



**Asociación Argentina de Cirugía**  
**Comité Colegio**  
**Accreditación de Servicios de Cirugía**

**INTRODUCCION**

Desde hace ya muchos años la AAC, a través del Comité Colegio, evalúa los Servicios de Cirugía que lo solicitan, a los efectos de ser acreditados. Si bien este tipo de acreditación, ha cumplido sus objetivos, ha llegado el tiempo de replantearla, desarrollando un programa que no solo acredite sino que preste un servicio concreto a los acreditandos.

Así pues, se propone la creación de un programa de mejoras continuas, basado en un sistema de evaluación de calidad. Esto no significa una calificación del Servicio en términos de acreditado o no acreditado, como hasta el momento, sino la adhesión a un programa a ir desarrollando en el tiempo, en donde la AAC provee un grupo de herramientas, un manual sencillo de gestión de calidad, y el Servicio, trabajando en conjunto con el Comité Colegio acuerdan una serie de pautas sobre las cuales trabajar a los efectos de entrar en el programa de mejora continua. Esto genera un intercambio en donde el Comité Colegio propone evaluar gradualmente los puntos que cada servicio desee mejorar. Como no es posible en un sistema, alcanzar estándares de perfección, el trabajo se sostiene en el tiempo hasta que el Servicio lo desee.

La adhesión al Programa de Mejora Continua es en definitiva un instrumento que la AAC propone, para prestar un servicio concreto que permita a quienes lo soliciten, obtener y evaluar datos de sus propios procesos, pudiendo elaborar, apoyados en el Comité Colegio medidas concretas ajustadas a la realidad de cada Servicio para mejorar dichos procesos. Desde esta perspectiva, un problema o un error, no son motivo de oprobio sino una oportunidad de mejora

El objetivo de este programa, es en definitiva el apoyo a todos los que deseen aplicar una sistemática que permita dar respuestas a sus problemas concretos desde la realidad de su medio. No es, definitivamente, un programa de calificación, ya que propone ir modificando la clásica



acreditación por la entrada a este nuevo Programa de Mejora Continua, que supone un trabajo continuo en donde la AAC colabora estrechamente con cada Servicio, para que juntos pudiéramos cumplir el primer objetivo del acta de fundación de nuestra asociación, propender al desarrollo de la ciencia y arte quirúrgico.

### **Manual de Gestión para la Mejora Continua**

La Asociación Argentina de cirugía ha decidido incorporar en la acreditación de los servicios de cirugía los estándares de un sistema de gestión de calidad, con el objetivo de brindar a través de esta, una herramienta que permita el desarrollo normalizado de los mismos, con el desarrollo de las actividades bajo procedimientos generales, instrucciones y guías de tratamiento.

LA AAC, entiende que la calidad de los servicios que se brindan, surge de una comprensión adecuada de los requisitos del paciente, de otros servicios, de otros Hospitales, con el fin de lograr la excelencia en la atención de los mismos, cubriendo las necesidades del sistema de salud.

Esto solo es posible a partir del compromiso absoluto con un Sistema de Gestión de la Calidad necesariamente ágil y dinámico - respaldado por un mejoramiento continuo de servicios y procesos -, que focalice su atención en los siguientes aspectos:

**Pacientes:** es el objeto de nuestra atención, y nos compromete en la búsqueda constante de su satisfacción, cumpliendo sus requerimientos, realizando en tiempo y forma los procedimientos quirúrgicos y desarrollando un eficiente servicio de control evolutivo post quirúrgico y de análisis de los resultados.

**Proveedores:** auditoria permanente de los mismos que permita incorporar a los servicios médicos brindados insumos con la calidad, el tiempo y el costo adecuados.

**Personal:** desarrollo de sus habilidades, mediante la capacitación necesaria, brindando nuevas herramientas de gestión para su desarrollo constante, en un ambiente de respeto mutuo en<sup>2</sup> condiciones de trabajo acordes con los lineamientos exigidos en materia de cirugía general.



**Comunidad:** brindar una atención de excelencia y cubrir la demanda de atención de acuerdo al nivel de complejidad de la Institución en cirugía general.

**Otros clientes:** otros servicios de la misma Institución, otros hospitales, obras sociales o prepago médico.

**Legales:** cumplimentar el marco legal correspondiente a la actividad.

## **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.**

**Gestión**, son todas aquellas medidas que se adoptan para poder transitar de manera organizada, desde una situación inicial, a una situación ideal que nos proponemos alcanzar. **Planear, organizar, dirigir, evaluar y controlar son las bases de la misma.**

**Gestión de la calidad:** es el conjunto de las actividades de la función organizacional que determina la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades y las implementa por medios tales como la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad, en el marco del sistema de la calidad.

### **¿Que es un sistema de Gestión?**

Un sistema de gestión es una herramienta organizacional, aplicable a cualquier actividad, que posibilita desarrollar las tareas previstas dentro de un marco operativo que permita, desde la planificación inicial hasta lograr el objetivo, poder reproducir lo realizado, medir objetivamente y evaluar los puntos de cambios o propuestas de mejoras.

### **Los Requisitos previstos en esta herramienta organizacional son:**

(La puntuación corresponde a una nomenclatura de los sistemas de gestión basados en las normas ISO 9000-2000.)

#### **4.1 Requisitos Generales**

*Los servicios de cirugía, deberán establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia.*



*El sistema de gestión de la calidad esta conformado por una interrelación de procesos que permiten satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.*

## **4.2 Requisitos de la Documentación**

*El servicio debe:*

- *Aprobar su **manual de gestión de la calidad**, que es el documento que enuncia la política de la calidad, y describe el sistema de gestión de la calidad (organización y procedimientos) utilizados para cumplir las actividades del mismo.*
- ***Controlar los documentos** del sistema, de manera que se emplee en cada lugar de trabajo el documento actualizado revisado y aprobado por el personal designado e idóneo.*
- ***Controlar los registros de la calidad**, que son las evidencias objetivas que muestran si los servicios cumplen los requisitos especificados y que el sistema de gestión de la calidad sigue implementado y es eficiente.*

## **5.1 Compromiso de la Dirección.(Jefatura del Servicio)**

*La mayor autoridad del servicio debe manifestar su compromiso para desarrollar y mejorar el sistema de gestión de la calidad, debiendo:*

- *Comunicar a todos los integrantes del servicio que deben cumplirse los requisitos del paciente y los legales y reglamentarios.*
- *Establecer la Política y Objetivos por la Calidad.*
- *Revisar la marcha del sistema de gestión de la calidad.*
- *Asignar los recursos necesarios.*

## **5.2 Enfoque al Cliente.(paciente)**

*Debe estar al servicio de sus pacientes, por lo tanto debe enfocar su gestión considerando sus necesidades y expectativas y responder a las mismas, manteniendo la rentabilidad (relación costo-beneficio) y trabajando sobre la mejora continua.*



### **5.3 Política de Calidad.**

*La Política de Calidad es la intención y dirección global del servicio, en lo relacionado con la calidad, expresado por la mayor autoridad del mismo.*

### **5.4 Planificación.**

*Durante la planificación deben establecerse los Objetivos por la Calidad en correspondencia con los procesos y la Política de Calidad establecida.*

*La planificación incluye como se piensan cumplir los distintos procesos del sistema de gestión de calidad con los recursos disponibles por el servicio, teniendo en cuenta a la mejora continua.*

*Cada objetivo debe ser cuantificable y será medido con uno o más indicadores.*

### **5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación.**

*El Servicio debe definir el sistema de gestión de la calidad con el objetivo de demostrar a sus clientes(pacientes y personal) que es capaz de satisfacer sus expectativas y necesidades.*

*Para ello debe:*

- *Definir las **responsabilidades y autoridades**, es decir quien hace cada cosa en cada posición del organigrama.*
- *Designar un **representante de la dirección**, una persona de la dirección con la responsabilidad y autoridad para atender todo lo relacionado con esta norma.*
- *Asegurar las **comunicaciones internas**, a los efectos que todos los sectores sepan lo que pasa con el sistema en el servicio.*

