

Evaluación preliminar de estándares de calidad en el Instituto de Hematología e Inmunología

Preliminary evaluation of quality standards in the Institute of Hematology and Immunology

María de los Ángeles Ramos García^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-4912-5552>

Yaneth Zamora González¹ <http://orcid.org/0000-0003-4170-3565>

Norma D. Fernández Delgado¹ <https://orcid.org/0000-0001-8718-3855>

Sandra Sarduy Sáez¹ <http://orcid.org/0000-0001-9842-5207>

Kalia Lavaut Sánchez¹ <http://orcid.org/0000-0001-6906-2259>

Mariela Forrellat Barrios¹ <http://orcid.org/0000-0002-1590-9191>

Consuelo Macías Abraham¹

¹Instituto de Hematología e Inmunología, La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: (rchematologia@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Introducción: El Instituto de Hematología e Inmunología (IHI), desde el año 2002 comenzó a capacitar a todo el personal en Sistema de Gestión de la Calidad y paulatinamente avanzó en la documentación requerida hasta lograr una política y un Programa de Garantía de la Calidad,

basado en normativas nacionales, cumpliendo con el anexo "Programa de Perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios".

Objetivo: Realizar una evaluación preliminar de estándares de calidad en el IHI, aplicando la última versión del Manual de Acreditación, para solicitar la acreditación hospitalaria.

Métodos: Se realizó una evaluación parcial mediante auditorías internas al 90 % de las áreas y se desarrollaron actividades para cumplir con lo solicitado por la Junta Nacional de Acreditación en Salud. Se emplearon diversos métodos, como aplicación de listas de verificación, cursos de capacitación y superación, observación *in situ* de evidencias objetivas, entrevistas, encuestas y revisión de documentos.

Resultados: De los 18 servicios auditados se obtuvo del Estándar Centrado en la Atención y Seguridad a Paciente el cumplimiento del 77 % de los elementos a evaluar; del Estándar Docencia e Investigación, se cumplió el 88 % y del Estándar Gestión y Seguridad Hospitalaria se cumplió el 87 % de los elementos auditados.

Conclusiones: La aplicación preliminar de los estándares de calidad en el IHI ha generado más de 60 documentos, lo cual indica el desarrollo progresivo en esta actividad, además de capacitar al personal en temas de calidad y conocer el estado de satisfacción de pacientes y prestadores de servicios.

Palabras clave: calidad; acreditación hospitalaria; estándares, gestión de la calidad

ABSTRACT

Introduction: The Institute of Hematology and Immunology (IHI) had begun training all its personnel in the Quality Management System since 2002 and it gradually progressed in the required documentation until achieving a policy and a Quality Assurance Program, based on national regulations, complying with the annex "Program of continuous improvement of the quality of hospital services".

Objective: To carry out a preliminary evaluation of quality standards in the IHI, applying the latest version of the Accreditation Manual, in order to request hospital accreditation.

Methods: A partial evaluation was carried out through internal audits to 90% of the areas and activities were developed to comply with the requirements of the National Health Accreditation Board. Various methods were used, such as: application of checklists, training and improvement courses, on-site observation of objective evidence, interviews, surveys and document review.

Results: Of the 18 audited services, compliance with 77% of the elements to be evaluated was obtained from the Standard centered on Patient Care and Safety; 88% of the Standard related to Teaching and Research was fulfilled and the Hospital Management and Safety Standard achieved 87% of the audited elements.

Conclusion: The preliminary application of the quality standards in the IHI has generated more than 60 documents. It indicates the progressive development of this activity and at the same time allows for the training of the staff on quality issues and gives us the possibility of knowing the satisfaction status of patients and service providers.

Keywords: hospital accreditation; quality standards; quality management

Recibido: 05/02/2018

Aceptado: 09/01/2019

INTRODUCCIÓN

El término acreditación se refiere a un proceso evaluador de la competencia y eficacia de una entidad en el que se reconoce la competencia técnica de una organización para la realización de ciertas actividades bien definidas. Comienza cuando dicha entidad asume cumplir un modelo estándar para la actividad que desempeña, que se traduce en haber cumplido un modelo, ser

revisado por una organización que verifica el cumplimiento de ese modelo, el grado de conformidad en la implantación y el logro de los objetivos planteados.

