

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA,
NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



GUÍA TÉCNICA INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE
LOS SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

POSTULANTE: Dra. Mónica Cecilia Ramos Morales
TUTOR: Dr. M.Sc. Edgar Cáceres Vega

Tesis de Grado presentada para optar el título de Magister Scientiarum
en Salud Pública Mención Gerencia en Salud

LA PAZ – BOLIVIA
2014

DEDICATORIA

A mis papas Víctor y Peggy por todo su amor, apoyo y enseñarme que todo esfuerzo y trabajo duro tiene su recompensa.

A mis hermanos Martín y Rosana por todo el apoyo que siempre me han dado.

RESUMEN

La presente investigación es la elaboración de una Guía Técnica Integral de Evaluación y acreditación para los Servicios de hemodiálisis, la cual fue diseñada de acuerdo a las necesidades de nuestro país, al no contar con un documento teórico-normativo para la evaluación y acreditación, ni con una base de datos con el número exacto y deficiencia de estos servicios.

Cuenta con acápites de recursos humanos, instalaciones físicas, ambientes, equipamiento necesario, el expediente clínico, que permita documentar el proceso de control continuo, el servicio de enfermería, los comites de ética, comité de vigilancia, prevención, control de infecciones y mortalidad, documentación necesaria para el buen manejo del paciente y normas de bioseguridad.

La Guía cuenta con estándares, que son patrones referenciales de calidad, orientados a mejorar la atención, mantener un buen sistema de gestión de calidad, y evaluar las condiciones mínimas que deben cumplir, se divide en “obligatorias” y “necesarias” que se evalúan “ cuenta o “no cuenta” con puntaje asignado y una casilla para las observaciones cuando se realiza la autoevaluación, la evaluación para la acreditación de estos servicios.

INDICE

1. INTRODUCCION	1
1.1 ANTECEDENTES	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
2. MARCO TEORICO	23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4. OBJETIVOS	28
4.1 OBJETIVO GENERAL	28
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	29
5.1 POBLACIÓN Y LUGAR	29
5.2 DISEÑO DE LA GUIA	29
5.3 FASES DE IMPLEMENTACIÓN	30
6. GUIA DE EVALUACIÓN	32
7. DISCUSIÓN	73
8. CONCLUSIONES	74
9. RECOMENDACIONES	75
10. BIBLIOGRAFIA	76

1. INTRODUCCIÓN

La hemodiálisis es un tratamiento relativamente nuevo en nuestro país, con un significativo incremento en las últimas décadas. Actualmente, no se cuenta con un registro nacional de enfermos renales crónicos, pero si aplicamos el porcentaje promedio de habitantes enfermos en otros países (que equivale al 0.1% de la población), podemos estimar que hay más de 10.000 enfermos renales crónicos en el país.

Debido a este crecimiento acelerado de pacientes existe una alta demanda de atención en los Servicios de Hemodiálisis a nivel nacional, la cual rebasa la capacidad de la infraestructura establecida, por lo que existen retrasos para iniciar la terapia y en ocasiones los pacientes fallecen antes de recibir tratamiento sustitutivo.

Existe múltiples barreras para la atención adecuada, los servicios se ubican en grandes ciudades, lejos de los lugares de residencia de los pacientes, asimismo, destacan la carencia de recursos humanos, los problemas de organización, y financiamiento, como obstáculo para una atención adecuada de la enfermedad, la escasez de médicos nefrólogo y personal de salud relacionados, impide atender las exigencias por la falta de normativas vigente.

La presente investigación se refiere al diseño de una Guía Técnica Integral de Evaluación y Acreditación de los Servicios de Hemodiálisis, la cual permitirá la evaluación y acreditación de estos servicios, mediante estándares, los cuales se divide en recursos humanos, instalaciones físicas, equipamiento, expediente clínico, enfermería, comités y bioseguridad.

Las actividades relacionadas con la evaluación y acreditación constituyen un proceso continuo que no concluye con la certificación recibida sino que se mantiene a lo largo

del tiempo procurando una atención de calidad tanto para el Servicio de Hemodiálisis y el personal de salud, garantizando un diagnóstico y tratamiento idóneo.

El objeto de estudio de este trabajo recomendará acciones concretas para el manejo de los Servicios de Hemodiálisis, garantizará la calidad y seguridad de los procedimientos terapéuticos, ofrecerá a los pacientes una mejor y eficiente asistencia sanitaria en este campo, disminuyendo los riesgos inherente al diagnóstico, tratamiento y garantizando una atención de salud de la mejor calidad.

Permitirá que estos servicios, cuenten con un buen nivel científico-técnico, eficiencia de recursos, menor riesgo tanto a pacientes como al personal de salud y obtener un grado máximo de satisfacción.

La Guía permitirá igualar criterios entre los Servicios de Hemodiálisis y establecer condiciones mínimas de estructura y procesos, que deben contribuir a la mejora de la atención y la calidad de vida del paciente

1.1 Antecedentes

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es catalogada como una epidemia a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por su alto impacto sanitario, social y económico, siendo considerada como un problema de Salud Pública.¹

En Bolivia, durante el periodo abril 2006 a junio 2007, se contaba con 1080 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, los cuales recibieron tratamiento dialítico en las distintas Unidades de Hemodiálisis y Diálisis peritoneal del país.¹

¹ Programa Nacional de Salud Renal – Ministerio de Salud

Del 2010 al 2013 se encuentran en tratamiento dialítico, 2000 pacientes aproximadamente a nivel nacional; no se cuenta con una base de datos estadísticos del número de pacientes con IRCT, se desconoce el número de enfermos renales en lista de espera para recibir tratamiento en los Servicios de Hemodiálisis.¹

La prevalencia registrada en Bolivia hasta Junio del 2007 es de 179 pacientes por millón de población, con una incidencia de 36 pacientes por millón de población. El porcentaje de crecimiento poblacional de pacientes con IRCT en nuestro país supera el 60% anual, por lo que los Servicios de Hemodiálisis del país que sobrepasan su capacidad resolutive.¹

El número mayor de pacientes con IRCT se encuentran en los departamentos de La Paz en un 37.8%, Santa Cruz 24,7% y Cochabamba con un 20.6%.²

La causa primaria de IRCT es la nefropatía diabética en un 33.1%, la nefropatía hipertensiva en un 16,4% y las glomerulopatías 7%, siendo las responsables de un 56.5% de daño renal irreversible.²

Mensualmente 58 pacientes son diagnosticados con IRCT a nivel nacional, los cuales no pueden acceder a tratamiento dialítico por falta de espacio en los Servicios de Hemodiálisis, lo que implica que 696 pacientes con IRCT fallecen antes de recibir tratamiento dialítico, necesitando aproximadamente 174 maquinas de hemodiálisis²

Las principales causas de mortalidad son: la calidad del cuidado en general, antigüedad del paciente en tratamiento, tiempo de hemodiálisis, calidad de hemodiálisis, comorbilidad (diabetes, malnutrición, enfermedad cardiovascular), frecuencia irregular de las sesiones de hemodiálisis, lo cual se debe al insuficiente número de maquinas de hemodiálisis o el costo elevado del tratamiento que equivale a 2010 Bs. al mes o el de 167 Bs. por sesión. No se cuenta con un registro de mortalidad de pacientes con IRCT, solo se puede evidenciar por los ingreso de casos

nuevos a los Servicios de Hemodiálisis.²

A nivel nacional existen 37 centros de hemodiálisis, 13 públicos, 13 de la seguridad social y 11 privados, los cuales fueron adaptadas, la infraestructura no es la adecuada debido a las ampliaciones que se realizan por el número elevado de pacientes con IRCT.¹

Debido al creciente número de pacientes con IRCT y la escasa cantidad de médicos nefrólogos, las funciones son delegadas a médicos generales, médicos internistas, residentes, las licenciadas especializadas en hemodiálisis son muy pocas, y reciben el apoyo de auxiliares de enfermería.¹

No existe un sistema de referencia y contra-referencia entre Servicios de hemodiálisis a nivel nacional, la comunicación se realiza entre médicos y en algunos casos los pacientes realizan su tratamiento en unidades privadas donde ellos cancelan el costo del tratamiento.¹

No se cuenta con un documento normativo que permita la evaluación y la acreditación de los Servicios de Hemodiálisis.¹

En el año 1992, la OPS/OMS, junto con la Federación Latinoamericana de Hospitales, elaboró un modelo de Acreditación Hospitalaria apropiado para los países de América Latina, con el fin de adaptarse a las diferencias pronunciadas entre una región y la otra, que fue ampliamente debatida a nivel de estos países. (Novaes,1992).³

Este modelo de Manual de Acreditación para América Latina y el Caribe abarca todos los servicios de un hospital general, para el tratamiento de los casos agudos. Su

² Boletín Informativo: Programa Nacional de Salud Renal - 2008

³ Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe - OPS/OMS

relación tuvo por objetivo no establecer paradigmas sino proporcionar una guía para servir de ilustración a las comisiones nacionales multidisciplinarias, cuando elaboren sus propios instrumentos de evaluación.³

Mantuvieron reuniones en los países de habla inglesa del Caribe, en Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Paraguay y Venezuela, y se programaron seminarios en los demás países, así como reuniones subregionales para los países del Cono Sur, la Subregión Andina, América Central y México.³

Y en 1993 se realizó la conferencia para América Latina y el Caribe en la propia sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) donde se determinó que cada servicio hospitalario estableciera “patrones”, para tener un nivel de atención, práctico o método óptimo esperado, definido por peritos o asociaciones de profesionales.³

En cada situación, el estándar o patrón inicial es el límite mínimo de calidad exigido y que ningún hospital se sitúe por debajo de ese nivel dentro de un periodo de dos años.³

Los Estados que conforman el Mercado Común del Sur - MERCOSUR - integrado por la República Argentina, la República Federativa de Brasil, la República del Paraguay, la República Oriental del Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela y el Estado Plurinacional de Bolivia (en proceso de adhesión al MERCOSUR) y como Estados Asociados a Chile, Colombia, Perú, Ecuador, Guyana y Surinam (en proceso de ratificación).⁴

Estos países comparten una comunión de valores que encuentran expresión en sus sociedades democráticas, pluralistas, defensoras de las libertades fundamentales, de los derechos humanos, de la protección del medio ambiente y del desarrollo