### **5.6 Revisión por la Dirección.**

*El nivel mas alto del Servicio debe revisar, periódicamente, todo el sistema de gestión de la calidad para verificar su cumplimiento, eficacia y mejora continua.*

## **6 Gestión de los Recursos.**



### **6.1 Provisión de Recursos.**

*Con el objetivo de implementar y mejorar los procesos planificados del sistema de gestión de la calidad, el servicio debe tener en cuenta los siguientes ítems:*

### **6.2 Recursos Humanos.**

*El principal recurso del servicio debe ser sensibilizado en el tema Calidad y ser formado para realizar, competentemente, su tarea específica. Se deben analizar los perfiles de cada puesto de trabajo.*

### **6.3 Infraestructura.**

*La misma depende de los productos o servicios a brindar y puede incluir:*

*Espacio adecuado para el Trabajo, Hardware, Software, Servicios de Apoyo, instrumental, etc.*

### **6.4 Ambiente de Trabajo.**

*El Servicio debe tener en cuenta los siguientes factores que coadyuven a que el producto o servicio sea el adecuado y esperado por los clientes:*

*Factores Humanos: Participación del personal, Motivación, desarrollo personal, etc.*

## **7 Realización del procedimiento quirúrgico.**

### **7.1 Planificación de la Realización del Producto (Servicio).**

*Los procesos para la realización del producto o servicio se indican en los procedimientos, instrucciones y especificaciones que al respecto se encuentren preparados, revisados, aprobados y distribuidos en los correspondientes lugares de trabajo.*

### **7.2 Procesos Relacionados con los pacientes.**

a) *El Servicio debe identificar los **requisitos de los pacientes** teniendo en cuenta, como mínimo los siguientes factores:*



- *Requisitos especificados por el paciente (explícitos).*
- *Requisitos no especificados por el paciente (implícitos).*
- *Requisitos legales y reglamentarios.*

c) *El Servicio debe abrir canales de **comunicación con los pacientes** para:*

- *Tratar las consultas, quejas o reclamos.*
- *Darle información y confianza al paciente.*
- *Solucionarle todo problema que pueda tener relacionado con los servicios.*
- *Verificar el buen desempeño de los servicios que se realizan y de esa manera realimentar el sistema de gestión de la calidad.*

### **7.3 Diseño y/o Desarrollo.**

*El Servicio debe asegurar que todos los requisitos normativos y contractuales sean tenidos en cuenta en todas las etapas de la elaboración del servicio a los fines que este cumpla las necesidades y expectativas de los pacientes.*

### **7.4 Compras.**

*El Servicio debe incorporar en sus ordenes de compra los requisitos aplicables, y comprar solo a proveedores confiables, previamente evaluados (**No aplicable en los procesos de acreditación, ya que los responsables de los servicios, en general no intervienen en las compras de los insumos para las actividades a desarrollar.**)*

### **7.5 Producción y Prestación del Servicios.**

a) *El Servicio debe poseer la información necesaria para **controlar las actividades** del servicio teniendo en cuenta lo siguiente:*

- *Instrucciones de trabajo que indiquen.*

Cómo se va hacer.

Con qué se va hacer.

Dónde se va hacer.

Quién lo va a hacer



Quando se va hacer.

- *Infraestructura de trabajo adecuado.(De acuerdo a la complejidad de las actividades quirúrgicas a desarrollar)*

b) *El Servicio debe realizar la validación de los procesos donde no pueda realizarse un seguimiento, o no alcance con solo medir datos al final del proceso.*

c) *El Servicio debe mantener la identificación del servicio en correspondencia con sus registros de la calidad para evitar confusiones y poder hacer la trazabilidad del producto o servicio si la misma es aplicable.*

d) *El Servicio debe cuidar las propiedades del cliente incluidos en el servicio a entregar, (exámenes complementarios, etc.)*

## **8 Medida, Análisis y Mejora.**

### **8.1 Generalidades.**

*El Servicio debe definir, planificar e implementar las actividades de medición y control necesarias para analizar los procesos y los productos y servicios realizados a los efectos de asegurar la mejora continua en el sistema de gestión de la calidad.*

### **8.2 Seguimiento y Medición.**

a) *El Servicio debe obtener información de la satisfacción de los pacientes acerca del desempeño de sus servicios.*

b) *El Servicio debe realizar auditorías internas de la calidad para verificar si se cumplen efectivamente todas las actividades del sistema de gestión de la calidad y evaluar sus fortalezas y debilidades en el marco de la mejora continua.*





c) El Servicio debe realizar el **seguimiento y medición de los procesos** para verificar si los mismos son aptos para satisfacer los requisitos de los clientes.

d) El Servicio debe realizar el **seguimiento y medición de los servicios** con el objetivo de determinar en cada proceso productivo:

Cuándo se va a controlar.

Qué se va a controlar

Con qué se va a controlar

Quién lo va a controlar

Sobre la base de qué norma o especificación se va a controlar.

### 8.3 Control de No Conformidades.

El Servicio debe evitar la aceptación, uso o entrega de productos o servicios que no cumplen los requisitos especificados.

### 8.4 Análisis de Datos.

El Servicio debe recopilar y analizar datos para determinar la adecuación y la eficacia del sistema de gestión de la calidad a los efectos de identificar oportunidades de mejoras.

### 8.5 Mejoras.

a) El Servicio debe pensar en la **mejora continua** de sus procesos y servicios, tratando de anticiparse a los problemas que releven las no conformidades.

Las mejoras pueden variar desde actividades a corto plazo hasta programas de mejoras a mediano y largo plazo.

b) El Servicio debe tomar las **acciones correctivas** para eliminar las causas de las no conformidades con el objetivo de prevenir su reaparición.

b) El Servicio debe tomar las **acciones preventivas** identificando las causas de no conformidades potenciales con el objetivo de prevenir su aparición.



## **RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.**

### ***Es responsable por el desarrollo, implementación, difusión y mantenimiento del sistema.***

La mayor autoridad del servicio debe manifestar su compromiso para desarrollar y mejorar el sistema de gestión de la calidad, debiendo:

- Comunicar a todos los integrantes del servicio que deben cumplirse los requisitos del paciente y los legales y reglamentarios.
- Establecer la Política y Objetivos por la Calidad.
- Revisar la marcha del sistema de gestión de la calidad.
- Asignar los recursos necesarios.
  
- Política del Sistema de Gestión. (En ella se define la misión y la visión del servicio)
- Objetivos y metas del Sistema.
- Planificación del sistema. (Controlar las necesidades de recursos, planificar que actividades se van a hacer, como, con que, cuando, donde y quien)
- Organigrama del servicio.
- Funciones y responsabilidades. (Deben estar claramente delimitadas, evitando la superposición y definiendo claramente quien es responsable por los procedimientos realizados)
- Representante de la Dirección (responsable del seguimiento del sistema en el servicio).
- Comunicación internas. (deberían estar previstas formas de comunicación de acuerdo a las necesidades del servicio, quedando documentadas aquellas que sean vitales para la trazabilidad de lo realizado).
- Revisión por la Dirección (Análisis de lo realizado, nuevos proyectos, propuestas de mejoras, necesidades de capacitación, evaluación de la satisfacción de los clientes, etc.).

## **GESTION DE LOS RECURSOS**

- Formación de Recursos Humanos (capacitación, docencia, investigación).
- Infraestructura y ambiente de trabajo. (Cada servicio tiene una infraestructura diferente, la misma debe ser adecuada para la complejidad de los procedimientos que se realizan).



## REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES

- Planificación y realización de las actividades del servicio. (Trabajar según los procedimientos y las guías de tratamiento).
- Revisión de los requisitos del cliente (interno y externo).
- Compras. (de difícil aplicación en los servicios, ya que en general, no dependen de los Jefes de Servicio).
- Control de proceso.
- Identificación, trazabilidad y estado de aceptación. (Poder conocer documentalmente que todas las actividades que se realizan, lo hacen bajo las instrucciones previstas, y pueden ser seguidos los pasos que se dieron desde el inicio de la prestación hasta el final de las mismas).

## MEDICION, ANALISIS Y MEJORA

### **“En calidad el concepto es que si se puede hacer, se puede medir”**

- Satisfacción del cliente. (Por los resultados, por encuestas, por análisis de los otros servicios)
- Auditoria interna (análisis periódico del funcionamiento del servicio).
- Seguimiento y medición del proceso.
- Análisis de datos.(De acuerdo a los indicadores establecidos, se puede evaluar de manera objetiva el funcionamiento del servicio, de acuerdo a las distintas áreas que lo componen, determinar el cumplimiento o no con lo previsto o planificado y detectar en los casos que los hubiera, desviaciones que pueden generar problemas potenciales en las actividades a desarrollar)
- Mejora continua. (Concepto básico del sistema de gestión que de acuerdo a los resultados de la medición de indicadores desarrollar permanentemente medidas para obtener mejores resultados).
- No conformidades, acciones correctivas / acciones preventivas. (Todos aquellos hallazgos que no cumplen con lo planificado en el servicio a través de las instrucciones o de los procedimientos generales, o que son detectados en virtud de reclamos realizados por11 pacientes, dan lugar a las no conformidades con las correspondientes acciones



correctivas-aquellas tomadas para resolver el problema- detectar la causa raíz, e implementar las soluciones correspondientes para evitar su repetición).

### **Principios básicos de la evaluación de calidad**

La medición de la calidad de la atención médica es uno de los desafíos más importantes de los próximos años. En las últimas décadas, la efectividad creciente de muchas intervenciones y los costos acelerados de la atención han creado una necesidad de evaluar urgentemente estos problemas.

Existen numerosas razones por las cuales es importante mejorar la calidad de atención, incluyendo el aumento de la transparencia en el accionar de los profesionales y administradores, eficiencia en la utilización de recursos, identificación y reducción de los errores médicos, optimización de la efectividad en la atención, mejoras en los resultados, y alineación de la atención con los intereses de lo que los pacientes quieren, además de lo que necesitan.

Debido a que los objetivos de la salud se centran en conseguir buenos resultados o mejoría de los pacientes, es necesario generar un marco de referencia o un modelo para entender la salud en términos de mediciones.

La medición de la calidad debería determinar si el proceso de atención provisto a un paciente o una población

1) consiguió buenos resultados (medición de resultados)

2) representa aquellos procesos que están asociados con el logro de buenos resultados (medición de proceso).

El desempeño puede ser medido a través de varias dimensiones. Algunas, que actualmente pueden verse limitadas por los sistemas de información disponibles, son:

- La efectividad clínica (aplicación de intervenciones de salud y su impacto en los resultados)
- El acceso a la atención
- El valor de la atención



Entre los elementos más importante para conseguir mediciones de desempeño adecuada pueden mencionarse

- Emplear una combinación adecuada medidas de proceso y resultado
- Asegurarse que el número de pacientes incluidos en una medida es suficiente para obtener conclusiones válidas desde el punto de vista estadístico
- Asegurarse que las inclusiones y exclusiones de la muestra estén bien especificadas
- Hacer todos los esfuerzos posibles para emplear un método válido de ajuste en base al riesgo de los pacientes
- Registrar cuidadosamente los tiempos de los eventos diagnósticos y terapéuticos y registrar la duración del seguimiento
- Definir y codificar claramente los diagnósticos y procedimientos
- Incluir aquellos detalles clínicos que probablemente varíen para cada enfermedad o condición bajo estudio
- Integrar informes de usuarios y otros datos que no están incluidos en las historias clínicas o la facturación

<b>Mediciones Basadas en Procesos</b>	<b>Mediciones Basadas en Resultados</b>
Revelan lo que se necesita para mejorar la atención	No revelan los requerimientos para mejorar la atención
Detectan oportunidades de mejora si todos los prestadores logran resultados similares	No detecta oportunidades de mejora si todos los prestadores logran los mismos resultados
Requieren lapsos relativamente cortos para evaluar procesos de atención	Pueden requerir tiempos muy largos para muchos resultados en la atención
Resulta más probable que se pueda atribuir calidad de atención a prestadores específicos	Resulta menos probable que se pueda atribuir calidad de atención a prestadores específicos
Se ajustan de acuerdo a los que pacientes que son asistidos, incluso los criterios de calidad	Requieren ajustes para establecer diferencias aunque esos ajustes rara vez están disponibles.
Necesitan menos pacientes para comparar prestadores (se pueden comparar prestadores con pocos pacientes)	Requieren más pacientes para comparar (los prestadores con pocos pacientes no pueden ser comparados)
Se puede evaluar la atención prestada cuando se modifican los riesgos para la enfermedad en los pacientes	No se puede evaluar la atención prestada cuando se modifican los riesgos para la enfermedad en los pacientes



## MEJORA CONTINUA

### *Mejora de la calidad*

Mejorar la calidad implica utilizar métodos apropiados para cerrar la brecha entre los niveles alcanzados y los niveles esperados de calidad definidos por estándares. Esta actividad de la gestión de calidad utiliza herramientas y principios para comprender y abordar las deficiencias del sistema, aumentar las fortalezas y mejorar los procesos de atención.

Si tomamos como referencia al ciclo de Shewhart, medir sería el tercer paso en el ciclo de calidad: Planificar – Ejecutar - Verificar – Actuar.

Existe una gran variedad de abordajes para las mejoras de la calidad, dependiendo de la estructura y del problema en dónde se quieran aplicar estas mejoras. Desde la simple solución de problemas individuales, hasta la solución rápida de problemas en equipo, soluciones sistemáticas de problemas en equipo y rediseño y reestructuración de la organización. Algunas metodologías para la mejora calidad, como las propuestas por el Quality Assurance Project, incluyen:

- El abordaje en cuatro pasos a la mejora de la calidad
- El espectro de los abordajes a la mejora de la calidad
- Mejora del desempeño

### *Abordaje en cuatro pasos a la mejora en la calidad.*

La metodología de mejora en la calidad ha evolucionado a lo largo de los años. Los intentos iniciales en la mejora de la calidad asumieron que las mejoras podrían ser rápidamente logradas a través de la incorporación de más cosas o cosas más nuevas, tales como nuevas máquinas, procedimientos, entrenamiento, o insumos. Se pensó que simplemente incorporando más recursos, o estructura, mejoraría la calidad.

Las personas que han trabajado en calidad saben que el aumento de recursos no necesariamente debe conducir a mejoras en la calidad. Un hecho fundamental es que en muchos casos la calidad puede ser mejorada al desarrollar cambios en los sistemas de salud sin necesidad de <sup>14</sup> incrementar recursos innecesarios. Mejorar los procesos de atención no sólo genera mejores



resultados, sino que también reduce el costo a través de la eliminación del despilfarro, trabajo innecesario o repetición del mismo.

La inspección de las actividades o procesos principales es un abordaje que los administradores han utilizado para identificar y resolver problemas. Este método implica un incremento del control sobre el personal y, a menudo, responsabilizado a las personas por los errores.

Esta filosofía de mejorar la calidad mostró éxitos limitados porque no necesariamente identificó barreras para las mejoras o generó apoyo del personal, debido a que mostraron resistencia a ser evaluados. Por el contrario, los abordajes actuales a las mejoras en la calidad examinan cómo pueden ser cambiadas las actividades de tal forma que el personal pueda hacer mejor su trabajo. Por ejemplo, un bajo desempeño en un empleado puede originarse por la falta de suministros, procesos ineficientes, o la falta de entrenamiento o de conducción más que por el desempeño del trabajador en sí mismo.

