciente al Subgrupo "– INTERNA –"
2. Remarcarla lo mismo que el periodo seleccionado que figura en el encabezamiento
3. Adjuntar a la carpeta de comprobantes de respaldo del tablero
4. Cargar el dato a su matriz.

Momento y Plazos de la Toma de Muestra: En el plazo no mayor a 5 días de vencido cada mes.

Causa de Toma del Dato:

Objetivo de Toma del Dato: Comprobar la variación de los pacientes que fueron Pensionados efectivamente por el sanatorio según estacionalidad, epidemiología y momentos de toma de decisiones del Sanatorio.

Indicador 3: Días Cama Ocupados/Días Cama Disponibles

Validación y formato: Debe ser un número decimal mayor que 0 y Menor que 1 en unidades de Porcentaje con dos cifras decimales.

Misión: Indica el porcentaje de ocupación de camas consumido por el paciente

Definición: Se toma como **Total de días cama ocupados** a la suma de los tiempos netos (Días, Horas y Minutos) de estadía de cada paciente que a su vez luego por sistema de redondeo se devuelven como valores absolutos. Se toma como **Total de Días Cama disponibles** al Total de días del mes multiplicado por la cantidad de Camas que tiene el Sanatorio (más allá de que estuvieran o no habilitadas para su uso ya que no existe indicador de fechas de habilitación o inhabilitación por sistema). Se toman como paciente ocupantes a todos los pacientes que tuvieron estadía durante ese mes desde el inicio al final del Mes (Entendiéndose inicio del mes al primer día del mes a Hs: 00.01 y final del mes al último día del Mes a Hs: 23.59); más allá de su fecha de Ingreso o Egreso. Se descartan los Pacientes cuya alta hubiese sido calificada como Alta Técnica y los Acompañantes de los pacientes.

Responsable de volcar la Información al Tablero: Sector Sistemas - Contaduría

Procedimiento de toma de muestra: Se deberá consultar la estadística generada por el Sistema de Internaciones.

1. Ingresando por el Menú FACTURACIÓN y luego seleccionando las Opciones:

- 3 CONSULTAS Y LISTADOS.
 - 12 ESTADISTICA MENSUAL OS

2. Ingresando periodo a calcular
3. Incluir el total de Obras Sociales
4. Seleccionar la salida de Impresión
5. Confirmar

SAN LUCAS
SUC. CENTRAL TER. 1

GESTION SANATORIOS - V4.0

USUARIO: RUBEN

ESTADISTICA MENSUAL OBRAS SOCIALES

Desde: 01-05-2007 Hasta: 30-05-2007

Incluye: Total

Salida: Impresora

Confirma: Si

Ingrese datos

Al Imprimir el comprobante de la misma,

1. Se deberá tomar la cantidad expresada en la **11ª columna** de cantidades en la Fila de "Total" perteneciente al Subgrupo "-DIAS CAMA-
2. Remarcarla lo mismo que el periodo seleccionado que figura en el encabezamiento
3. Adjuntar a la carpeta de comprobantes de respaldo del tablero
4. Calcular El total de Días Cama Disponibles multiplicando la cantidad de días del mes por la cantidad de camas del Sanatorio.
5. Cargar el dato a su matriz.

Momento y Plazos de la Toma de Muestra: En el plazo no mayor a 5 días de vencido cada mes.

Causa de Toma del Dato:

Objetivo de Toma del Dato: Comprobar la demanda de servicios internos real que asume el sanatorio según estacionalidad, epidemiología y momentos de toma de decisiones de la Gerencia.

Indicador 4: Internados Clínicos

Validación y formato: Debe ser un número absoluto mayor o igual a 0

Misión: Indica la cantidad total de pacientes que efectivamente ocuparon las camas del Sanatorio durante un mes determinado y que no utilizaron el servicio de Quirófano.

Definición: A diferencia de los egresos este indicador toman como pacientes internados a todos los pacientes que tuvieron estadía durante ese mes desde el inicio al final del Mes (Entendiéndose inicio del mes al primer día del mes a Hs: 00.01 y final del mes al último día del Mes a Hs: 23.59); más allá de su fecha de Ingreso o Egreso y que no requirieron el servicio de quirófano.

Responsable de volcar la Información al Tablero: Sector Sistemas - Contaduría

Procedimiento de toma de muestra: Se deberá consultar la estadística generada por el Sistema de Internaciones.