La acreditación es un poderoso impulsor del mejoramiento continuo y de la calidad, fomenta una adecuada cultura organizacional y envuelve a todo el personal de la organización en el desarrollo de esta metodología, fomenta la satisfacción del paciente y la obtención de mejores resultados de salud todo lo cual confluye en el prestigio institucional.

Los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina en India y China datan del primer siglo A.C. A partir de 1140, Italia emprendió esfuerzos para licenciar a todos los médicos, lo que dio lugar a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. En Estados Unidos de América (EUA), el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el *American College of Surgeons* compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la *Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations*. En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959.⁽¹⁾

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en los costos, llevó a los profesionales de salud de los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en la acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en EUA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo de la calidad (PMC) y de la administración total de la calidad. Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la *International Society for Quality in Health Care Inc.* (ISQua) en Australia. Hoy en día, países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.⁽¹⁾

En América Latina y el Caribe, a inicios de la década de los años 1990, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, los

diferentes países de la región se comprometieron a identificar estrategias de intervención orientadas a implantar la acreditación de hospitales como mecanismo que contribuyera a garantizar la calidad de la atención. En la actualidad existen diferentes niveles de desarrollo en el proceso de acreditación de hospitales, que se viene ejecutando en Colombia, parte de Brasil, Cuba, Chile, Santo Domingo. ⁽²⁾

En la quinta edición de la *Joint Commision International* (JCI), se desarrollaron y perfeccionaron los estándares, contando con un Grupo de Evaluación formado por médicos, enfermeras y administradores experimentados junto con expertos de políticas públicas. Su trabajo se perfecciona de acuerdo a grupos focalizados formados por líderes de organizaciones acreditadas y otros expertos en atención sanitaria, una revisión de campo internacional de los estándares y otros individuos con conocimientos únicos sobre el tema, búsquedas bibliográficas continuadas sobre prácticas claves de atención sanitaria.

En Cuba, después de un entrenamiento de dos profesionales en Argentina, en 1991 se inició la implementación de un Manual de Acreditación Nacional de Hospitales (1993), que tuvo como base la experiencia de Argentina, el Manual de Acreditación de la OPS y otros manuales establecidos en Norteamérica, Europa y Asia. Fue creada la Comisión de Acreditación Hospitalaria, quien se responsabilizó con el establecimiento de estándares adaptados a las condiciones de esa etapa. Fue confeccionado un Manual, se crearon Comisiones Provinciales de Acreditación y se capacitaron profesionales vinculados con esta actividad en el país. En noviembre de 1995 se comenzaron las evaluaciones de los hospitales que se prolongaron hasta el año 2000. En el 2007 se implementó el “Programa de Perfeccionamiento Continuo de los Servicios Hospitalarios”, mediante Resolución 45/2007 que estableció la organización y funcionamiento de la Unidad Organizativa de Calidad y los Comités Hospitalarios. ⁽³⁾

La Acreditación se define como una estrategia sistemática, periódica, reservada y voluntaria; sus métodos, basados en normas de calidad previamente definidos, propician evaluar los servicios de salud que pueden o no resultar en algún nivel de acreditación. ^(4,5)

En la institución que quiere ser acreditada debe existir un proceso formal de análisis crítico de los procesos realizados, con evidencias de las mejoras cíclicas en la historia reciente en busca de la mejora continua; no incluye la evaluación aislada de un servicio o departamento, la razón

fundamental de esta exigencia de alto grado, es que confiere un reto especial a los hospitales que buscan dicha certificación, consistente en la comprobación de que las estructuras y procesos del hospital son interconectados entre sí y, que el funcionamiento de un componente interfiere con el conjunto y el resultado final.⁽⁵⁾ Se ha observado que quienes aspiran a la acreditación obtendrán una serie de beneficios que van desde el reconocimiento por parte de los pacientes hasta beneficios internacionales que posibilitan una mayor credibilidad y visibilidad a la institución acreditada.