La filosofía compartida actualmente es que tanto los recursos como las actividades llevadas a cabo deben ser dirigidas en forma conjunta para asegurar la mejora de la calidad de atención. El Quality Assurance Project, por ejemplo, en base a sus experiencias adquiridas a lo largo de estos años, define a la mejora de la calidad en cuatro pasos principales.

**Primer Paso. Identificar:** determinar qué mejorar

**Segundo Paso. Analizar:** comprender el problema

**Tercer Paso. Desarrollar:** establecer hipótesis acerca de qué cambios van a mejorar el problema y desarrollar soluciones estratégicas basadas en estos cambios.

**Cuarto Paso. Probar e implementar:** probar la solución planteada.

La mejora de la calidad no está limitada a llevar a cabo estos cuatro pasos, sino a poner énfasis en la búsqueda continua de cómo mejorar la calidad. Cuando se consiguen mejoras en la calidad, los



equipos pueden continuar en la búsqueda de nuevas mejoras para el mismo problema u otros que hayan sido identificados.

**Primer Paso: Identificar.** La meta del primer paso, identificar, consiste en determinar qué mejorar. Esto puede involucrar un problema que requiere una solución, una oportunidad para mejora que requiera definición, o un proceso o sistema que requiera ser mejorado. Entre los problemas o procesos que son comúnmente identificados pueden mencionarse la baja cobertura, recomendaciones inadecuadas, falta de medicamentos, informes de laboratorio perdidos y tiempos de espera excesivos. Este primer paso requiere reconocimiento y oportunidad para la mejora y por consiguiente establecer una meta para mejorarlo. La mejora de calidad comienza por efectuar las siguientes preguntas:

¿Cuál es el problema?

¿Cómo sabe que es un problema?

¿Con qué frecuencia ocurre, desde cuando existe?

¿Cuáles son los efectos de este problema?

¿Cómo sabemos cuándo está resuelto?

**Segundo Paso: Analizar.** Una vez que las áreas para mejora de calidad han sido identificadas, el segundo paso es analizar lo que se necesita saber o entender acerca de esta oportunidad antes de considerar los cambios. Los objetivos de los estadios de análisis pueden ser cualquier combinación de las siguientes:

- Clarificar por qué el proceso o sistema produce el efecto que se desea cambiar
- Medir el desempeño del proceso o sistema que produce el efecto
- Formular preguntas de investigación como las siguientes:
  - ¿Quién está involucrado o afectado?
  - ¿Dónde ocurre el problema?
  - ¿Qué sucede cuando ocurre el problema?





- ¿Por qué ocurre el problema?

Para alcanzar estos objetivos, este paso requiere el uso de datos existentes o la recolección de datos. El grado en el cuál los datos son requeridos depende del tipo de mejoras de la calidad elegido. Las técnicas que analizan problemas requieren clarificar procesos a través de diagramas de flujo o análisis de causa-efecto, revisar los datos existentes, y, cuando se requiera, recolectar datos adicionales.

**Tercer Paso: Desarrollar.** El tercer paso, desarrollar, utiliza información obtenida en los pasos anteriores para explorar qué cambios producirían mejoras. Se formula una hipótesis acerca de cuáles cambios, intervenciones, o soluciones reducirían el problema, y, por lo tanto, mejorarían la calidad de atención. Se desarrolla, entonces, una estrategia de solución basada en esta hipótesis. Es importante recordar que en este punto la hipótesis es predominantemente teórica, en la medida en que no ha sido probada. Una hipótesis es una asunción tentativa hecha para medir sus consecuencias. Se basa en los conocimientos y creencia de las personas acerca de las causas probables y soluciones del problema.

**Cuarto Paso: Probar e implementar.** Este paso, probar e implementar, está basado en los tres primeros. Una hipótesis se prueba para ver si la intervención propuesta o solución produce las mejoras esperadas. Debido a que las intervenciones que prueban ser efectivas pueden no arrojar resultados inmediatos, es importante dar un tiempo para que ocurra el cambio durante el proceso de prueba. El resultado de esta prueba determinará el paso siguiente.

En ocasiones puede resultar de utilidad la técnica de los ciclos de mejora de Shewhart, conocido por el acrónimo en inglés como PDCA, que corresponde a las iniciales en inglés de Planificar, Hacer, Evaluar y Ajustar. El punto de partida de esta técnica es concebir la prueba piloto de una idea en ciclos (no todo a la vez), e ir modelando la idea basándose en los resultados obtenidos. A continuación se describe cada uno de sus elementos:

- **Planificar** cómo realizar un cambio, definir el objetivo y pensar en las actividades necesarias para conseguirlo. Planificar los indicadores para su evaluación y como recoger datos para la evaluación del ciclo.



- **Hacer:** ejecutar el plan y recoger la información.
- **Comprobar y Evaluar:** analizar los datos, compararlos con las predicciones e identificar puntos fuertes y áreas de mejora.
- **Ajustar:** adoptar, adaptar o cambiar las actividades y formular nuevas ideas para el siguiente ciclo.

El siguiente es un proceso de funcionamiento de un servicio de cirugía que utiliza como herramienta un sistema de gestión de calidad, que pasaremos a explicar brevemente:

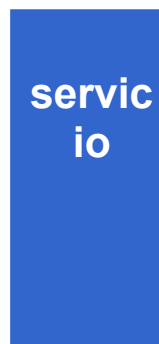
El funcionamiento de un servicio debería conformarse de acuerdo al nivel de complejidad con los siguientes componentes:

### MEJORA CONTINUA

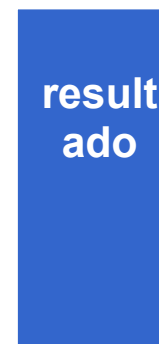
## Dirección Jefatura del Servicio

### PLANIFICACIÓN FINANCIERA Y ECONÓMICA

C  
L  
I  
E  
N  
T  
E



CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO  
CIRUGÍA  
HEPATOBILIOPANCREATICA  
CIRUGÍA DE URGENCIA  
CIRUGÍA DE PAREDES  
ABDOMINALES  
CIRUGÍA COLOPROCTOLOGICA  
CIRUGÍA TORACICA  
CIRUGÍA AMBULATORIA

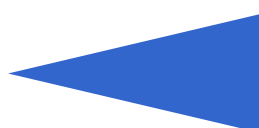


C  
L  
I  
E  
N  
T  
E

SERVICIOS DEL HOSPITAL(A/E-UTI-EMERGENCIAS-INFECTOLOGIA-FARMACIA-ENFERMERIA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN, etc.

MEDICIONES  
INDICADORES DE LAS DISTINTAS  
ÁREAS

DOCUMENTACIÓN APLICABLE  
PROCEDIMIENTOS-GUIAS DE  
TRATAMIFNTO



ANÁLISIS Y RETROALIMENTACION



Este esquema representa el funcionamiento de un servicio de cirugía basado en un sistema de gestión, de acuerdo a un enfoque basado en procesos. Cada uno de los procesos se interrelacionan entre sí, comenzando por la jefatura del servicio, quien determinará los pasos a seguir y la planificación de las actividades (la planificación financiera y económica habitualmente no se encuentran dentro de las atribuciones de la Jefatura de los servicios de cirugía).

Para ello se tienen en cuenta los requerimientos de los clientes (en este caso los pacientes, otros servicios de la institución, de la Asociación Argentina de cirugía, legales, del ministerio de salud, etc.).

Se realizan los servicios planificados, de acuerdo a las guías de trabajo e instrucciones desarrolladas por cada servicio, procedimientos generales del sistema de gestión y analizando lo efectuado a través de mediciones e indicadores de funcionamiento. El resultado de nuestras actividades es evaluado a través de la satisfacción de nuestros clientes, cumpliendo con los requerimientos iniciales.