1. Ingresando por el Menú FACTURACIÓN y luego seleccionando las Opciones:

- 3 CONSULTAS Y LISTADOS
 - 12 ESTADISTICA MENSUAL OS

2. Ingresando periodo a calcular

3. Incluir el total de Obras Sociales

4. Seleccionar la salida de Impresión

5. Confirmar

The screenshot shows a software interface with a dark blue background and white text. At the top left, it says 'SAN LUCAS' and 'SUC. CENTRAL TER. 1'. At the top center, it says 'GESTION SANATORIOS - V4.0'. At the top right, it says 'USUARIO: RUBEN'. Below this, there are two sets of parentheses '((())'. In the center, there is a white box containing the text 'ESTADISTICA MENSUAL OBRAS SOCIALES'. Below this box, there are two lines of text: 'Desde: 01-05-2007 Hasta: 30-05-2007' and 'Incluye: Total'. Below these, there are two more lines: 'Salida: Impresora' and 'Confirma: Si'. At the bottom of the interface, there is a yellow button labeled 'Ingrese datos'.

Al Imprimir el comprobante de la misma,

1. Se deberá tomar la cantidad expresada en la **1ª columna** de cantidades en la Fila de “Total” perteneciente al Subgrupo “– INTERNA –“
2. Remarcarla lo mismo que el periodo seleccionado que figura en el encabezamiento
3. Adjuntar a la carpeta de comprobantes de respaldo del tablero
4. Cargar el dato a su matriz.

Momento y Plazos de la Toma de Muestra: En el plazo no mayor a 5 días de vencido cada mes.

Causa de Toma del Dato:

Objetivo de Toma del Dato: Comprobar la variación de los pacientes que fueron Pensionados efectivamente por el sanatorio según estacionalidad, patología y momentos de toma de decisiones del Sanatorio.

Indicador 5: Internados Quirúrgicos

Validación y formato: Debe ser un número absoluto mayor o igual a 0

Misión: Indica la cantidad total de pacientes que efectivamente ocuparon las camas del Sanatorio durante un mes determinado y que utilizaron el servicio de Quirófano.

Definición: A diferencia de los egresos este indicador toman como pacientes internados a todos los pacientes que tuvieron estadía durante ese mes desde el inicio al final del Mes (Entendiéndose inicio del mes al primer día del mes a Hs: 00.01 y final del mes al último día del Mes a Hs: 23.59); más allá de su fecha de Ingreso o Egreso y que requirieron del servicio de quirófano.

Responsable de volcar la Información al Tablero: Sector Sistemas - Contaduría

Procedimiento de toma de muestra: Se deberá consultar la estadística generada por el Sistema de Internaciones.

1. Ingresando por el Menú FACTURACIÓN y luego seleccionando las Opciones:

- 3 CONSULTAS Y LISTADOS
 - 12 ESTADISTICA MENSUAL OS

2. Ingresando periodo a calcular

3. Incluir el total de Obras Sociales

4. Seleccionar la salida de Impresión

5. Confirmar

SAN LUCAS
SUC. CENTRAL TER. 1

GESTION SANATORIOS - V4.0

USUARIO: RUBEN

ESTADISTICA MENSUAL OBRAS SOCIALES

Desde: 01-05-2007 Hasta: 30-05-2007

Incluye: Total

Salida: Impresora

Confirma: Si

Ingrese datos

Al Imprimir el comprobante de la misma,

1. Se deberá tomar la cantidad expresada en la **2ª columna** de cantidades en la Fila de “Total” perteneciente al Subgrupo “– INTERNA –”
2. Remarcarla lo mismo que el periodo seleccionado que figura en el encabezamiento
3. Adjuntar a la carpeta de comprobantes de respaldo del tablero
4. Cargar el dato a su matriz.

Momento y Plazos de la Toma de Muestra: En el plazo no mayor a 5 días de vencido cada mes.

Causa de Toma del Dato:

Objetivo de Toma del Dato: Comprobar la variación de los pacientes que fueron Pensionados efectivamente por el sanatorio según estacionalidad, patología y momentos de toma de decisiones del Sanatorio.

ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

Bibliografía General

- ADLER, Martin Oscar, Producción y Operaciones, 1° Edición, (Buenos Aires, 2004)
- CHIAVENATO, Idalberto, Comportamiento Organizacional, (México, 2004)
- GAITHER Norman; SANCHEZ GARCIA Gabriel; FRAZIER Greg, Administración de Producción y Operaciones, 8va Edición, (México, 2000)
- ISO, Norma Internacional ISO 9000 Sistemas de Gestión de la Calidad: Fundamentos y Vocabulario, Traducción Certificada, (Ginebra, 2005)
- KAST, Freemont y ROSENZWEIG, James, Administración en las Organizaciones – Enfoque de Sistemas y de Contingencias, trad. por Marco Antonio Malfavón Martínez, 4ta edición, (México, 1990)
- KOONTZ, Harold y WEIHRINCH, Heinz, Administración: Una Perspectiva Global, trad. por Enrique Mercado Gonzalez, 11va Edición, (México, 1998)
- ROBBINGS, Stephen y COULTER, Mary, Administración, trad. por Laura Fernandez Enríquez y Veronica Ramírez, 10ma Edición (México, s.f.)