⁴ Requisitos Básicos para la Habilitación de Servicios de Diálisis - MERCOSUR

sustentable, así como su compromiso con la consolidación de la democracia, la seguridad jurídica, el combate a la pobreza, el desarrollo económico y social con equidad.⁴

En el año 2000, el MERCOSUR aprobó los “Requisitos Básicos para la Habilitación de Servicios de Diálisis”, en la cual los Estados Partes del MERCOSUR deberán incorporar la Resolución MERCOSUR/GMC/RES. N° 28/00 a sus ordenamientos jurídicos nacionales antes del 1° de enero de 2001.⁴

En el año 2008, se deroga la Resolución MERCOSUR/GMC/RES. N° 28/00, en su reemplazo se promulga la Resolución MERCOSUR/GMC/RES. N° 11/08 “Directrices para la Organización y el Funcionamiento de los Servicios de Diálisis”.⁵

Las Directrices de esta Resolución, orientan las normativas de organización y funcionamiento de servicios de diálisis en el ámbito del MERCOSUR, de acuerdo con la realidad de cada Estado Parte.⁵

Establecer directrices para la organización y el funcionamiento de los servicios de diálisis fundamentada en la calificación de los mismos, en la humanización de la atención, en la reducción, control del riesgo a los usuarios y al medio ambiente.⁵

El Servicio de Diálisis debe estar capacitado para ofrecer las siguientes modalidades de: diálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y diálisis ambulatoria automatizada (DPA), debiendo respetar el límite de 01 (un) paciente en hemodiálisis - HD por equipamiento instalado por turno, debe poseer habilitación o licencia de funcionamiento actualizada periódicamente, expedida por el órgano sanitario competente.⁵

⁵ Directrices para la Organización y el Funcionamiento de los Servicios de Diálisis - MERCOSUR

El Servicio de Diálisis, debe disponer de infraestructura física con ambientes e instalaciones necesarios para la asistencia, la realización de los procedimientos de seguridad y calidad, relacionadas a las actividades desarrolladas por los servicios. ⁵

El servicio de Diálisis debe disponer de profesionales legalmente habilitados y capacitados para asegurar la calidad de los procesos, responsables para: ⁵

- Atención humanizada al paciente con enfermedades renales, acompañantes, familiares y visitantes;
- Elaboración de protocolos institucionales sobre la base de conocimientos científicos comprobados y en conformidad con la legislación vigente;
- Indicar y realizar procedimientos de forma individual sobre la base de protocolos institucionales;
- Evaluar los indicadores del servicio;
- Garantizar la trazabilidad de todos los procesos.
- Participar en las acciones de educación permanente;
- Garantizar atención en urgencias y emergencias. ⁵

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención. ⁶

El primer elemento quedó claramente determinado al establecer, para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las competencias de los médicos, a través de los Consejos o “Boards” de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados. ⁶

⁶ Manual del Proceso para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis – México

En cuanto al tránsito de pacientes, es de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que se estuvieran ofertando.⁶

La Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas Instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá; por lo anterior, se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro.⁶

Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Cabe señalar que la Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de hospitales de atención médica.⁶

El Consejo de Salubridad General, publicó el 13 de Junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); de esta manera se contó con el fundamento jurídico, necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.⁶

Se le asignó al SiNaCEAM, investigar las mejores prácticas, la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de calidad de los servicios de salud,

a fin de mantener vigente el Modelo de Certificación.⁶

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica encomendó a la Dirección General quien elaboró una propuesta de actualización de los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, ya que los que estaban vigentes hasta 2011 no tenían el enfoque de seguridad del paciente ni de las instalaciones, por lo anterior, se realizó una investigación basada en:

- El análisis de los incumplimientos de dichos establecimientos en los últimos dos años
- Las mejores prácticas de atención médica
- La actualización de la normatividad vigente

Como resultado de la investigación se publicaron los nuevos Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis vigentes a partir del 1 de julio de 2012.⁶

MODELOS DE GUIAS

CHILE

El Manual del Estándar General de Acreditación para los Centros de Diálisis, cuyos contenidos normativos se encuentran en este Manual, desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. La forma en que han sido trabajados tales contenidos, permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación.⁷

Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

- Respeto a la Dignidad del Paciente
- Gestión de la Calidad
- Gestión Clínica
- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención

⁷ Manual del Estándar General de Acreditación para los Centros de Diálisis - Chile

- Competencias del Recurso Humano
- Registros
- Seguridad del Equipamiento
- Seguridad de las Instalaciones
- Servicios de Apoyo⁷

Las Entidades Acreditadoras, una vez concluida la evaluación de todas las características aplicables al Centro de Diálisis y habiendo determinado el cumplimiento o incumplimiento de las características evaluadas, procederá a decidir si se otorga o se niega la acreditación respectiva, o si otorga dicha acreditación con observaciones.⁷

MEXICO

Para certificar las Unidades de Hemodiálisis se cuenta con tres documentos normativos; Manual de Proceso de Certificación de Unidades de Hemodiálisis, Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis y Autoevaluación este proceso está compuesto de 3 fases, a través de las cuales el Consejo de Salubridad General evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Dichas fases son:⁸

- Inscripción
- Autoevaluación
- Auditoria
- Dictamen

La Autoevaluación contempla aquellos elementos que debe cumplir un establecimiento en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud, sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas; en este contexto, los estándares

⁸ Manual del proceso de Certificación de Unidades de Hemodiálisis, Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis y Autoevaluación - México

para la Autoevaluación, especifican los requisitos de personal, estructura, equipamiento y sistemas de información que son obligatorios para los establecimientos que incursionen en el proceso de certificación. Los estándares considerados en la Autoevaluación incluyen los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión.⁸

ESPAÑA

El Programa de Certificación de Unidades de Hemodiálisis se plantea como una metodología de trabajo destinada a favorecer e impulsar los procesos de mejora continua.⁹

El Modelo de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía señala la mejora continua de la calidad del servicio sanitario al ciudadano como marco de actuación de todos y cada uno de los elementos del sistema.⁹

Para garantizarlo, es necesario definir lo que se entiende por calidad, observar y reconocer en qué grado las tecnologías, las instituciones y los profesionales sanitarios responden a tales criterios de calidad y, a partir de ese punto, facilitar un marco de trabajo o patrón de referencia para avanzar en el camino de la mejora continua hacia la excelencia.⁹

Entre los principales cometidos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se encuentra la elaboración y el desarrollo efectivo de un Modelo de Mejora Continua coherente, alineado con las estrategias y los rasgos diferenciadores del Sistema Sanitario Público, en el que son objeto de certificación todos los integrantes y dimensiones que intervienen en el servicio sanitario y en su calidad, entre ellos, las Unidades de Hemodiálisis.⁹

⁹ El Programa de Certificación de Unidades de Hemodiálisis – Consejería de Salud de la Junta de Andalucía - España

En consonancia con el referente general del Modelo Andaluz de Certificación, el Manual de Estándares de Unidades de Hemodiálisis se basa en el potencial de mejora y la autonomía de estas Unidades. Al igual que el resto de Manual de Estándares de las Instituciones Sanitarias del Sistema Sanitario Andaluz, el Manual de Estándares de Unidades de Hemodiálisis se basa en el cumplimiento y consolidación de una serie de estándares, que son entendidos como los criterios marco de referencia hacia los que debería ir orientada una Hemodiálisis considerada de excelencia.⁹

Así, mediante la autoevaluación continua, la propia Unidad de Hemodiálisis puede detectar las áreas susceptibles de mejora para, posteriormente, establecer las actividades necesarias para el cumplimiento y consolidación en el tiempo de la totalidad de estándares del Manual y así avanzar en el camino de la excelencia.⁹

La distribución de los estándares en tres grupos permite a la Unidad de Hemodiálisis identificar una secuencia priorizada para su abordaje:

- Los estándares del Grupo I contemplan los Derechos consolidados de los ciudadanos y los aspectos ligados a la Seguridad de ciudadanos y profesionales, los Principios Éticos que debe contemplar toda Hemodiálisis y aquellos elementos prioritarios para el Sistema de Salud de Andalucía.
- En el Grupo II de estándares se incluyen los elementos asociados al mayor desarrollo de la Organización (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías y Rediseño de Espacios Organizativos).
- El Grupo III abarca aquellos estándares que demuestran que la Unidad de Hemodiálisis genera innovación y desarrollo para la sociedad en general.⁹

ECUADOR

La Norma Técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de Servicios de Salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria, regula el procedimiento que el Ministerio de Salud Pública

seguirá para la selección, evaluación y calificación de prestadores de servicios de salud y la adquisición de estos servicios en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria. ¹⁰

Los establecimientos que prestan servicios de salud, lo hacen según su nivel de complejidad, que cuentan con recursos y capacidades, apropiadas y suficientes para brindar prestaciones de calidad con base en estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. ¹⁰

Asegurar la calidad de la atención en las unidades contratadas, mediante la aplicación de instrumentos específicos que evalúen las condiciones técnicas, administrativas y de estructura, así como los resultados de la gestión de las unidades que se presenten al proceso de calificación. ¹⁰

Estimular la participación social integrando su visión y particularidades, mediante la inclusión progresiva de representantes locales de la comunidad en el proceso de calificación. ¹⁰

En el Manual de Calificación de Prestadores de Servicios de Salud se identifican los atributos del proceso evaluado, los criterios a cumplir clasificados en macro-procesos, los cuales serán de aplicación diferenciada según la capacidad resolutive del establecimiento de salud y su nivel de complejidad, considerando las diferencias estructurales y organizacionales según la especialización de los servicios de salud. ¹⁰

Este proceso de calificación se aplicará a todo tipo de servicio de salud, utilizando la norma según la especificidad de cada servicio:

- Servicios hospitalarios: ambulatorios, emergencia y hospitalización.
- Servicios de rehabilitación.