Por último, a través del análisis de lo efectuado en un período de tiempo predeterminado, se deciden y planifican las actividades a corregir (aquellas que no cumplieron los objetivos propuestos inicialmente) o a mejorar (en aquellas que si se lograron).

Consultar el **glosario** para un mejor entendimiento del proceso anteriormente descrito.

### ***Guías de Práctica Clínica:***

**Son documentos que se emplean para detallar en forma clara y concisa como se realiza una actividad específica.**

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son *enunciados*<sup>\*</sup> sistemáticamente desarrollados para asistir al profesional y al paciente acerca de las decisiones de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas (definición adoptada por el Institute of Medicine, EEUU –Field y Lohr).

Las GPC contienen todas las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinadas patologías, en sus aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos, incidiendo en el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente (Lohr y 19



cols., 1998). Conllevan, asimismo, un sistema de evaluación del proceso y de los resultados, así como del grado de su utilización

Engloban, por tanto, desde las actividades puramente clínicas hasta las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, junto con los aspectos evaluativos. Las guías son recomendaciones y carecen, por tanto, del carácter de obligatoriedad de otros elementos normativos

Permiten que los pacientes dispongan del máximo de conocimientos sobre su enfermedad y sobre las actividades convenientes para la mejora de su estado de salud, a la hora de mostrar sus preferencias (Cabana y cols., 1999; Sackett y cols., 2000)

**Las guías tienen por objeto ocuparse de problemas concretos de salud; y pueden referirse a diagnósticos clínicos específicos, a grandes síndromes o a condiciones clínicas generales. La hipótesis subyacente a las GPC es considerar que una actuación adecuada en el momento oportuno de cada fase de la historia natural de la enfermedad. Supone evitar el inicio de muchas patologías, producir una mejora en su pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes, reducir las complicaciones y provocar una disminución de los costos asociados en las fases más avanzadas**

Guías de tratamiento:

- Deben ser realizadas de manera normatizada.
- Se deben constituir guías de tratamiento: Se desarrollaran una para cada patología en particular.
- Los responsable del contenido de las mismas deberían ser el equipo de
- médicos de mayor experiencia en el tema, avalados por el Jefe y subjefe
- del servicio.
- Estarán basadas en trabajos científicos comprobables, bibliografía de revisiones del tema, experiencia del equipo, consensos sobre la especialidad, etc.
- Incluirán desde el algoritmo diagnóstico terapéutico, la atención en
- consultorio externo, el tipo de tratamiento a realizar (incluida la técnica
- quirúrgica el equipamiento, los Insumos, instrumental, personal auxiliar),



- evaluaciones por otros servicios y la conformidad de estos (por Ej. laboratorio
  - de motilidad esofágica), Indicadores de medición de resultados.
  - Tendrán un período determinado de actualización y evaluación. (NAC/P)
- 
- Deben ser realizadas en lugares acordes a la complejidad de la patología a tratar.
  - Equipos quirúrgicos con experiencia en el tratamiento de la patología a tratar.
  - Documentación del procedimiento quirúrgico (incluye desde la historia clínica de consultorios externos, de internación, o historia clínica unificada si la hubiera, consentimiento médico informado, protocolo quirúrgico, etc.).

### Protocolos

Los protocolos clínicos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado o acotado del dispositivo asistencial.

Los protocolos definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas. Por ejemplo, los protocolos pueden ser escritos para el cuidado de los pacientes (sondados con sonda naso-gástrica o vesical). La instrucción describiría como cuidar del paciente con un tubo colocado y la detallará como insertar o colocar la sonda. Estos estándares podrían determinar cuán a menudo evaluar al paciente, cómo evaluarlo y qué tipo de tratamientos son necesarios.

Los protocolos también pueden estar escritos para categorías de pacientes, por ejemplo cuidados en maternidad. Los protocolos describirían atención prenatal, atención posparto, así como atención de emergencia tales como eclampsia o parto prematuro (los algoritmos también son una forma alternativa de presentación en estos casos).



**ALGUNAS DIFERENCIAS OBSERVABLES ENTRE GUÍAS Y PROTOCOLOS**

<b>GUIAS</b>	<b>PROTOCOLOS</b>
- Ámbito más general	- Ámbito más específico-local
- Carácter prescriptivo	- Carácter normativo
- Flexibilidad clínica	- Rigidez de aplicación
- Basados en la síntesis del conocimiento	- No necesariamente basados en una síntesis sistemática del conocimiento. Mejor si se basan en guías previas
- Metodología sistemática	- Grupos de expertos
- Atributos u objetivos definidos	- Indefinición en la elaboración
- Consenso a posteriori	- Consenso a priori
- Multidisciplinariedad en la elaboración	- Puede o no existir

**Algoritmos**

Los algoritmos se escriben en el formato de diagrama de flujo o árbol de decisiones. Este formato provee una rápida referencia visual para responder a una situación. Por ejemplo, los algoritmos son efectivos en departamentos de emergencia y unidades de cuidados críticos. Cuando el personal se enfrenta con una emergencia, como un paciente con una hemorragia, puede tratar al paciente rápidamente siguiendo un algoritmo.

Si bien es cierto que los algoritmos son útiles en unidades en los que se debe tomar decisiones rápidamente, también resultan muy prácticos en todo tipo de servicios por su formato esquemático y sintético. Permiten obtener una visión rápida del problema y sus posibles alternativas de acción.

**Vías clínicas (Clinical Pathways o Caminos críticos)**

Las vías clínicas proveen los detalles del cuidado diario para un diagnóstico específico. La diferencia exclusiva de las vías clínicas es que brindan un plan de atención estandarizado día a día. Estos planes son a menudo interdisciplinarios, de tal forma que el cuidado o tratamiento



Llevado a cabo por profesionales del equipo de salud están todos en el mismo formulario. La ventaja de este formato es que la evolución del paciente está monitoreada diariamente de acuerdo a las intervenciones planificadas y resultados esperados. Cuando el paciente no evoluciona de acuerdo al plan, se debe hacer una evaluación inmediatamente y la “variación” revisada. El paciente puede no estar evolucionando debido a problemas en el sistema; por ejemplo: medicación no suministrada. O puede ocurrir como consecuencia de un problema como intolerancia a la medicación. Independientemente de la causa, los prestadores salud pueden intervenir y efectuar las correcciones debidas.

La forma de presentación más común que adoptan las vías clínicas es la de una matriz temporal. En el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo. En el eje de las ordenadas se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas (evaluaciones y asistencias, determinaciones de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo o familiares, y criterios de ingreso o de alta).

### **Instrucciones**

Detallan paso a paso acerca de cómo desarrollar una habilidad técnica. Este formato a menudo incluye el uso de equipamiento, medicación o tratamiento. Ejemplos de procedimientos podrían ser cómo administrar sangre, colocar sondas (nasogástrica, vesical), administrar medicación (oral, rectal, endovenosa), etc.

### **Norma**

La Real Academia Española en su diccionario define como norma, según su segunda acepción, de la siguiente forma “regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc.” Desde el campo del derecho cuando se hable de una norma, estamos hablando de un instrumento que regula y existe obligación en su cumplimiento.

En el Sector Salud las llamadas “normas de atención” constituyen un antiguo atributo de los Servicios de Salud. Las mismas se han gestado fundamentalmente a través de consenso de expertos y revisión bibliográfica y no necesariamente valorando adecuadamente el nivel de evidencia científica de los antecedentes. Habitualmente se suele expresar que las mismas son



indicativas y no de cumplimiento obligatorio. Pero la creciente vinculación de lo legal en el sector salud, determina la necesidad de diferenciar claramente lo que es de cumplimiento obligatorio de aquello que no lo es. A raíz de este dilema es que dentro del proceso de normatización de los Servicios de Salud cobra relevancia el concepto de guía, que constituye una orientación y no una exigencia como la norma para el Derecho. \*\*

### Elaboración de la guía

- Las etapas que se deben sortear para poder implementar exitosamente una GPC son diversas, incluyen varias acciones en diferentes terrenos e involucran a un número de personas que puede ser insospechado.
- En el siguiente esquema se puede observar en forma rápida las diferentes tareas que idealmente deberían encararse para la puesta en marcha de una GPC

### Integración del equipo de trabajo

En la medida que la participación de las autoridades sea activa y visible, es mucho más probable que la convocatoria sea exitosa. Esta debe incluir tanto al cuerpo técnico como a las autoridades y la adhesión de los participantes al equipo de trabajo debería ser preferentemente voluntaria.