Bibliografía Especial:

- C.E.N.A.S, Programa Argentino de Acreditación de la Calidad en Salud - Manual de Acreditación de Establecimientos de Salud, versión 2.2.1, (Buenos Aires, 2005)

- CA.DI.ME., "Programa De Garantía De Calidad", (Buenos Aires, 1998)
- FASSI, Jose Carlos, Calidad de Atención Médica - Declaración de La Plata, (La Plata, 1996)
- I.T.A.E.S, Manual De Acreditación De Establecimientos Polivalentes De Agudos Con Internación, 3ra edición, (Buenos Aires, 2003).
- MARRACINO, Camilo, Acreditación y categorización de los servicios de salud "Los Servicios de Salud en la Argentina" (Buenos Aires, 1993)
- MARRACINO, Camilo y colaboradores, Marco Conceptual y Antecedentes Internacionales del Programa de Calidad PICAM, (s.f.; s.d.)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, Programa Nacional De Garantía De Calidad De La Atención Médica - Calidad En Los Servicios De Salud, (s.d., s.f.)

Otras publicaciones:

- C.E.N.A.S, Programa Argentino de Acreditación de la Calidad en Salud, en internet: <http://www.cenas.org.ar/index.php?option=com.content&view=article&id=185&Itemid=198>, (03/03/2014)
- C.I.D.C.A.M - Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica, Declaración de La Plata, en internet: <http://www.cidcam.org.ar/Declaracion%20de%20La%20Plata.pdf> (03/03/14)
- CAVALLO, Sonia M. y LOPEZ JAUREGUI, Liliana B., El rol del Estado en la promoción de políticas pro-calidad - El caso de Argentina, en internet: <http://www.cippecc.org/-/el-rol-del-estado-en-la-promocion-de-politicas-pro-calidad-el-caso-de-argentina>, (15/03/2014)

- I.T.A.E.S, Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud, en internet: <http://www.itaes.org.ar/acreditacion.php>, (03/03/2014)
- O.A.A - Organismo Argentino de Acreditación, en internet: <http://www.oaa.org.ar/acreditacion.html>, (03/03/2014)
- S.A.C.A.S - Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud, en internet: <http://www.calidadensalud.org.ar>; (03/03/2014)
- XVII Jornadas IRAM Universidades "Calidad para la Comunidad", en internet: http://www.uniram.com.ar/Jornadas/XVII/Ponencias/foro-salud/Jornadas%20UNIRAM_ud.org.ar/Documentos/Jornadas/PresentacionCIDCAM SACAS.pps#279, (15/03/2014)

ÍNDICE ANALÍTICO

	<u>Pág.</u>
PROLOGO.....	1
RESUMEN.....	3
 CAPITULO I <u>Conocimiento de la Empresa</u>	
1.- Caracterización de la Empresa.....	6
2.- Prestaciones.....	7
3.- Organigrama.....	8
4.- Operatoria.....	15
 CAPITULO II <u>Marco Teórico = Calidad</u>	
1.- Calidad: Conceptos y Definiciones.....	18
2.- Acreditación de Calidad.....	22
3.- Órganos Acreditadores en Argentina.....	23
4.- Objetivos de la Acreditación.....	31
5.- Manuales de Calidad.....	32
 CAPITULO III <u>El Procedimiento de Acreditación</u>	
1.- Principios Generales.....	34
2.- La Solicitud de la Acreditación.....	36
3.- Las Formas de la Acreditación.....	36
4.- Responsabilidades de las Instituciones participantes.....	37
5.- Etapas Previas a la Visita de Evaluación.....	38

6.-	La Autoevaluación.....	39
7.-	La Visita al Establecimiento.....	39
8.-	El Establecimiento de Salud como Organización Social.....	40
9.-	La Medición de la Calidad.....	41
10.-	La Definición de Variables, Indicadores y Estándares.....	42
11.-	Propiedades de los Indicadores y Estándares.....	44
12.-	Estándares Básicos.....	44

CAPITULO IV

Desarrollo Practico en Sanatorio Infantil

1.-	Formulación de la Planificación Estratégica.....	51
2.-	La Autoevaluación: Juicio Valorativo Interno.....	58
3.-	Análisis FODA.....	60
4.-	Análisis de Cada Sector.....	64
5.-	Análisis de los Procesos – Cadena de Valor de Calidad.....	75
6.-	Aspectos a Desarrollar Previo a la Evaluación Externa.....	78

CAPITULO V

Conclusiones

1.-	Conclusiones Finales.....	84
-----	---------------------------	----

APENDICE.....	89
---------------	----

INDICE BIBLIOGRAFICO.....	100
---------------------------	-----

INDICE ANALITICO.....	103
-----------------------	-----