El proceso de acreditación es uno de los instrumentos para mejorar la calidad en la atención médica, lograr incentivar a los trabajadores para brindar un mejor servicio, ofrecer mejoría en el nivel de organización de la institución, actualizar normas y reglamentos y propiciar una distribución y uso más razonable de los recursos.

MÉTODOS

La acreditación es una metodología muy difundida para evaluar la calidad en salud y una herramienta de gestión de procesos; está definida como un proceso voluntario de evaluación externa realizada generalmente por un ente no gubernamental, que califica y evalúa una organización para determinar el cumplimiento de los estándares dirigidos a mejorar la calidad de la atención en salud, basándose en las buenas prácticas de atención, seguridad del paciente, humanización del servicio y responsabilidad social.

Se tomaron un conjunto de acciones previas como divulgación extensiva por Consejos de Dirección, Subdirección, Círculos de calidad y Mural de la institución promocionando el comienzo del proceso de auditorías internas. Para cumplir con el Manual de Acreditación de Hospitales vigente, se confeccionaron las listas de verificación de los estándares a evaluar.

El proceso de acreditación interna comenzó con la ejecución por parte de dos especialistas del centro, de una autoevaluación de todos los posibles estándares a acreditarse en el Instituto de Hematología e Inmunología (IHI). Se realizó una reunión de apertura del proceso presidido por el máximo representante de la Dirección, previa selección de un grupo de seis profesionales para la conformación del equipo auditor. Estos auditores internos recibieron la autoevaluación, el

cronograma de auditorías por áreas y se les impartió un Curso de Auditorías de Calidad. Se les entregaron las listas de verificación para realizar las auditorías internas a los departamentos, servicios y laboratorios. Una vez aplicadas las listas de verificación, se emitió un dictamen final del equipo auditor.

Los métodos utilizados como herramientas de trabajo fueron la observación *in situ*, evidencias objetivas, materiales de referencias como documentos del Control Interno según Resolución 60 de la Contraloría General de la República de Cuba,⁽⁶⁾ entrevistas a pacientes, familiares, prestadores de servicios y documentos existentes como la 5^{ta} edición de la Guía del Proceso de evaluación de hospitales de la JCI. Además, los evaluadores entrevistaron a los miembros del personal, individualmente y en grupos, observaron la atención de los pacientes, hablaron con los pacientes y sus familias, revisaron las historias clínicas de los pacientes, revisaron los expedientes del personal, las políticas, los procedimientos, y otros documentos.⁽³⁾

RESULTADOS

Proceso de aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales en el IHI

Se impartió por vía digital el Curso de Auditoría de la Calidad, a seis profesionales del IHI, además del seminario de implementación de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, con el que se capacitaron un total de 29 personas, entre profesionales y técnicos, de 23 áreas.

Se cumplió con el cronograma de auditorías propuesto, auditándose el 90 % de las áreas. Como resultante final se auditaron 27 servicios, de ellos 9 laboratorios.

Se realizaron un total de 17 entrevistas; 3 a pacientes, que refirieron sentirse a gusto con la atención médica recibida, solo en un caso se recomendó insistir en la preparación del personal auxiliar de limpieza en una de las salas de aislamiento. Las entrevistas a prestadores de servicios, 7 técnicos, 3 obreros y 4 profesionales, arrojaron el dominio de las actividades que realizan en cuanto a sus funciones de trabajo y manifestaron sentirse satisfechos con los servicios que brindan; así como de la atención que reciben por parte del personal directivo del instituto. Un

aspecto importante a señalar en este grupo de entrevistas fue que un prestador de servicio consideró que los pacientes tratados en Cuerpo de Guardia en su mayoría eran de Atención Primaria remitidos por el Pediatra del área de Salud y recomendó fusionar la Consulta de Anemia con la Consulta de Clasificación.

En las auditorías en los 18 servicios auditados se obtuvieron los siguientes resultados (tabla 1).