El equipo de trabajo debería estar constituido por representantes de cada uno de los grupos profesionales relacionados con las actividades o especialidades que involucra la patología o problema que se decida estandarizar. Todos pueden realizar aportes muy significativos para asegurar la factibilidad de los procesos. Si solamente se discuten aspectos técnicos o de las evidencias científicas la adaptación puede resultar dificultosa o impracticable en algunos aspectos.

El perfil de los miembros del equipo debe contemplar a profesionales que están en contacto habitualmente con pacientes que presentan esa patología o problema y, en lo posible, con reconocimiento de sus pares en el ámbito de su actividad.

En algunas circunstancias los miembros del grupo de desarrollo pueden tener conflictos de intereses de diversa índole. En estos casos esto debería resolverse previamente de forma tal de asegurar la objetividad del proceso de elaboración posterior.

En algunos casos puede requerirse la presencia de expertos o profesionales que no estén en





contacto directo con el equipo, pero que pueden ser claves en la implantación de la guía. Ejemplos de este tipo de expertos serían el oftalmólogo, el dietista o el psicólogo en una guía de atención para diabetes.

Una vez que se constituye el equipo, deberán considerarse aquellos requerimientos de capacitación en diversos temas relacionados con el diseño de las guías. Para el desarrollo de la guía se requieren algunas habilidades que tienen relación con diferentes áreas del conocimiento tales como:

Búsqueda bibliográfica y recuperación de documentos

- Epidemiología
- Bioestadística
- Investigación en servicios de salud
- Conocimiento del manejo asistencial del problema
- Manejo de procesos en grupo
- Escritura y edición.

Es posible que sea necesario incorporar o reforzar conocimientos en estos temas y el desarrollo de una guía es una buena oportunidad para hacerlo a través de un caso concreto y no exclusivamente desde la teoría, como muchas veces suele ocurrir.

### **Cómo organizar el equipo**

Es necesario designar un responsable, director o coordinador del equipo, preferentemente un profesional relevante de la organización. Deberá contar con capacidad técnica y científica en la patología sobre la que se desarrollará la GPC y con aptitudes para liderar el grupo. Si quien está dispuesto a coordinar el grupo, por alguna causa, no fuera una figura relevante, deberá contar con el apoyo explícito de otra figura de peso institucional.

Es importante que el responsable sea respetado por sus pares, dado que será el encargado de conducir las reuniones y llevar a cabo el seguimiento y control de los avances. Sin un adecuado seguimiento y acatamiento de los cronogramas, el proyecto puede diluirse en las urgencias de las actividades diarias.

Asimismo, es necesario que alguien se responsabilice de documentar todo el proceso de elaboración, junto a un grupo encargado de la edición del documento. En este deben participar el



director del equipo. Este grupo deberá encargarse de redactar los documentos de base para la discusión por parte de todo el equipo, así como la guía definitiva.

En algunos casos, resulta útil designar una persona que se encargue de plasmar lo estipulado en la agenda, contactando a los participantes y convocando a las reuniones.

### **Características y Organización del Equipo**

- Multidisciplinario en todos los niveles y orientado a la patología
- Reconocimiento científico y personal en los integrantes
- Convocatoria y apoyo de autoridades reconocidas
- Contar con un referente experto en el problema
- Director del equipo con capacidad técnica y científica en la patología
- Responsable de documentar claramente el proceso de elaboración
- Grupo encargado de la edición del documento
- Responsable de la agenda y citación a los participantes

### **Planificación de las tareas**

El profesional responsable de la coordinación de los procesos de elaboración de GPC deberá reunir al equipo e informarles del trabajo a realizar, cómo se prevé que lo lleven a cabo y los plazos estipulados para las tareas. Esto incluye las etapas principales y el cronograma contenidos en el plan de acción. Es importante que se diseñe un diagrama con las tareas, responsables y tiempos esperados (p. Ej. un diagrama de Gantt) y que se respeten al máximo estos plazos.

Los gráficos de Gantt proporcionan una guía gráfica para realizar una serie de actividades, ya que muestra la fecha de inicio, duración y superposición de las actividades.

**La acreditación de un servicio**, implica el ingreso de las actividades del mismo a un proceso, no a una evaluación de estado, sino a tener la posibilidad de acceder a la<sub>26</sub> implementación de una herramienta que le permitirá desarrollar sus actividades bajo



normas, podrá analizar sus resultados y generar mejoras de manera permanente, con el objetivo final de brindar una atención de excelencia.

La AAC comunicará los resultados reconocidos para las distintas patologías (Indicadores), lo que actuará como punto de referencia para aquellos servicios que opten por la acreditación, así como también brindará el asesoramiento necesario para desarrollar este programa.

Inicialmente se realizará una auditoría que tendrá en cuenta los siguientes puntos:

Formulario de acreditación general y los siguientes puntos de Gestión, cuyos puntos iniciales de evaluación propuestos son:

- Objetivos del servicio
- Organigrama del servicio
- Funciones y responsabilidades según las actividades
- Planificación
- Guías de tratamiento
- Indicadores
- Registros de las actividades
- Relaciones con los otros servicios
- Medición y análisis
- Tratamiento de reclamos
- Encuestas de atención

De acuerdo a los datos obtenidos luego de la visita al servicio y el análisis de la documentación del mismo, se brindarán una serie de recomendaciones para comenzar a trabajar en la implementación de los conceptos de gestión y definir objetivos para resolver hallazgos o lograr el concepto de mejora continua.

*Este método propuesto se basa en un sistema de gestión, que ha sido desarrollado con el objetivo de dar un marco organizativo flexible, fácilmente documentable y objetivable.*



## **EN RESUMEN**

***La Asociación Argentina de Cirugía, a través del Comité Colegio, propone hacer llegar a los distintos servicios, una herramienta organizacional basada en normas internacionales de gestión, donde se defina que se va a hacer, como se va a documentar, que se va a excluir del sistema y como se va a registrar todo lo realizado.***

***Destacamos los puntos necesarios para poder implementar un sistema de gestión.***

- **Requisitos de documentación (todas las actividades deben estar documentadas, son la evidencia objetiva de lo que se realizó).**
- Manual de Gestión de Calidad (explica el funcionamiento del servicio utilizando un sistema de gestión).
- Alcance (Son todas aquellas actividades realizadas en el servicio que están dentro del sistema).
- Exclusiones (aquellas actividades que no ingresan en el sistema (por ej. Cirugía Cardiovascular, atención ambulatoria, etc.).
- Interacción de los procesos (Las actividades realizadas en un área del servicio, se interrelacionan con otras (por ej. Consultorios externos, admisión, internación, etc.)
  
- Control de los documentos. (Verificar que toda la documentación que se utiliza en el servicio se encuentra debidamente respaldada por los responsables de la misma y debidamente actualizada
- Control de los registros. (Verificar que toda la información que surge de las actividades del servicio queden archivadas y puedan ser consultadas sin dificultades)



## GLOSARIO

**Entidad, ítem:** Aquello que puede ser descrito y considerado individualmente.

### NOTA

1 – Una entidad puede ser, por ejemplo:

- una actividad o un proceso
- un producto
- un organismo, un sistema o una persona
- o cualquier combinación de ellos.

**Procedimiento:** Manera especificada de realizar una actividad.

### NOTAS

En muchos casos los procedimientos se expresan por medio de documentos (p. Ejl procedimientos de un sistema de calidad).