¹⁰ Norma Técnica para el Procedimiento de Evaluación, selección, calificación y adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud y de la red privada complementaria - Ecuador

- Servicios de habilitación.
- Servicios de diálisis y hemodiálisis.
- Servicios de salud bucal (odontología y sus especialidades)
- Servicios de ayudas de diagnóstico y tratamiento ambulatorio (centros de diagnóstico y tratamiento)
- Servicio pre-hospitalario
- Prestadores especializados y de especialidades de tercer nivel ¹⁰

Los aspectos a evaluarse son:

- a) Capacidad técnica y resolutive: Evalúa requisitos de estructura, procesos y resultados que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- b) Capacidad administrativa: Evalúa el desarrollo e implementación efectiva de procesos gerenciales que responden a las leyes del país en los ámbitos tributario, financiero, administrativo y laboral, que garantizan la buena administración y el respeto a las normas vigentes y demuestren buenas prácticas de gestión.
- c) Capacidad financiera: En lo financiero se evalúa el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de la institución, los indicadores financieros pertinentes, la transparencia en la gestión, la capacidad de mantener el funcionamiento de la organización y la sostenibilidad de la empresa. ¹⁰

ACREDITACION

Durante la década de los Ochenta, la economía mundial sufre una serie de fenómenos económicos en los que se incluyen la caída del Sistema Socialista y la recesión de la América Latina que tuvo como resultado el deterioro del sector social y por tanto, el de los hospitales. ¹¹

Para remediar esta situación y tratar de mejorar en un nivel aceptable de calidad, en la década de 1990 muchos países de América Latina comenzaron a aplicar en sus hospitales diferentes procesos de acreditación, con el apoyo de la Organización panamericana de la Salud (OPS), ofreciendo como estrategia el desarrollo de las conferencias latinoamericanas sobre acreditación, las cuales representaron un importante paso en el proceso hacia un modelo de acreditación. ¹¹

Durante la I Conferencia celebrada en Washington, DC, en 1989, con la participación de casi todos los países de América Latina, los representantes de la conferencia llegaron a la conclusión de que en los países no se utiliza la acreditación hospitalaria como una forma de mejorar la calidad del hospital. ¹¹

En respuesta, los miembros de la OPS y expertos prepararon un manual titulado "Manual de Acreditación de Hospitales " el cual fue presentado en 1992, durante el desarrollo de la II Conferencia de América Latina. ¹¹

Desde entonces, el manual ha sido una referencia básica para muchos países de América Latina y el Caribe, el manual está destinado a servir como una guía ilustrativa, con normas flexibles que puede ser adaptadas a las necesidades de cada país. ¹¹

La OPS en su Manual de Acreditación describe normas mínimas de calidad para 37 servicios hospitalarios, incluida la atención ambulatoria, laboratorio, enfermería y otros

¹¹ Desarrollo de Procesos de Acreditación en Países de Latinoamérica y El Caribe

servicios hospitalarios básicos, así como la metodología para un equipo que vigile el cumplimiento de estas normas.¹¹

El equipo de inspectores se compone de al menos tres miembros: un médico, una enfermera y un administrador del hospital. Los encuestadores, a su vez, son designados por la Comisión Nacional de Acreditación que cada país instaure.¹¹

Tras el lanzamiento inicial de estas acreditaciones, una serie de reuniones nacionales y subregionales se realizaron para presentar y aclarar la metodología en el nuevo manual de acreditación de la OPS.¹¹

Durante las reuniones, las normas de calidad fueron analizadas y discutidas ampliamente. Los resultados de los programas nacionales de acreditación de hospitales se presentaron en 1995, durante la III Conferencia de América Latina sobre la Acreditación de Hospitales.¹¹

A medida que cada país de América Latina comenzó el proceso de introducción e implementación de un hospital acreditado, se da un paso clave para desarrollo de un “Manual Nacional de Acreditación Hospitalario” basado en el Manual elaborado por la OPS.¹¹

Esto se hizo mediante la convocatoria de un grupo de dos o tres especialistas en la gestión hospitalaria para elaborar las normas y los indicadores cualitativos para estos parámetros, para cada unidades hospitalarias. Estos grupos consultados, organizaciones científicas y otros especialistas adaptaron el manual de la OPS a las realidades de cada país.¹¹

BOLIVIA

En Bolivia los aspectos relacionados con la evaluación y garantía de la calidad, fueron propuestas con el inicio de un proceso de acreditación de hospitales hacia la mitad del

año 1992, siguiendo la corriente establecida por la OPS/OMS y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) mediante reuniones de reflexión sobre la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de calidad en la atención de salud ofrecida por los hospitales, y la definición de las bases para la elaboración del modelo de acreditación como procedimiento de evaluación de los establecimientos hospitalarios independientemente al sector que pertenezcan.¹¹

De igual forma se evidencia que a partir de 1994 toma mayor auge la implementación de procesos de Acreditación de Hospitales de segundo y tercer nivel de atención y certificación de establecimientos de primer nivel, todo esto con el fin de mejorar la calidad, la eficacia de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

Desde 1997 con el Decreto Supremo 24498 se instituye el Sistema Boliviano de Normalización, Metrología, Acreditación y Certificación Sistema (NMAC), el cual tiene a cargo La promoción de la calidad en Bolivia, igual que en otros países de Latinoamérica y el Caribe.¹¹

Se logra dar un avance con la adaptación de un instrumento propio, que estuviera acorde a las necesidades y requisiciones de los hospitales y de las instituciones de salud del país, para lo cual se crean comités departamentales de acreditación en salud, incorporando a sus acciones a los hospitales que voluntariamente quisieron iniciar el proceso, desde ese momento se presentan informes y resultados de las evaluaciones, los cuales son entregados a los responsables a nivel nacional, dándose de este modo un paso importante para la continuidad en estos procesos.¹¹

A partir de 2001, el Ministerio de Salud y Deportes brindó financiamiento a estas actividades en algunos departamentos con recursos de la cooperación externa, todos estos avances en los procesos de calidad y de acreditación en Bolivia han permitido y constituido al estado como el responsable en el afianzamiento de los servicios de salud; configurándose como principal reto para este sistema la disminución de la exclusión de la población del sistema de salud.¹¹

ARGENTINA

En Argentina los avances en procesos de calidad y acreditación se han dado en el marco de “políticas básicas” como se establece en el Decreto 1269/922 en las que el subsector público dio sus inicios y al cual se incorpora posteriormente el subsector privado y el subsector de obras sociales; los cuales han procurado mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la atención médica; mostrándose que el Instituto Nacional de Obras Sociales actual Superintendencia de Servicios de Salud y la Sociedad Argentina de Auditoría Médica, actualmente Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria, fueron las primeras organizaciones que se interesaron por el tema, desarrollando e impulsando actividades de evaluación hospitalaria por medio de trabajos que fueron pilares en la acreditación hospitalaria.¹¹

A finales de 1988 la OPS realizó el Taller sobre Acreditación de Hospitales Urbanos en América Latina y el Caribe, con la participación de representantes de Argentina; generando posturas y generalidades propias que beneficiaran los procesos de gestión de la calidad y de acreditación; desde aproximadamente el año 1989, con la reunión de un importante grupo de sociedades científicas integradas por profesionales de diferentes áreas del conocimiento como médicos pediatras, cirujanos, anestesiólogos, arquitectos, ingenieros, entre otros; se desarrolló un documento que incluía ciertos estándares que permitirían encauzar los procesos de acreditación en la República de Argentina.¹¹

Posteriormente a mediados de 1990, la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), suscribieron un Acuerdo General de Cooperación en cuyo marco se comprometieron a fomentar el desarrollo de un Manual de Acreditación para los países, adecuado a la realidad de los establecimientos públicos y privados de la región, marcándose desde entonces la pauta en la República de Argentina para el desarrollo de los procesos, programas de calidad y de acreditación los cuales se propician de manera voluntaria orientando su acción inicial hacia la exigibilidad creciente a partir de

un mínimo o básico nivel de estándares de calidad, los cuales definen condiciones mínimas aceptables de calidad y seguridad. ¹¹

En mayo de 1991, luego de la aprobación definitiva por parte de la OPS, del Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe; las instituciones de salud privadas, públicas y de obras sociales de la República Argentina establecen un acuerdo para adaptar al Manual de la OPS según los criterios y características propias de las instituciones de salud de Argentina, para lo cual se crea la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de Atención Médica (COMCAM), cuya misión principal era establecer programas de Acreditación de alcance nacional. ¹¹

Posteriormente las diferentes experiencias y alcances en materia de procesos de calidad y acreditación de las instituciones de salud, serian analizadas y aplicadas por el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), el cual comienza sus labores entre 1994 y 1995 con la edición de un manual propio, que adaptaba los lineamiento del manual de la OPS; en la actualidad el ITAES es el más antiguo de las entidades acreditadoras de establecimientos de salud en Argentina y desarrolla programas de Acreditación para diversas tipologías asistenciales. ¹¹

Desde el marco de los avances evidenciados en materia de los programas de calidad y de los entes acreditadores en salud en Argentina, es importante resaltar que su experiencia ha estado directamente relacionada con los lineamientos y las actividades lideradas a nivel Latinoamericano y que se han ido desarrollando de forma paralela a las reformas y cambios realizados en su sistema de salud, de igual forma se resalta dentro de sus motivaciones el impulso hacia la generación de sus propios programas de acreditación que den cuenta de la realidad de la República de Argentina. ¹¹

BRASIL

En el marco del sistema de salud Brasileño, resulta más complejo el establecimiento de algunos procesos de calidad y de acreditación de las instituciones de salud debido

a su estructura federal, ya que su sistema de salud ha tenido que pasar por profundos cambios y reorganizaciones de sus acciones en la atención a los clientes, observándose dificultades en establecer formas de control y mecanismos adecuados de regulación, los cuales determinan el estilo de gestión del sector de salud.¹¹

Desde el Ministerio de Salud se elaboró una adaptación del Manual de la OPS, para ser aplicada en todos los estados Brasileños, inicialmente el programa fue desarrollado en los Estados de Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, San Pablo y Rio de Janeiro; posteriormente, todos fueron articulados y unidos por el Ministerio de Salud y las organizaciones nacionales del sector en una única estrategia que resultó en la fundación de la Organización Nacional de Acreditación (ONA) en el año 1999, con el cual se define acreditación en Brasil, como un sistema de evaluación y certificación de calidad de servicios de salud voluntario, periódico y reservado; en la creación de la ONA participaron diversas entidades del sector salud desde áreas asistenciales y administrativas tanto públicas como privadas.¹¹

En Brasil la ONA es la encargada de vigilar los diferentes procesos de acreditación que son realizados por diferentes entidades de carácter privado reconocidas por la misma, y son quienes tienen la responsabilidad de efectuar la evaluación y la recomendación de la certificación de calidad de los servicios dentro de las normas técnicas previstas con actuación a nivel nacional.¹¹