Tabla 1- Relación de estándares evaluados en el Instituto de hematología e Inmunología

Estándar	Aspectos evaluados/ Aspectos a evaluar	Cumplen (%)	No cumplen (%)	No procede (%)
Centrado en la Atención y Seguridad al Paciente	23/27	77	14	9.
Docencia e Investigación	3/3	88	7	5
Gestión y Seguridad	11/11	87	12	1

En el área de Asistencia Médica se auditaron 220 elementos en los Servicios de Adultos, Pediatría y Trasplante Hematopoyético, los estándares más significativos en cuanto a su incumplimiento, por no contar con todas las evidencias requeridas, fueron:

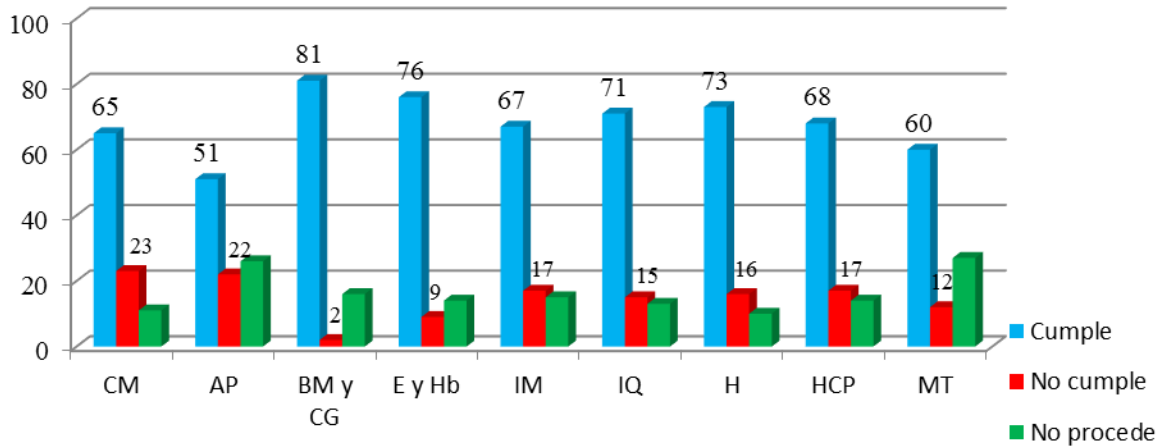
ASP.03 - Continuidad de la atención, ASP.04 - Derechos del paciente y satisfacción, ASP.16 - Alimentación y Apoyo Nutricional, GH- 08 - Historia clínica del paciente, ASP.23 - Imagenología y Radioterapia, ASP. 21- Medicina Natural y Tradicional y ASP. 25 – Educación para la Salud a pacientes y familiares.

En un periodo menor a 3 meses se elaboraron 12 procedimientos para dar cumplimiento a los estándares que más repercutieron negativamente en las auditorías.

En el Departamento de Investigación, Docencia y Tecnología se evaluaron 123 elementos, cumpliéndose en su mayoría los aspectos evaluados.

En el área Administrativa, se verificaron 47 elementos del aspecto GH- 04: Gestión de capital humano y se detectaron 7 no conformidades, en cuyo cumplimiento se labora al momento de redactar este trabajo.

En el área de los Laboratorios, se evaluaron 9 laboratorios según el ASP. 22 Laboratorio Clínico, parte integrante de estándar Centrado en la Seguridad y Atención al paciente. Resultó que de 99 elementos auditados, en cuatro laboratorios se cumplió por encima de 70 elementos auditados satisfactoriamente (figura).



Leyenda:

CM: Citomorfología, AP: Anatomía Patológica, BM y CG: Biología Molecular y Citogenética, E y Hb: Enzimas y Hemoglobínurías, IM: Inmunología, IQ: Inmunoquímica, H: Hemostasia, HCP: Histocompatibilidad, MT: Medicina Transfusional

Fig. 1- Cumplimiento del Asp.22 Laboratorios Clínicos en 9 laboratorios del Instituto de Hematología e Inmunología.

DISCUSIÓN

Este ejercicio de evaluación interna de los estándares de calidad permitió identificar los problemas de cumplimiento de los estándares en uno o más pasos de los procesos administrativos y de atención a los pacientes y en las interfaces entre los procesos.