Cuando un procedimiento se expresa por medio de un documento es frecuente usar el término “procedimiento escrito” o “procedimiento documentado”.

Un procedimiento escrito o documentado generalmente contiene: el objeto y el alcance de una actividad; qué debe hacerse y quién debe hacerlo, cuándo, dónde y cómo debe hacerse, que materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y cómo debe controlarse y registrarse.

**Producto:** resultado de actividades o de procesos,

**Prestación del servicio:** aquellas actividades del proveedor que son necesarias para proveer el servicio.

**Organismo:** compañía, sociedad, firma, empresa o institución, o parte de éstas, de responsabilidad limitada u otra, pública o privada, que posee su propia estructura funcional y administrativa.



**Organización:** responsabilidades, autoridades y relaciones, ordenadas según una estructura, a través de la cual un organismo cumple sus funciones.

**Proveedor:** organismo que provee un producto a un cliente.

**Calidad:** La totalidad de las características de una entidad que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas.

Real academia española define a Calidad: La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie.

**Clase:** categoría o rango asignado a entidades que tienen el mismo uso pero diferentes requisitos para la calidad.

Requisitos para la calidad: expresión de las necesidades o su traducción en un conjunto de requisitos, establecidos en términos cuantitativos o cualitativos, para las características de una entidad, con el fin de permitir su realización y su examen.

**Conformidad:** cumplimiento con los requisitos especificados.

**No conformidad:** no satisfacción de un requisito especificado.

**Defecto:** no satisfacción de un requisito o de una expectativa razonable, ligada a un uso previsto, incluidos los relativos a la seguridad.

**Proceso de calificación:** proceso que demuestra si una entidad es capaz de cumplir con los requisitos especificados.

**Calificado:** condición dada a una entidad cuando se ha demostrado que es capaz de cumplir con los requisitos especificados.



**Inspección:** actividades tales como medir, examinar, ensayar o comparar una o más características de una entidad y comparar los resultados con los requisitos especificados con el fin de determinar si se obtiene la conformidad para cada una de esas características.

**Autoinspección:** Inspección del trabajo realizada por el que ejecuta dicho trabajo de acuerdo con reglas especificadas.

**Verificación:** confirmación por examen y aporte de evidencias objetivas que los requisitos especificados han sido satisfechos.

**Validación:** confirmación por examen y aporte de evidencias objetivas de que los requisitos particulares para un uso específico previsto han sido satisfechos.

**Evidencia objetiva:** información cuya veracidad puede demostrarse, basada en hechos y obtenida por observación, medición, ensayo u otros medios.

**Políticas de calidad:** orientaciones y objetivos generales de un servicio concernientes a la calidad, expresados formalmente por el más alto nivel de la dirección.

**Control de calidad:** técnicas y actividades de carácter operativo, utilizadas para satisfacer los requisitos para la calidad.

**Aseguramiento de la calidad:** conjunto de actividades preestablecidas y sistemáticas, aplicadas en el marco del sistema de la calidad que se ha demostrado que son necesarias para dar confianza adecuada de que una entidad satisfará los requisitos para la calidad.

**Sistema de la calidad:** la organización, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para implementar la gestión de la calidad.

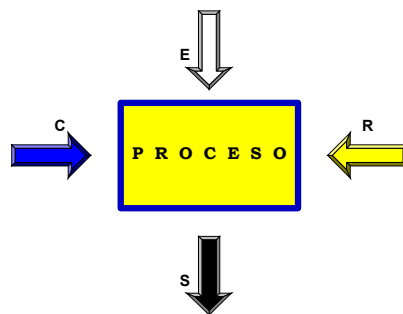
**Gestión de la calidad total:** forma de gestión de un organismo, centrada en la calidad, basada<sub>31</sub> en la participación de todos sus miembros y que apunta al éxito a largo plazo a través de la

satisfacción del cliente y a proporcionar beneficios para todos los miembros del organismo y para la sociedad.

**Mejoramiento de la calidad:** acciones emprendidas en todo el organismo con el fin de incrementar la efectividad y la eficiencia de las actividades y de los procesos para brindar beneficios adicionales al organismo y a sus clientes.

**Manual de calidad:** documento que enuncia la política de la calidad y que describe el sistema de la calidad de un organismo.

**Proceso:** es la actividad que desarrolla el servicio. Cada actividad es un proceso y el conjunto de las distintas actividades interrelacionadas, es el enfoque basado en los procesos cuyo diagrama se traduce en el ejemplo anterior.



Los elementos de entrada (E) se refiere a aquellos datos (técnicos, económicos, legales, etc.) necesarios para realizar un proceso.

Los elementos de salida (S) se refiere a los resultados obtenidos del proceso realizado de acuerdo a los elementos de entrada.

Los recursos (R) se refiere a los aportes humanos, técnicos y económicos necesarios para desarrollar satisfactoriamente el proceso.





Los controles (C) se refiere a la metodología empleada para tener el proceso controlado bajo los parámetros establecidos que correspondan.

**Dirección y Jefatura del Servicio:** es impensable poder comenzar a transitar el camino hacia la implementación de un servicio de cirugía que desee incorporarse al proceso de acreditación del mismo, sin un verdadero compromiso de la dirección del hospital y de la Jefatura del servicio, ya que serán los responsables de definir cuáles son los objetivos a cumplir, de que manera, con que medios, y estarán encargados de analizar los resultados de las actividades desarrolladas por el servicio y proponer mejoras de acuerdo al resultado de dicho análisis.

**Clientes:** Son todos aquellos que recibirán las distintas prestaciones brindadas por el servicio de cirugía. Se encuentran dentro de estos los pacientes, otros servicios de la institución, obras sociales y prepagos, otros hospitales, etc. *Destinatario de un producto o servicio provisto por el proveedor.*

**Requerimientos:** todo sistema de gestión tiene como datos de entrada, las distintas necesidades de acuerdo a lo que esperan recibir del servicio de cirugía, los pacientes, los familiares de los pacientes, la dirección de la institución, los servicios de otras especialidades de la institución o de otras instituciones, las obras sociales y sistemas de medicina prepagos, requerimientos del marco legal que regula la actividad, de la Asociación Argentina de Cirugía, de organismos de acreditación, etc.

**Planificación:** de acuerdo a los requerimientos detectados, la Dirección y la Jefatura del servicio realizan un diagnóstico de situación actual con respecto a las actividades brindadas y planifican cuales son los objetivos que proponen cumplir para mejorar el desempeño del servicio.

Determinan que se va a hacer, quien lo va a hacer, donde se va a hacer, con que y cuando. Dentro de esta planificación, deben quedar bien delimitadas las funciones y responsabilidades de los distintos integrantes del servicio.

**Servicio:** comprende todas las actividades realizadas en el servicio, desde consultas en consultorio externo, procedimientos quirúrgicos, Interconsultas, ateneos, participación en comités,



tareas de investigación y docencia, etc. Estas actividades, se deben desarrollar siguiendo las instrucciones que se generen en el servicio, de manera normalizada. (Permitiendo de esta manera poder medir de manera fidedigna, la forma en que se desarrollan y de acuerdo a los resultados, proponer cambios para resolver los problemas detectados, o modificaciones para lograr mejorar la eficacia y /o la eficiencia).

**Especialidades:** el avance de la cirugía, ha llevado a los cirujanos a realizar procedimientos quirúrgicos con mayor habitualidad, lo que genera mayor experiencia y por ende mejores resultados. Basados en esto, la Asociación Argentina de Cirugía propone, de acuerdo a la complejidad de cada servicio, se conformen equipos de médicos que se especialicen en las distintas patologías que habitualmente se tratan en sus instituciones. En el esquema, se puede apreciar una manera de organizar por equipos, las distintas actividades quirúrgicas que se llevan a cabo.