De esta manera en Brasil se configuran de manera evidente las acciones dadas en cuanto a los procesos de calidad y acreditación, observándose claridad en sus procesos y un direccionamiento, planteamiento estratégico desde el sector privado y el sector público a pesar de aun contar con inconsistencia en la prestación de algunos servicios, pero "es probable que los ciudadanos brasileños sean capaces, en un futuro próximo, disfrutar de la confianza en los hospitales y servicios".¹¹

CHILE

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud.¹¹

Los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre los servicios públicos y los privados; entre las demás funciones encargadas al MINSAL, se encuentra la conducción del sector salud estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno y siguiendo las reglas del Código Sanitario.¹¹

Su tarea fundamental consiste en supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud en ese país, de igual forma el Ministerio de Salud es el encargado de dar los lineamientos y recomendaciones a las instituciones que realizan los procesos de acreditación en Chile; para lo cual en la ley N° 19937 de Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial del 24 de febrero de 2004, se modificó el Artículo 4° del Decreto ley N° 2763, de 1979, estableciendo, en su nuevo numeral 12, la función y potestad del Ministerio de Salud de “establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar”.¹¹

Los avances en procesos de acreditación en este país, se iniciaron de manera contundente en el año 1990, con la acreditación en instituciones de salud que buscaban disminuir las infecciones intrahospitalarias, entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias, entre el 2000 y el 2004 bajo los parámetros establecidos con el Programa de Evaluación de Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH).¹¹

Se ha logrado un avance considerable en la acreditación de las diferentes instituciones de salud; en la actualidad el PECAH aún sigue siendo un poco desconocido, lo cual conlleva a que cada institución de salud aborde y trabaje sus procesos de calidad con la creación de sus propios verificadores e indicadores en relación con lo que el Ministerio de Salud recomienda y exige, pero al revisar la norma

de acreditación publicada en marzo del año 2008 sobresale el alto nivel de exigencia demandado a cada centro asistencial, lo cual implica un compromiso por parte de las diferentes entidades de salud para completar e implementar los diferentes procesos de acreditación, lo cual conlleva a la reafirmación del constante proceso de modernización que mantiene Chile. ¹¹

1.2 Justificación

Debido al incremento anual de pacientes con IRCT, se van ampliando y creando Servicios de Hemodiálisis de forma improvisada, no se cuenta con una normativa que permita evaluar su capacidad resolutoria.

La Guía Técnica servirá para la autoevaluación de los Servicios de Hemodiálisis, contribuirá a igualar criterios de atención y buen funcionamiento; cada problema identificado será una oportunidad de mejorar y alcanzar los objetivos deseados, lograr la acreditación ante los pacientes, la comunidad y la disminución de las quejas.

La realización de la autoevaluación, evaluación y el cumplimiento total de los estándares, certifican que los Servicios de Hemodiálisis, son servicios con calidad, seguridad para los pacientes y el personal de salud.

La acreditación va garantizar a los usuarios un servicio de salud en condiciones de calidad, humanización, y efectividad; va generar confianza entre los pacientes sobre los resultados que se alcancen con los procesos asistenciales y administrativos, las características de un sistema de calidad para la atención en salud, tales como oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad, coordinación, efectividad, información, competencia y un reconocimiento público en el ámbito de la salud por haber iniciado un proceso de mejoramiento continuo hacia la excelencia.

2. MARCO TEÓRICO

La IRCT es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal, es decir hemodiálisis, diálisis o trasplante para poder vivir.

Las causas de IRCT se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. La etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis y la obesidad. La enfermedad renal poliquistica es la principal enfermedad congénita que causa IRCT.

En los Servicios Hemodiálisis se realiza el tratamiento de hemodiálisis que es un procedimiento que sirve para purificar y filtrar la sangre por medio de una máquina. Pretende librar al organismo temporalmente de desechos nocivos (urea, creatinina etc.), de sal y de agua en exceso. La hemodiálisis ayuda a controlar la tensión arterial y ayuda al organismo a mantener un balance adecuado de electrolitos (potasio, sodio, calcio) y bicarbonato.

La Unidad de enfermería, tiene como misión proporcionar una atención óptima a los pacientes con IRCT que precisan de tratamiento de Hemodiálisis ó Diálisis Peritoneal, para satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados de enfermería especializados.

Se considera importante analizar al personal, no solamente como un factor de producción de servicios de salud, sino como el más importante componente de un hospital, con el cual se debe tener un manejo cuidadoso, que se inicia con el ingreso del funcionario, que continúa con la ejecución de su trabajos, los constantes entrenamientos, la evaluación de su desempeño y el reconocimiento por los trabajos realizados para el beneficio de los pacientes que han utilizado la institución. Además,

se busca analizar los diferentes enfoques que existen tanto en lo relacionado con bienestar, motivación y disciplina.

Todos los trabajadores de salud deben utilizar medios de barrera adecuadas, para prevenir la exposición cutáneas o mucosas, cuando se va tener contacto con sangre u otros líquidos corporales, usar guantes después del contacto con cada paciente, usar tapabocas y protección ocular durante procedimientos que puedan ocasionar la liberación de partículas de sangre o fluidos que sin la debida protección podrían ponerse en contacto con las mucosas, igualmente, usar delantales o blusas apropiadas para procedimientos de mayor riesgo.

Debe lavarse las manos en forma adecuada, inmediatamente después de cualquier contacto con sangre o secreciones. Este lavado cuidadoso, es mandatorio también inmediatamente después de quitarse los guantes.

Los trabajadores de salud deben tomar todo tipo de precauciones para evitar lesiones por agujas, bisturí instrumentos y dispositivos en general; igualmente para evitar todo tipo de heridas durante procedimientos quirúrgicos o de laboratorio.

La bioseguridad es la aplicación de conocimiento, técnicas y equipamiento para prevenir la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico en personas, laboratorios, áreas hospitalarias y medio ambiente.

En los organismos asistenciales de salud, surgen con frecuencia problemas, muchos más profundos y complejos, porque involucran el entramado mismo de la ética y la bioética en su aplicación a la realidad inmediata.

La historia clínica de cada persona atendida tiene especial importancia y en su adecuado manejo intervienen tanto los médicos, personas del área científica asistencial como personal de área administrativa y auxiliar.

La historia clínica por ser de índole privado y porque contiene datos relativos a la intimidad de la persona enferma, el expediente clínico esta sujeta al secreto profesional médico y quien la lea o conozca queda ligado a esa obligación.

Se reconoce la propiedad del expediente clínico, por una parte, a la persona cuyos datos contiene pero también, por otro lado, al médico o médicos cuyos conocimientos, análisis, decisiones, órdenes e informes quedan registrados en sus páginas.

Las instituciones hospitalarias actúan como guardia legal de ese documento, responde por su integralidad y por su custodia frente a quien quisiera consultarlo sin tener derecho a ello.

La tendencia mundial es tener en cada institución un comité de ética, en cuyo seno puede plantearse problemas para obtener las sugerencias y poner en prácticas el estamento directivo, sea en la parte científica o en la administrativa.

El comité de ética debe cumplir una función educativa para el personal de salud, la divulgación de los principios, normas y conceptos éticos, la ilustración de casos específicos, la promoción de actitudes adecuadas, deben ser parte de su labor permanente.

La calidad es el conjunto actividades que realizan, los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

El cuidado del paciente tiene dos componentes:

- La dimensión técnica, de la calidad depende del balance de los riesgos y beneficios esperados de la aplicación de las técnicas y procedimientos mediante los cuales se brinda la atención.

- La dimensión interpersonal, de la calidad consiste en la conformidad con las legítimas expectativas del paciente, las normas sociales y profesionales.

La guía, hace referencia a la responsabilidad ética, médico – asistencial, permitiendo evaluar y calificar los procesos médicos realizados, la evaluación permite identificar aquellas áreas deficitarias, desde el punto de vista del paciente y por otra parte nos sirve para evaluar los resultados de los cuidados, ya que las necesidades del paciente son el eje.

Los estándares representan una visión especializada de lo que debe ser un buen establecimiento de salud y constituyen una recopilación de los conocimientos actuales sobre la calidad asistencial esperada y establecen un criterio "trazador", que permita deducir si un determinado servicio o actividad, reúne condiciones básicas de calidad y seguridad.

La acreditación es el resultado de un proceso de evaluación continuo, dinámico, confidencial, en base a estándares establecidos, evalúa estructura, proceso y resultado de la atención y la gestión de los establecimientos de salud, con el fin de promover la calidad en la oferta de servicios en condiciones confiables.

Al mismo tiempo, determinar la situación real del establecimiento, proponiendo medidas correctivas y ajustes a toda situación que así lo requiera, orientados al mejoramiento continuo, para satisfacer de la mejor manera las necesidades y expectativas de los usuarios interno y externos.

Califica la totalidad del establecimiento, y el resultado es ser o no acreditado, lo que constituye una garantía de confiabilidad y promover el mejoramiento continuo de la atención y proporcionar al usuario la confianza para acceder a un servicio de salud.

Garantizar que los establecimientos acreditados cuentan con los recursos y la capacidad de gestión adecuadas para ofrecer servicios efectivos, eficientes, seguros y de calidad.

Acreditación Plena: Es cuando el establecimiento cumple con todos y cada uno de los estándares. Tendrá una validez de 3 años, desde la fecha del Certificado emitido.

Acreditación Transitoria: Cuando el establecimiento no cumple totalmente con hasta 3 estándares, y se considere posible la corrección de sus deficiencias en un plazo breve, la Comisión de Acreditación podrá otorgar una Acreditación Transitoria.

La Acreditación Transitoria tendrá un plazo máximo de 12 meses, desde la fecha de emisión del Certificado.

Acreditación con Mérito: Este dictamen queda reservado para los establecimientos que, además de cumplir con las exigencias básicas de los estándares, superen los requisitos básicos exigidos por la Guía. El plazo de vigencia será también de 3 (tres) años.

No Acreditado: En los casos en que la Comisión de Evaluación y Acreditación considere que, el establecimiento no cumple las condiciones para ser acreditado y las deficiencias no pueden ser corregidas dentro del plazo de 1 año, notificará los resultados de la evaluación otorgando un plazo de 15 días hábiles. En este caso, deberá mediar no menos de 1 año, para solicitar una nueva evaluación, que deberá cumplir nuevamente con todos los requisitos exigidos.