Una vez determinadas todas las deficiencias en cada área durante el proceso de auditoría interna, se trazó un plan de medidas para mitigar o eliminar las brechas detectadas, lo cual lleva implícito la mejora del desempeño de toda la institución.

Los estándares sujetos a mejoras fueron:

Estándares Centrados en la atención a pacientes

ASP. 02 – Admisión y registro de pacientes en el hospital, se identificó como aspecto deficiente la carencia de una infraestructura propia para la sección de admisión, lo que se logró con la inauguración de la nueva sede del IHI.

ASP. 06 – Atención médica en pacientes de alto riesgo, el IHI no cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos, pero si con un locales adecuados para la atención a pacientes con enfermedades hematológicas.

ASP.11 -Daño del paciente causado por caídas, no se tenía implementado un proceso para evaluar los riesgos del entorno en el que se proporcionan la atención y los servicios, ni para identificar su riesgo de caídas. Se elaboró el proceder y se encuentra en fase de aplicación.

Se está trabajando en un procedimiento para el uso adecuado de electrolitos, elemento que se exige en el *ASP. 14 - Seguridad en los medicamentos de alto riesgo, de equipos y dispositivos médicos*, el resto de los aspectos a medir en este estándar se cumple en su totalidad.

Al auditar el local de Farmacia, según *ASP.15- Elaboración, dispensación y uso de medicamentos*, se señaló que no se dispone de un dispensario para la preparación de fórmulas y soluciones.

ASP.16- Alimentación y Apoyo Nutricional, se señaló para su mejora la creación de un Grupo de Apoyo Nutricional, la actividad fluye a través de la ayuda de los hospitales sedes; no obstante, el paciente y su acompañante son informados y educados respecto a la condición nutricional y sobre las prescripciones dietéticas y terapéuticas, en el orden cuantitativo y cualitativo.

ASP.19 - Banco de sangre y transfusiones, cumple con todos los elementos, excepto que carecen de expansores plasmáticos los cuales no están en el servicio de transfusiones.

Otro estándar que se debe perfeccionar es el *ASP. 21- Medicina Natural y Tradicional*, esta temática está en proceso de desarrollo, aunque se han dado algunos pasos, con la indicación por los especialistas de los medicamentos de este origen en Consultas y se tienen proyectos de investigación en esta esfera.

Al evaluar el *ASP. 20 - Donación y trasplante de órganos y tejidos*, se pudo constatar el buen funcionamiento del Servicio de Trasplante Hematopoyético con un equipo que incluye profesionales certificados con experiencia en hematología, enfermería, farmacología, servicios sociales, servicios psicológicos y coordinación del trasplante, que informa a pacientes y sus familias acerca del proceder. Se garantiza la planificación de recursos del programa de trasplante de médula ósea.

El instituto cuenta con una gama de laboratorios especializados, en los que se identificaron como debilidades que estructuralmente no todos tienen las condiciones requeridas, incluida la carencia de locales para la espera de usuarios; la ausencia de determinados procedimientos para el mejoramiento continuo como: laboratorios que no implementaban los procedimientos para la recolección e identificación de muestras, el proceder para la recolección e identificación de las muestras, no contaban con el instructivo de enmienda de los resultados, no poseían un instructivo u otro documento que definiera cómo iban a comunicar los resultados, no mostraron evidencias de la instrucción para la emisión de copias de los informes en caso de extravío o deterioro del original.

Sobre el análisis realizado de las causas que más incidieron en los incumplimientos por parte de los laboratorios se tomaron acciones como la elaboración de la política de remuestreo y reensayo,

enmienda de los resultados de análisis e instrucción para la emisión de copias de los informes en caso de extravío o deterioro del original.

De los elementos que se auditaron del *ASP.23– Imagenología y Radioterapia*, se señaló que el IHI no dispone de un departamento de Imagenología, solo cuenta con un médico especialista con experiencia, que trabaja en la identificación de una lista actualizada con los estudios que realiza y se dispone del servicio de ultrasonidos para casos de urgencias.