**Procedimientos:** son documentos donde se define el objetivo y alcance de un proceso; que debe hacerse y quién debe hacerlo; cuándo, dónde y como debe hacerse; que materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y cómo debe controlarse y registrarse.

**Formularios:** son instrucciones en hojas preimpresas, tarjetas, sellos, etc. que sirven de base para la confección de los registros o bien para identificar la condición de los procesos y servicios. (Historias clínicas, planilla de turnos quirúrgicos, hoja de indicaciones, modelos de consentimiento médico, etc.).

**Registros de la Calidad:** las evidencias objetivas que los procesos y las actividades desarrolladas en el servicio cumplen con los requisitos especificados y que el sistema de gestión de la calidad está implementado y es eficiente.

**Servicios de apoyo:** son aquellos servicios que se interrelacionan y por lo tanto tienen incidencia en la calidad de prestación del servicio de cirugía. (Admisión y egresos, Terapia Intensiva, 34 emergencias, diagnóstico por imágenes, anatomía patológica, kinesiología, etc.).



**Resultado:** evolución del paciente luego del tratamiento instituido. Debe estar correctamente documentado, ya que permitirá evaluar los pasos a seguir, para cambiar la manera en la que se realizan las actividades o para mejorarlas.

**Medición:** es una manera objetiva para poder analizar como se están desarrollando las actividades dentro del servicio. Para ello se utilizan indicadores que permiten evaluar los resultados (morbilidad, mortalidad, recidiva, reinternaciones, reclamos, etc), o el cumplimiento de los plazos de planes del servicio. La Asociación Argentina de Cirugía siguiendo estándares de calidad internacionales propone los siguientes indicadores a medir en un servicio

**Atención al cliente-adm. fin. contable-informatica-rrhh- dpto de gestión de calidad:** son áreas que pueden o no estar presentes en cada institución, la interrelación con las mismas en aquellos casos que existan, contribuyen a una mejor implementación y mantenimiento del sistema de gestión.

**Retroalimentación o validación de los servicios prestados:** es una manera de conocer la satisfacción de los clientes internos y externos y permite de manera objetiva evaluar estos datos y saber si logramos colmar las expectativas de nuestros clientes y de los objetivos de las actividades planificadas.

## PROPUESTA PARA LA ACREDITACION DE SERVICIOS

Indicadores solicitados por el Comité Colegio para la acreditación de servicios:

1.- Cuenta, la Institución donde se asienta este Servicio de Cirugía con la habilitación sanitaria otorgada por el Ministerio o Secretaría de Salud , correspondiente ?

SÍ

NO



2.- A qué dependencia pertenece?

MUNICIPALIDAD.....

PROVINCIAL.....

NACIONAL.....

UNIVERSIDAD.....

HOSPITAL DE COMUNIDAD.....

OBRA SOCIAL.....

PRIVADO.....

3.- Cúal es la complejidad definida para la Institución ?

NIVEL 2

NIVEL 3



**INDICADORES BASICOS**

<b>Utiliza estos indicadores</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. MORTALIDAD (MUERTOS/ TOTAL DE OPERADOS)		
2. MORBILIDAD (COMPLICADOS/ TOTAL DE OPERADOS)		
3. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS (COMPLICADOS/ TOTAL DE OPERACIONES)		
4. INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA/ TOTAL DE OPERADOS		
5. INDICE DE REOPERACIONES EN OPERACIONES PROGRAMADAS		
6. INDICE DE REOPERACIONES EN OPERACIONES DE URGENCIA		
7. INDICE DE REINTERNACIONES (TOTAL DE REINTERNADOS/ TOTAL DE EGRESOS)		
8. NUMERO DE INGRESOS/ N. EGRESOS		
9. N° DE INFECCIONES DE CATETER/ TOTAL DE DIAS DE CATÉTERES		
10. TVP/TOTAL DE OPERADOS		
11. TOTAL DE NEUMONÍAS/ DÍAS DE RESPIRADOR		

**INDICADORES AGREGADOS**

<b>Otros indicadores</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ESTADIA PREOPERATORIA MEDIA		
2. NUMERO DE CIRUGIAS CANCELADAS SOBRE EL TOTAL DE PROGRAMADAS		
3. PORCENTAJE DE OPERADOS POR GUARDIA SOBRE EL N° DE INGRESOS POR GUARDIA		
4. % DE CUMPLIMIENTO DEL COSENTIMIENTO MEDICO		
5. % DE OCUPACION SOBRE CAMAS DISPONIBLES		



**EVALUACION DEL SERVICIO POR AREAS TEMÁTICAS**

**1) AREA ADMINISTRATIVA**

<b>Posee</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
HISTORIAS CLINICAS		
UNICA		
INFORMATIZADA		
SE ACTUALIZAN DIARIAMENTE		
ARCHIVO 24 HS.		
CONSENTIMIENTO INFORMADO		
EVALUACION DE RESULTADOS		
DOCUMENTACION DE ACTIVIDADES		
AUDITORIAS INTERNAS		

**2) AREA PROFESIONAL**

<b>Recursos Humanos</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
MAAC < AL 50%		
> AL 50%		
ESPECIALISTAS		
FUNCION ESPECÍFICA		

MEDICOS DE GUARDIA		
JEFE DE RESIDENTES		
INSTRUCTOR		
RESIDENTES		
FELLOWS		

**3) AREA DE ACTIVIDADES**

<b>Posee O Realiza</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
PREGRADO UDH		
INTERNADO ROTATORIO		
CONVENIO CON FACULTADES PARA ROTACIONES PREGRADO		
CURSOS JORNADAS CONGRESOS		
GUIAS DE PROCEDIMIENTO ACTUALIZADAS		
ATENEOS CON PRESENTACION DE CASOS		
ATENEOS MULTIDISCIPLINARIOS		
RECORRIDAS DE SALA POR SEMANA		
PUBLICACIONES		
CIRUGIA EXPERIMENTAL		



4) AREA DE INTERNACION

NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES      PISO      UTI  
 NÚMERO DE CIRUGIAS  
 NÚMERO DE EGRESOS  
 GIRO CAMA  
 NUMERO DE REINTERNACIONES  
 PORCENTAJE DE OCUPACION  
 PORCENTAJE DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA  
 INDICE DE MORBILIDAD  
 INDICE DE MORTALIDAD  
 NUMERO DE NECROPSIAS

5) AREA DE AUTOEVALUACION

Realiza	Si	No
ATENEOS MULTIDISCIPLINARIOS		
ATENEOS DE SERVICIO		
REVISION DE CASOS		
REVISION DE LOS INDICADORES DE MANERA PERIODICA		
ACTUALIZACION DE LAS GUIAS DE PROCEDIMIENTO		
ANALISIS COSTO BENEFICIO		

6) AREA HOSPITALARIA

Características Generales	Si	No
HABILITACION		
COMPLEJIDAD		
UNIVERSITARIO		
NUMERO DE RESIDENCIAS		
BIBLIOTECA		
COMITÉ DE TUMORES		
COMITÉ DE INFECTOLOGIA		
QUIROFANO SECTORIZADO POR AREAS CON TRANSFERENCIA		
COORDINADO POR UN MÉDICO		
ANESTESIOLOGOS DE PLANTA EN NÚMERO ADECUADO		
ANESTESIOLOGOS DE GUARDIA ACTIVA DE 24HS.		
SALA DE RECUPERACION ANESTESICA		
UTI CON NORMAS ESCRITAS, MÉDICAS Y DE ENFERMERIA		
NUMERO DE MEDICOS Y ENFERMERAS ADECUADO A LAS CAMAS		



**ESPECIALIDADES MEDICAS DE GUARDIA**

<b>Posee durante las 24 hs.</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
LABORATORIO		
RADIOLOGIA		
ECOGRAFIA		
TAC		
HEMOTERAPIA		
ANGIOGRAFIA		
CAMARA GAMMA		
RESONANCIA MAGNÉTICA		
ENDOSCOPIA		
HEMODINAMIA		