La certificación, es el medio que garantiza la conformidad, de acuerdo a las normas y otros documentos normativos, los establecimientos de salud, participan de manera voluntaria, cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad.

Es el procedimiento mediante el cual un organismo da una garantía por escrito, de que un producto, un proceso o un servicio está conforme a los requisitos específicos, se materializa en un certificado, documento emitido conforme a las reglas de un sistema de certificación, que indica con un nivel suficiente de confianza, que un producto, proceso o servicio debidamente identificado, está conforme a una norma o a un documento normativo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número elevado de pacientes con IRCT, que no reciben tratamiento dialítico, exige una gran demanda de Servicios de Hemodiálisis a nivel nacional, los cuales van surgiendo de manera improvisada y no cuentan con la capacidad resolutive necesaria, se debe establecer condiciones mínimas de estructura y procesos que deben contribuir a la mejora de la atención, seguridad del paciente y del personal.

No existe una Guía Técnica que controle o minimice el riesgo asociado al tratamiento en hemodiálisis y las condiciones en que se ofrecen estos Servicios, garantizando que sus instalaciones, mobiliario, equipamiento, instrumental y sistemas organizativos, cumplan con condiciones óptimas, es necesario contar con criterios uniformes y específicos para el funcionamiento, y de esta manera mejorar la atención de los enfermos renales.

La identificación de fortalezas, debilidades en aquellas áreas deficitarias, evaluar los resultados de los cuidados y las necesidades del paciente en relación a la atención recibida.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Diseñar una Guía Técnica Integral de Evaluación y Acreditación para los Servicios de Hemodiálisis.

4.2 Objetivos específicos

- Recopilar información para la elaboración y diseño de la Guía Técnica Integral de Evaluación y Acreditación para los Servicios de Hemodiálisis
- Identificar los factores que limitan un buen funcionamiento de los Servicios de Hemodiálisis.
- Proponer una Guía que permita realizar la autoevaluación, evaluación de los Servicios de Hemodiálisis.

5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de estudio para la Guía Técnica Integral de Evaluación y Acreditación de los Servicio de Hemodiálisis es descriptivo de corte transversal.

5.1 Población y lugar

La Guía Técnica, esta dirigida a personal de salud de los Servicios de Hemodiálisis y beneficiarios que se encuentran recibiendo tratamiento en hemodiálisis.

5.2 Diseño de la Guía

El diseño de la Guía, fue elaborada de acuerdo a los Servicios de Hemodiálisis de nuestro país, cuenta con los siguientes acápite, recurso humanos con que debe contar y si el personal esta capacitado para realizar el procedimiento de hemodiálisis, el personal de apoyo que los pacientes requieren tanto en la parte psicológica y nutricional.

Las instalaciones físicas, ambientes y equipamiento necesario en los Servicios de Hemodiálisis para garantizar una asistencia médica adecuado a los pacientes con IRCT, el mantenimiento preventivo y correctivos de las instalaciones.

El expediente clínico, que permita documentar el proceso de control continuo y resultados, debe contar con el consentimiento informado necesario, historia clínica

completa, exploración física minuciosa, laboratorio y gabinete con la finalidad de identificar la causa, confirmar el diagnóstico, las complicaciones de la enfermedad de base y comorbilidades.

El servicio de enfermería es el encargado de las actividades relacionadas con la asistencia del paciente con el fin de proporcionar las facilidades necesarias para los cuidados.

Los comités de ética cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto a las cuestiones éticas que surgen de la práctica médica, comité de vigilancia, prevención y control de infecciones, identificar y reducir los riesgos de infección.

Los servicios de hemodiálisis debe contar con normas y protocolos de atención que son un medio para mejorar la calidad en la atención.

El personal de los Servicios de Hemodiálisis debe conocer las normas de Bioseguridad, los riesgos en su entorno y evitar que ellos provoquen un contagio a los pacientes y al mismo personal.

La Guía cuenta con estándares que se dividen en “obligatorios” y “necesarios” que se evalúan “cuenta” o “no cuenta” con puntaje y una casilla para las observaciones cuando se realiza la autoevaluación y la evaluación.

5.3 Fases de implementación

El primer paso es la autoevaluación con la Guía Técnica Integral de Evaluación y Acreditación de los Servicio de Hemodiálisis, será aplicada por el personal de salud, verificando los estándares obligatorios y necesarios, que se evalúan de forma “cuenta” o “no cuenta” que tiene un puntaje, los cuales son patrones referenciales de calidad, orientados a mejorar la atención, mantener un buen sistema de gestión de calidad, y evaluar las condiciones mínimas que deben cumplir.

Una vez realizada la autoevaluación interna de los Servicios de Hemodiálisis, se subsanan todos los estándares de calificación que “no cuenta”, una vez corregidas todas las observaciones, se realiza una segunda autoevaluación

El segundo paso es solicitar a las instancias correspondientes la conformación de la Comisión de Calificación Externa, la cual verificara el cumplimiento de los estándares mediante una evaluación y el informe, para la acreditación de los Servicios de Hemodiálisis, se debe cumplir con el 100% de los estándares obligatorios y 80% o más de los necesarios y el dictamen final lo dará el Comité de Acreditación.

La Comisión de Calificación otorgara los “Certificados” cuando se cumpla con el 100% de los “estándares obligatorios” y el 80% o más de los “estándares necesarios”, lo cual será ratificado por el Comité de Acreditación.

6. GUÍA DE EVALUACIÓN

RECURSOS HUMANOS

DURANTE EL TIEMPO QUE SE REALIZA EL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS SE DEBE CONTAR CON PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA CAPACITADO

FINALIDAD: Durante la atención del paciente, el personal de salud está calificado para asumir esta responsabilidad. Se cuenta con algún método para la recopilación de la documentación de los files personales.

PARAMETROS DE EVALUACION	PUNTOS DE VERIFICACION	PONDERACION	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un nefrólogo certificado durante la practica de hemodiálisis	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Files personal: Titulo y diploma de especialista y memorando de designación				15%	
	Notas de evolución por el Nefrólogo en 3 expedientes de ese día y 3 meses anteriores seleccionado de forma aleatoria				10%	

Se cuenta con una enfermera capacitada o enfermera especialista en hemodiálisis, mínimo cada tres pacientes	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Files personal: Título y diploma de capacitación o de especialidad				15%	
	Número de procedimientos de hemodiálisis y de enfermeras en ese día según rol de turnos				10%	
Se cuenta con enfermera capacitada para los pacientes que requieren técnicas de aislamiento para pacientes VIH, Hepatitis B y C	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Files personal: Título y diplomado de capacitación				15%	
	Número de procedimientos de hemodiálisis y de enfermeras ese día según rol de turnos				10%	
Existe rol de turnos de los	Verificar:					
	Rol de turnos				11%	

médicos y un registro de cumplimiento	Cumplimiento del mismo	NECESARIO			14%	
TOTAL					100%	

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON PERSONAL DE APOYO DURANTE LAS JORNADAS DE TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS

FINALIDAD: El paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal debe ser valorado en forma integral por un equipo multidisciplinario de salud, investigando la etiología de la Insuficiencia Renal, el estado nutricional y sus aspectos psicológicos que puedan repercutir en él.

PARAMETROS DE EVALUACION	PUNTOS DE VERIFICACION	PONDERACION	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Se cuenta con personal de apoyo para nutrición, trabajo social y psicología	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Files personal del personal de apoyo				25%	
	Solicitar rol de turnos				20%	
	Criterios de evaluación nutricional, trabajo social y psicología				25%	
Se cuenta con programa de capacitación continua	Verificar:	NECESARIO				
	La programación				10%	
	Lista de asistencia				5%	
TOTAL					100%	

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON DOCUMENTOS QUE CONTENGAN LAS NORMA DONDE SE ESTABLEZCA LAS RESPONSABILIDADES, DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

FINALIDAD: Normas donde se establezca las responsabilidades, obligaciones y sanciones.

El personal de salud esta familiarizado con ellos y siguen con lo estandarizados.

El personal de la Unidad de Hemodiálisis difunde los derechos y deberes de los pacientes.

La admisión del paciente a la Unidad de Hemodiálisis debe estar estandarizado mediante procedimientos escritos.

El personal de salud y los pacientes tiene el derecho de manifestar sus quejas sobre la atención, preguntas y conflictos, se implementa procesos para la resolución de quejas.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Se especifica claramente las responsabilidades del personal de la Unidad de Hemodiálisis	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Manual de funciones				15%	
	Manual de organizaciones				15%	
	Manual de cargo				15%	
La Unidad cuenta con los Derechos y Deberes de los Pacientes y está ubicada en lugar visible al público	Verificar:	NECESARIO				
	Su existencia en lugares visibles				15%	

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con políticas y procedimientos que se utilizan para la admisión	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Procedimiento para la admisión del paciente a la Unidad de Hemodiálisis				10%	
	Exámenes de laboratorio de ingreso (VIH, Hepatitis B y C)				10%	
La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un buzón de quejas para atender quejas y resolver conflictos	Verificar:	NECESARIO				
	Buzón de quejas y sugerencias				10%	
	Procedimiento para resolver conflictos				10%	
TOTAL					100%	

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON EL NOMBRAMIENTO DEL JEFE DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

FINALIDAD: Coordinar e integrar las funciones de la Unidad de Hemodiálisis, que mejore las acciones orientadas a la satisfacción del paciente, mantenimiento de las instalaciones físicas y abastecimiento de suministros.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Existe oficialmente la designación del Jefe de la Unidad de Hemodiálisis	Verificar:	OBLIGATORIO				
	El memorando de designación				100%	
TOTAL					100%	

INSTALACIONES FISICAS

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON INSTALACIONES DE TAMAÑO, CANTIDAD Y DISTRIBUCIÓN ADECUADA PARA ATENDER A LOS PACIENTES

FINALIDAD: Las Unidades de Hemodiálisis son centros creados para garantizar una asistencia médica especializada a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACION	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
En el vestíbulo, recepción y sala de espera tiene una adecuada ventilación, señalamiento, limpieza y áreas suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos	Observar:	OBLIGATORIO				
	Existe una adecuada ventilación, señalización, limpieza del vestíbulo y sala de espera; áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos				9%	

Los pasillos y áreas comunes para uso de visitantes se encuentran limpios, cuentan con basureros correctamente identificados	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios				8%	
	Los basureros están correctamente identificados				7%	
	Los basureros no contiene material con residuos biológicos e infecciosos				8%	
Los pasillos y áreas comunes se encuentran correctamente señalizados	Observar:	NECESARIO				
	La señalización de los pasillos y áreas comunes son claras y visibles para la adecuada circulación				6%	

Adecuada distribución y separación de las estaciones de hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería	Observar:	NECESARIO				
	Existe como mínimo un metro entre cada estación de hemodiálisis				5%	
	Existe muebles o equipos que obstruyan el acceso rápido del personal de salud			5%		
Sala exclusiva para pacientes VIH, Hepatitis B y C que requieren tratamiento de hemodiálisis	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Existe una sala exclusiva para pacientes con VIH, Hepatitis B y C que requieren tratamiento de hemodiálisis				8%	
Área para curación y cambio de catéter	Verificar.	OBLIGATORIO				
	Si existe el área para curación y cambio de catéter				5%	

Consultorio externo para pacientes que lo requieran	Verificar:	NECESARIO				
	Existe consultorio externo				5%	
Área central para la planta de tratamiento de agua	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Existe el central para la planta de tratamiento de agua				5%	
Área destinada para almacenamiento de insumos y medicamentos	Verificar:	NECESARIO				
	Existe el área destinada para almacenamiento de insumos y medicamentos				5%	
Área destinado para el descanso del personal	Verificar:					
	La existencia del área de descanso de la Unidad de Hemodiálisis				5%	

La central de enfermería cuenta con recipientes rojos herméticos para residuos punzo cortantes y basureros correctamente identificados	Verificar:	OBLIGATORIOS				
	Cuenta con recipientes rojos, rígidos, herméticos para residuos punzo cortantes				5%	
	Cuenta con basureros correctamente identificados para residuos				5%	
En caso de reutilización de filtros, se debe contar con un lugar de lavado y almacenamiento y que están correctamente identificados	Verificar:	OBLIGATORIOS				
	El área de lavado y almacenamiento de filtros				4%	
	Si los filtros están debidamente identificados				5%	
TOTAL					100%	

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES FISICAS

FINALIDAD: La Unidad de Hemodiálisis cuenta con mantenimiento correctivo de las instalaciones y el personal capacitado, se documenta las evaluaciones, pruebas y el mantenimiento de las instalaciones.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Programas escritos de mantenimiento preventivo	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Existe un programas de mantenimiento preventivo				15%	
Programas de mantenimiento preventivo, con la finalidad de prolongar la vida útil de las instalaciones, equipos electromecánicos, equipo médico y mobiliario hospitalario	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Existe una bitácora de mantenimiento preventivo de las instalaciones, equipos electromecánicos, equipos medico y mobiliario hospitalario				10%	

Cumplir con el tiempo de mantenimiento correctivo	Verificar:	OBLIGATORIO				15%
	Si en los últimos tres meses se realizó el mantenimiento correctivo					
Se realiza el mantenimiento de iluminación, temperatura y ventilación	Verificar:	OBLIGATORIO				13%
	Existe bitácora de mantenimiento de iluminación, temperatura y ventilación					
Sistema que garantice la disponibilidad de insumos y repuestos para el mantenimiento de los equipos	Verificar:	OBLIGATORIO				12%
	Existe un sistema que garantice la disponibilidad de insumos y repuestos para el mantenimiento de los equipos					

Se cuenta con un plan de capacitación continua del personal técnico	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Listas de asistencia				10%	
	Certificados de participación				10%	
Se cuenta con un manual de contingencia en caso de fallas internas o externas	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Si se cuenta con el manual de contingencia				15%	
TOTAL					100%	

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON PLANTA DE EMERGENCIA PARA EL SUMINISTRO DE ENERGIA ELECTRICA

FINALIDAD: Ante un emergencia la Unidad de Hemodiálisis responde de manera eficaz.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Se cuenta con planta de emergencia para el suministro de energía eléctrica	Verificar	OBLIGATORIO			70%	
	La existencia funcionamiento y capacidad de la planta de energía eléctrica					
Se cuenta con bitácora de mantenimiento de la planta de energía eléctrica	Verificar	NECESARIO			30%	
	La bitácora de mantenimiento					
TOTAL					100%	

EQUIPAMIENTO**SALA DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL**

FINALIDAD: La Unidad de Hemodiálisis debe contar con equipamiento adecuado, para brindar atención de calidad a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Máquina de Hemodiálisis en cada estación	OBLIGATORIO			12%	
Toma o tanque portátil de oxígeno para cada estación	OBLIGATORIO			9%	
Toma de aire con aspirador o aspirador portátil para cada estación	OBLIGATORIO			10%	
Sillón reclinable tipo "reposit" o cama	OBLIGATORIO			12%	
Esfingomanómetro y estetoscopio	OBLIGATORIO			9%	
Bascula para pesar al paciente	OBLIGATORIO			7%	
Negatoscopio	OBLIGATORIO			7%	
Silla de ruedas	OBLIGATORIO			8%	
Carro de curaciones	OBLIGATORIO			10%	
Tripiés rodable				8%	

(porta suero)	OBLIGATORIO				
Gradilla	OBLIGATORIO			8%	
TOTAL				100%	

CARACTERÍSTICAS DE LAS MAQUINAS DE HEMODIÁLISIS	PONDERACION	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Control volumétrico (con modulo de bicarbonato)	OBLIGATORIO			20%	
Monitores de conductividad	OBLIGATORIO			12%	
Monitores de temperatura	OBLIGATORIO			10%	
Monitores de presión venosa	OBLIGATORIO			12%	
Monitoreo de presión arterial de las líneas	OBLIGATORIO			13%	
Detector de burbujas	OBLIGATORIO			10%	
Detector de sangre	OBLIGATORIO			8%	
Perfil de ultrafiltración y de sodio	OBLIGATORIO			15%	
TOTAL				100%	

AREA DE CONSULTA EXTERNA

FINALIDAD: La Unidad de Hemodiálisis, cuenta con servicio de consulta externa con infraestructura y equipamiento de acuerdo a la necesidad de la especialidad, brindar una atención eficiente, eficaz, integral y oportuna a los pacientes.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Mesa de exploración	OBLIGATORIO			20%	
Bascula con tallímetro	OBLIGATORIO			20%	
Esfigmomanómetro	OBLIGATORIO			20%	
Negatoscopio	OBLIGATORIO			20%	
Estuche de curación	OBLIGATORIO			20%	
TOTAL				100%	

AREA DE TRATAMIENTO DE AGUA

FINALIDAD: El objetivo central del área de tratamiento de agua, es remover los contaminantes químicos, bacteriológicos y material de partículas, elementos que se encuentran presente en forma permanente en el agua urbana, y en diferentes concentraciones, las que al pasar al torrente sanguíneo de un paciente, pueden producir reacciones adversas, en forma aguda e inmediata y aún más, algunos de estos elementos pueden ocasionar un daño irreversible, como es el caso del aluminio que puede producir graves y permanentes alteraciones neurológicas.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño y número de máquinas de hemodiálisis	OBLIGATORIO			13%	
Bombas de impulsión	OBLIGATORIO			10%	
Filtros de sedimentación	OBLIGATORIO			10%	
Filtros ablandadores	OBLIGATORIO			10%	
Filtros de carbón activado (2 en línea)	OBLIGATORIO			10%	
Osmosis inversa	OBLIGATORIO			10%	
Filtros de polisulfona o de poliamida después de la osmosis	OBLIGATORIO			10%	

Tanque de almacenamiento con características especiales para la unidad de hemodiálisis	OBLIGATORIO			15%	
Red de distribución con llaves para toma de muestra	OBLIGATORIO			12%	
TOTAL				100%	

LA SALA DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS MEDICOS

FINALIDAD: A fin de contar con equipos médicos que estén disponibles para su uso y buen funcionamiento, las Unidades deben realizar un inventario de los equipos, inspección regular y realizar mantenimiento preventivo; y contar con personal capacitado para estos servicios. Los equipos se inspecciona y se prueban cuando es nuevo y posteriormente de forma continua basándose en las instrucciones del fabricante.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Cada uno de los equipos cuentan con los manuales de funcionamiento y especificaciones	Verificar:	NECESARIO				
	Si se cuenta con manuales de funcionamiento y especificaciones entregados por el fabricante				20%	
Se cuenta con bitácora de mantenimiento del equipo	Verificar:	NECESARIO				
	La existencia de la bitácora de mantenimiento del equipo				20%	

Existe un servicio de Ingeniería Biomédica	Verificar:	NECESARIO				15%
	La existencia por lo menos de un Ingeniero Biomédico					
Existe un plan escrito para el mantenimiento preventivo del equipo	Verificar:	OBLIGATORIO				15%
	El plan escrito de mantenimiento preventivo					
Se cumple con el plan de mantenimiento preventivo de los equipo	Verificar:	OBLIGATORIO				15%
	El registro del mantenimiento, seguimiento de recomendaciones de reparación y/o cambio					
Se cumple en tiempo el mantenimiento correctivo de equipos a partir de lineamientos	Verificar:	NECESARIO				15%
	El listado de equipos para reparación					

establecidos por el proveedor	Si las reparaciones son cumplido en el tiempo establecido				15%	
TOTAL					100%	

EXPEDIENTE CLINICO

EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS REALIZA EL MANEJO CORRECTO DEL EXPEDIENTE CLINICO

FINALIDAD: Cada paciente cuenta con un expediente clínico, con una codificación que permita localizar fácilmente los expedientes, documentar el proceso de control continuo y los resultados en el expediente del paciente.

Los expedientes clínicos vigentes se guardan en áreas que solo pueda acceder el personal autorizado y se mantienen en lugares protegidos.

La evaluación de todo paciente que presenta Insuficiencia Renal Crónica Terminal requiere de una historia clínica completa, exploración física minuciosa de laboratorio y gabinete con la finalidad de identificar la causa, confirmar el diagnóstico e identificar las complicaciones de la enfermedad de base y otras comorbilidades

El consentimiento informado, proporciona la información necesaria acerca de los riesgos y beneficios del tratamiento deberá ser firmado o huella digital.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
	Verificar:					
	Cinco Expedientes Clínicos que cuente con: Historia Clínica, notas de evolución,					

Los Expedientes Cínicos cuentan con Historia Clínica	laboratorios, hoja de registro de tratamiento de hemodiálisis (peso, presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, valoración del acceso vascular pre y post diálisis) e inmunización	OBLIGATORIO			45%	
	Firma y sello del médico tratante				15%	
En el Expediente Clínico se archiva las notas de consentimiento informado	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Si se cuenta con las notas de consentimiento informado				15%	
Los Expedientes Clínicos se encuentran	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Expedientes Clínicos de 5 años anteriores				15%	

archivados como mínimo 5 años	Sala de archivo de Expedientes Clínicos				10%	
TOTAL					100%	

ENFERMERIA

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON PERSONAL DE ENFERMERIA CAPACITADO PARA ATENDER A LOS PACIENTES

FINALIDAD: El servicio de enfermería es el encargado de las actividades relacionadas con la asistencia del paciente con el fin de proporcionar las facilidades necesarias para la prestación de cuidados de enfermería a los pacientes.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Se realiza un procedimiento correcto de conexión del paciente, para iniciar tratamiento en hemodiálisis	Observar:	OBLIGATORIO				
	La correcta conexión del paciente a las máquina de hemodiálisis				12%	
Se realiza un procedimiento correcto de desconexión del paciente, para iniciar tratamiento en Hemodiálisis	Observar:	OBLIGATORIO				
	La correcta desconexión del paciente a las máquina de hemodiálisis				12%	

Se supervisa correctamente la aplicación de los procedimientos y funciones	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Monitorización del peso del paciente				7%	
	Monitorización de signos vitales				7%	
	Valorar datos que indiquen retención de líquido				6%	
	Observar si hay signos y síntomas de: Hipercalemia Hipernatremia Hipercalcemia Hiper magnesemia Hipercloremia				13%	
	Monitorización de los sistemas de las máquinas de hemodiálisis (tiempo de hemodiálisis, temperatura, flujo de salida de sangre del dializador, flujo de líquido de diálisis)				12%	

Integridad de la fistula y el catéter	Verificar:	OBLIGATORIO				
	La manipulación aséptica de la fistula o catéter				9%	
	La colocación del parche que recubra perfectamente el catéter y la fistula			8%		
El personal de enfermería realiza correctamente el manejo del Expediente Clínico	Verificar:	OBLIGATORIO				
	En 5 Expedientes Clínicos las notas de enfermería en forma clara, legible, con sello y firma.				8%	
Se utiliza la correcta aplicación de los protocolos, manuales de procedimientos y funciones	Verificar:	OBLIGATORIO				
	En 5 Expedientes Clínicos				6%	
TOTAL				100%		

COMITES

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON COMITES PARA DETECTAR Y RESOLVER PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ATENCION DEL PACIENTE

FINALIDAD: El comité de ética cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surgen de la práctica de la medicina hospitalaria y para el análisis y asesoramiento sobre las cuestiones de carácter ético que surjan en el ámbito asistencial, con el fin de contribuir a la humanización de la asistencia del paciente. La Unidad de Hemodiálisis tiene una responsabilidad ética y legal con su paciente, su personal, para lo cual los documentos de orientación para brindar un marco coherente del cual se lleven a cabo estas responsabilidades.

El objetivo del comité de vigilancia, prevención y control de infecciones es identificar y reducir los riesgos de infección entre los paciente, el personal de salud, voluntarios, estudiantes y visitas. Los programas cuentan con un responsable identificado, procedimientos, normas adecuadas y educación del personal.

El comité de mortalidad, realizara la valoración de la calidad de asistencia a través de la valoración de la calidad del proceso asistencial hospitalario, detección de errores frecuentes o sistematicos y propuesta de medidas correctivas.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Se cuenta con un Comité de Ética	Verificar:	NECESARIO				
	Si se cuenta con una normativa de ética y legal que proteja a los pacientes y sus derechos				12%	
	Se cuenta con una normativa para el manejo ético de la Unidad de Hemodialisis				8%	
	La lista de conformación del Comité de Ética				8%	
	La lista de reuniones del Comité de Ética				12%	
	El cronograma de reuniones del Comité de Ética				10%	

Se cuenta con un Comité de vigilancia, prevención y control de infecciones	Verificar:	NECESARIO				
	La lista de conformación del Comité de vigilancia, prevención y control de infecciones				10%	
	La lista de reuniones del Comité de vigilancia, prevención y control de infecciones				6%	
	El cronograma de reuniones del Comité de vigilancia, prevención y control de infecciones				10%	
Se cuenta con un Comité y un registro de mortalidad	Verificar:	NECESARIO				
	La lista de conformación del Comité de mortalidad				12%	
	Los registros de mortalidad y sus causas				12%	
TOTAL				100%		

DOCUMENTACION

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CONTAR CON NORMAS PARA UNA BUENA ATENCION DEL PACIENTE

FINALIDAD: Las normas y protocolos de atención son un medio para mejorar la calidad, ayudar al personal de salud.

La referencia de un paciente a otra Unidad de Hemodiálisis para la atención o la continuidad de la atención.

El manejo y uso de medicamentos debe estar respaldado por una normativa que cuente con la administración de los medicamentos y que sea supervisada por personal calificado.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
La Unidad de Hemodiálisis cumple con la normativa vigente de consentimiento informado	Verificar:	OBLIGATORIO				
	5 Expedientes Clínicos si cuentan con consentimiento informado				12%	
Se realiza un manejo ético de la Unidad de Hemodiálisis	Verificar:	OBLIGATORIO				
	La existencia del Código de Ética y Reglamento de Derechos y Deberes de los pacientes				12%	

Existe una norma para estandarizar la admisión del paciente	Verificar:	OBLIGATORIO				
	La norma de admisión de paciente a la Unidad de Hemodiálisis				10%	
La Unidad de Hemodiálisis cumple con la normativa vigente de referencia del paciente	Verificar:	OBLIGATORIO				
	En 5 Expedientes Clínicos la copia del formulario de referencia				10%	
Existe una normativa de atención oportuna al paciente en caso de urgencia	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Los protocolos de atención oportuna al paciente en caso de urgencia				12%	
Existe protocolos de atención de los pacientes con VIH y Hepatitis B y C que reciben tratamiento de hemodiálisis	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Protocolos de atención para pacientes con VIH y Hepatitis B y C reciben tratamiento en hemodiálisis				12%	

Existe una normativa para el manejo de los medicamentos	Verificar:	OBLIGATORIO				
	La lista de medicamentos en función a los protocolos de atención				12%	
La Unidad de Hemodiálisis cumple la norma de Bioseguridad	Verificar:	OBLIGATORIO				
	La norma de Bioseguridad				8%	
	Si el personal de salud conoce la Norma de Bioseguridad				12%	
TOTAL					100%	

LA UNIDAD DE HEMODIALISIS CUENTA CON UN PROGRAMA O PLAN DE SEGURIDAD PARA EL PERSONAL DE SALUD Y DE LOS PACIENTE

FINALIDAD: Cada acción efectuada sobre el paciente ha de ser individual como única forma de evitar transmisiones cruzadas dentro del servicio, para proteger al paciente y al personal de salud, sin olvidar el cumplimiento de desinfección de los equipos entre pacientes y al fin de la jornada de forma diaria.

Se recomiendan las más altas precauciones a las unidades de hemodiálisis debido al potencial aumentado de contaminación con sangre y microorganismos patogénicos

PARAMETROS DE EVALUACION	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
Se cuenta con un plan o programa seguridad para el personal de salud	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Carné de inmunización del personal del salud				20%	
	Se cuenta con ropa de trabajo				10%	
	Se cuenta con equipos e insumos de trabajo				10%	
	El plan o programa de seguridad para el personal de salud				20%	

La Unidad cuenta con un programa de infecciones intrahospitalarias	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Los manuales de infecciones intrahospitalarias				20%	
Se cuenta con un manual para la reutilización de filtros de hemodiálisis	Verificar:	OBLIGATORIO				
	El manual para la reutilización de filtros de hemodiálisis				20%	
TOTAL					100%	

BIOSEGURIDAD**LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEBE CUMPLIR CON LAS NORMA DE BIOSEGURIDAD**

FINALIDAD: Todo el personal de la Unidad de Hemodiálisis deben tener las competencias necesarias para enfrentar los dilemas que plantea la bioseguridad en la atención de pacientes en el trabajo cotidiano, el personal de salud debe reconocer los riesgos en su entorno, evitar que ellos provoquen un contagio a sí mismo y a los pacientes.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	CUENTA	NO CUENTA	%	OBSERVACIONES
El personal de salud cuenta con ropa de protección apropiada acorde al riesgo	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Si el personal cuenta con la ropa de protección (barbijo, lentes de protectores, bata estéril, guantes estériles y botas)				20%	

La eliminación de residuos es de acuerdo a la norma: Clase A: Residuos infecciones Clase B: Residuos especiales Clases C: Residuos comunes	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Si se cumple la eliminación de residuos según la norma				20%	
Se cuenta con un responsable de bioseguridad para la Unidad de Hemodiálisis	Verificar:	OBLIGATORIO				
	Si el responsables supervisa el programa de bioseguridad para la Unidad de Hemodiálisis				15%	
El personal de salud y pacientes se encuentran vacunados contra Hepatitis B	Verificar:					
	Si el carné de vacunación con el esquema completo				25%	

Al ingreso del tratamiento de hemodiálisis se solicita a los pacientes las serología de VIH, Hepatitis B y C, estas pruebas se repiten cada 3 meses	Verificar:					
	Si en la Historia Clínica se encuentran reportados los datos de serología para VIH, Hepatitis B y C cada 3 meses				25%	
TOTAL					100%	

7. DISCUSIÓN

En Latinoamérica y el Caribe, los procesos de acreditación y la búsqueda de la calidad de los servicios en el sector salud, marcaron su inicio en 1989 con las conferencias Latinoamericanas, las cuales representaron un importante paso en el proceso hacia un modelo de acreditación.

Estos procesos recibieron apoyo constante de la Organización Panamericana de la Salud y de la Federación de Hospitales de Latinoamérica quienes con el apoyo y la participación de los diferentes países de Latinoamérica y el Caribe; generaron el Manual de Acreditación de Hospitales; desde entonces el manual ha sido una referencia básica para muchos países de la región.

El desarrollo de los programas de acreditación se vinculan a las crecientes necesidades y avances promovidos por procesos de globalización altamente relacionados con el desarrollo humano y que tienden a la competitividad y la eficiencia del sector salud, dentro de un proceso que apunta hacia la mejora continua, con el reconocimiento nacional e internacional, por esta razón las estrategia utilizadas para disminuir la inequidad en las sociedades, es mejorar la calidad de los servicios de salud.

En la mayoría de los países, existen instituciones encargadas de los procesos de acreditación y de calidad, en algunos casos instituciones gubernamentales (Chile, México) y en otras instituciones no gubernamentales (Argentina, Colombia y Brasil), las cuales tiene el oficio de acreditar hospitales y áreas específicas de salud, para promover el proceso continuo de la mejora de la calidad, centrado en el paciente

El Mercado Común de Sur, Tratado de Libre Comercio de América del Norte y la Unión Europea han propuestos estandarizar criterios que deberían regir en los Servicios de hemodiálisis, requisito para la atención de estos pacientes, ya que es un grave problema de salud pública a nivel mundial, actualmente 1.200.000 personas en el mundo sobreviven gracias al tratamiento de diálisis.

Para cumplir con los acuerdos entre países, se diseñaron diferentes Guías para la evaluación y acreditación de los Servicios de Hemodiálisis, para brindar servicios con calidad.

Bolivia como parte del Mercado Común del Sur, debe contar con Guía de evaluación y acreditación de servicios de hemodiálisis como indica el MERCOSUR para establecer directrices para la organización y funcionamiento de los servicios de diálisis fundamentadas en la calificación de los mismos, en la humanización de la atención, en la reducción, control del riesgo a los usuarios y al medio ambiente

Se debe aumentar el compromiso de los estados en el desarrollo de Políticas articuladas con los procesos de acreditación, que redunden en las condiciones integrales para la prestación de los servicios, tanto en el escenario meramente clínico, como en las acciones de salud pública pues al ejecutar de manera adecuada las acciones de promoción y prevención, las condiciones de salud se mejorarían.

No se cuenta con un documento técnico-normativo para la autoevaluación, evaluación y acreditación de los servicios de hemodiálisis, ni el número exacto de unidades de hemodiálisis y sus deficiencias.

Con la acreditación los Servicios de Hemodiálisis se podrán destacar entre sus pares al haber logrado un reconocimiento de una entidad externa y haber iniciado un proceso de mejoramiento continuo hacia la excelencia.

8. CONCLUSIONES

La Guía es una necesidad de los Servicios de Hemodiálisis de nuestro país ya que no se cuenta con una que permita evaluar recursos humanos, instalaciones físicas, equipamiento,, expediente clínico, enfermería, comités y bioseguridad.

Los Servicios de Hemodiálisis serán autocrítico con la actividad que se está realizado con el fin de detectar cuando no se cumplen las normas establecidas, poner las

soluciones adecuadas y como resultado se obtenga un mayor control del proceso de hemodiálisis, desde que el paciente llega a la sala de tratamiento hasta que sale.

La evaluación de los Servicios, permitirá conocer los procesos en detalle; prevenir la aparición de errores, ayuda optimizar, asegurar y reducir la variabilidad de los procesos, tiene como objetivo la mejora continua.

Con la Acreditación se busca controlar los riesgos en el tratamiento de hemodiálisis y las condiciones en que se ofrecen estos servicios, estableciendo los requisitos mínimos de estructura y proceso que deben contribuir a la mejora continua de la calidad de atención, no concluye con la certificación, sino que se mantiene a lo largo del tiempo procurando que la atención sea idónea a los pacientes.

9. RECOMENDACIONES

1. La Guía Técnica Integral debe ser válida por un equipo multidisciplinario compuesto por nefrólogos, personal de enfermería especializados en hemodiálisis por medio del Ministerio de Salud a través de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad en coordinación con el Programa Nacional de Salud Renal.
2. Una vez válido y publicado debe ser aplicado en todos los Servicios de Hemodiálisis a nivel nacional como normativa referente a las condiciones de acreditación o autorización de estos servicios.
3. La Guía Técnica Integral debe ser revisada a los 3 años de su publicación, de acuerdo a las necesidades surgido por los avances científico – técnico.
4. Los Servicios de Hemodiálisis que no cumplan más del 80% de los estándares deben subsanar en un tiempo de un año.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Asturizaga Rollano. L, Pacheco Márquez. A., Bocangel Jerez. D, Murillo Cuentas L., Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud y Autorización de Profesionales para Trasplante Renal. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008
2. Boletín Informativo – Programa Nacional de Salud Renal., Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Bolivia, año 2, N° 2 Marzo 2008
3. Moraes Novaes H., Paganini J.M., Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington D.C., OPS/OMS; 1994
4. Directrices para la Organización y el Funcionamiento de los Servicios Diálisis (Derogación de la RES. GMC No 28/00). Buenos Aires: Los Estados Partes del MERCOSUR; 2008. MERCOSUR/GMC/RES. No 11/08
5. Manual del Proceso para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis. México: Consejo de Salubridad General; 2012. URL disponible en: www.csg.gob.mx
6. Superintendencia de Salud – Republica de Chile; Manual de Estándares General de Acreditación para Centros de Diálisis – Chile; 2010
7. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Manual de estándares de Unidades de Hemodiálisis; Ed. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Andalucía – España; Mayo 2012
8. Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública; Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de Servicios de Salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria; Ecuador Mayo 2013
9. Hernández Meca Ma. E., Ochando García A., Mora Canales J., Lorenzo Martínez S., López Revuelta K., Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial enfermería. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. 2005; 8 (2): 90-96.
10. Cieza J., Loza C., Evaluación de la calidad de los servicios de hemodiálisis según edad y etiología diabética. Rev. Nefrol. 1996; 16(5): 439-445.
11. Vélez A. H., Rojas M.W., Borrero R. J., Restrepo M. J., Nefrología. 6ª Ed. Medellín: Corporación para la Investigaciones Biológicas; 2006

12. Alcázar J. M.^a, Arenas M.^a D., Álvarez-Ude F., Virto R., Rubio E., Maduell F., Fernández-Crespo P., Angoso de Guzmán M., Delgado R., Santamaría C., Alonso M. A., Anaya S., Bordils A., Antolín A., González-Parra E., Pérez I., Molina O. A., Fernández M., Molina P., Sánchez P., Barbosa F., Palomares S. L., Lacueva J., Barril G., Pastor J. M.^a, Gámez Matías C., Mateos H. P., Fulquet N. M., Ríos. F., Resultados del proyecto de mejora de la calidad de la asistencia en hemodiálisis: estudio multicéntrico de indicadores de calidad de la Sociedad Española de Nefrología (SEN). *Rev. Nefrol.* 2008; 28 (6) 597-606.
13. Del Pozo C., López-Menchero R., Sánchez L., Álvarez L., Albero M.D., Experiencia acumulada en el análisis de indicadores de calidad en una unidad de hemodiálisis. *Rev. Nefrol.* 2009;29(1):42-52.
14. Zúñiga SM. C., Dapuetto P. J., Müller O. H., Kirsten L. L., Alid A. R., Ortiz M. L., Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)", *Rev. Méd. Chile* 2009; 137: 200-207
15. Requisitos Básicos para la Habilitación de Servicios de Diálisis. Buenos Aires: Los Estados Partes del MERCOSUR; 2000. MERCOSUR/GMC/RES. N° 28/00.
16. Malagón L. G., Galán M. R., Pontón L. G., Garantía de Calidad en Salud. 2a. ed. Bogota: Editorial Médica Internacional; 2006
17. Malagón L. G., Galán M. R., Pontón L. G., Administración Hospitalaria. 3a. ed. Bogota: Editorial Médica Internacional; 2008
18. Jimenez P. R., Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una mirada Actual. *Rev. Cubana Salud Publica* 2004;30(1):17-36
19. Arenas M., Alvarez – Ude F., Egea J.J., Gil T., Amoedo M., Millán I., Impacto del seguimiento de indicadores de calidad en hemodiálisis. *Rev. Nefrol.* 2004; 24(3): 261-275
20. Miguel M. M., Covadonga V. A., Rábano C. M., Artos M. Y., Cabello V.P., De Castro P. N., García León A., Martínez V. A., Ortega S. F., Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Rev. Soc. Enferm. Nefrol.* 2009; 12(1):19-25
21. López R. K., Lorenzo S., Gruss E., M. V. Garrido M. V., Moreno B. J.A., Aplicación de la gestión por procesos en nefrología. Gestión del proceso hemodiálisis. *Rev. Nefrol.* 2002; 22(4):329-339

22. Pérez-Oliva D. J., Magrans B. Ch., Almaguer L. M., Zambrano C. A., Delgado G., Pérez C. R., Delgado M. M., Álvarez R.T. Guías de Buenas Practicas en Hemodiálisis. Cuba 2003
23. Autoevaluación Unidades de Hemodiálisis. México: Consejo de Salubridad General; 2012. URL disponible en: www.csg.gob.mx
24. Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis. México: Consejo de Salubridad General; 2012. URL disponible en: www.csg.gob.mx
25. Murillo Cuentas L., Valenzuela Cáceres Ma. L., Bilbao Cortez Ma. Teresa., Flores Serna A., Miranda Larrea R., Rodrigo Balladares J., Macías Quiroga D., Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud Tercer Nivel de Atención. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008
26. Murillo Cuentas L., Valenzuela Cáceres Ma. L., Bilbao Cortez Ma. Teresa., Flores Serna A., Miranda Larrea R., Rodrigo Balladares J., Macías Quiroga D., Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud Tercer Nivel de Atención. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008
27. Tirado Gómez L., Duran Arenas JL., Rojas Rusell M., Venado Estrada A., Pacheco Domínguez R., López Cervantes M., Las Unidades de hemodiálisis en México: una evaluación de sus características, proceso y resultados. Salud Pública de México; 53(4), 491 – 498, 2011
28. Aguilera Ribera M., Martinez Salamanca F., Rivas Espinoza J., Propuesta Metodológica de una Guía Clínica del Cuidado: Tratamiento Hemodiálitico. Rev. CONAMED 2008; 13(2):6-14
29. Gutierrez Michel R., Atora Villca C., García Ramos C., Colque Gutierrez M., Reglamento de Acreditación. La Paz :SEDES; 2012