El IHI posee un Servicio de Medicina Nuclear único de su tipo en el país y sirve de apoyo al diagnóstico y radioterapia de diferentes hematopatías, ubicado dentro del Servicio de Medicina Nuclear del HGDEC. Tienen elaborado y actualizado el Manual de procedimientos del servicio y cumplen los protocolos de actuación en el servicio de Radioterapia, con un programa de seguridad radiológica implementado, que aborda los riesgos potenciales de seguridad que se enfrentan dentro y fuera del departamento.

Al evaluar el *ASP-27 Esterilización*, se identificó que el instituto no tiene un espacio físico delimitado para los procedimientos de materiales sucios, limpios y estériles con el equipamiento certificado como apto para realizar todas las etapas del proceso de esterilización, se sirve de un área de trabajo dentro de la central del HPD “William Soler”.

En cuanto a los estándares de *Docencia e Investigación*, que abarca el *DI2- Ciencia e Innovación Tecnológica* y el *DI3- Ensayos Clínicos*, se comprueba que en el IHI el desarrollo de los profesionales, se realiza en coordinación con la Facultad de Ciencias Médicas Enrique Cabrera y el liderazgo institucional; acorde con la misión del centro. El personal en formación participa en los procesos de atención, investigación y de administración que desarrolla, con énfasis en la educación a pacientes y familiares.

Se garantiza la formación integral de los residentes, con énfasis en la labor educativa y político ideológica a partir del currículo, considerando como elemento clave el trabajo de los colectivos dirigidos por los profesores principales. Existe un Plan de Capacitación de profesionales y técnicos y se cumple la planificación de las actividades docentes por departamento y servicio en correspondencia a los programas docentes. Se han impartido cursos, talleres, nacionales sobre

Promoción de la Salud, Gerencia de la Calidad, Inmunodeficiencias primarias, Ensayos clínicos, Bioseguridad, Normas de tratamiento de hemopatías, cursos y talleres regionales así como municipales de Hemostasia. Se mantiene además una educación continuada a profesionales médicos y no médicos de todo el país y del extranjero, por convocatoria general o a solicitud de las Instituciones.

Con respecto a los Ensayos Clínicos (EC) la Dirección de la institución implementa la resolución 40 del Ministro de Salud Pública sobre los Comités de Ética de la Investigación, se dictaminan convenios para (EC), donde se establecen los compromisos según las Buenas Prácticas Clínicas, las regulaciones vigentes y la ética de la investigación. Existe para el personal que se encarga de (EC), que interactúa como coordinador, un plan de capacitación relacionado al proceso de certificación para dar cumplimiento a las responsabilidades de los investigadores según regulaciones actuales en la temática.

Al revisar los Estándares de *GESTIÓN Y SEGURIDAD HOSPITALARIA*, que abarcó 11 elementos a auditar, en el elemento a evaluar *GH-01 Gobierno hospitalario*, se mostraron las evidencias de actas de los Consejos de Dirección y de Consejos Económicos Administrativos. Se verificó que los objetivos institucionales respondían a los objetivos estratégicos ministeriales vigentes.

Se cumplieron los elementos evaluados de *GH-02 Gestión de la calidad y seguridad del paciente*, *GH-03 Gestión de la seguridad y protección hospitalaria*, *GH-07 Gestión de la información* en los que se demostró un trabajo realizado durante años a favor de la garantía de la Calidad.

Un elemento de importancia evaluado fue el *GH-08 Historia clínica del paciente*, se chequearon las de un grupo de pacientes hospitalizados o atendidos en consulta externa donde se verificó la realización del proceso de confección, registro y conservación de estos documentos. Estas contenían la información suficiente para identificar al paciente, respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar la evolución. Las historias clínicas son conservadas y se custodian según lo establecido.

Se ha trabajado después de la auditoría en el registro de las personas autorizadas a acceder a historias clínicas de pacientes. Actualmente se dispone de un procedimiento que aborda cómo se corrigen o sobrescriben las anotaciones en la historia clínica del paciente. Mensualmente se evalúa de manera concurrente y retrospectiva una muestra de historias clínicas con la frecuencia y metodología establecida por el Comité de Atención Médica y el Comité de Evaluación del Proceso Asistencial. Los resultados del proceso de evaluación se incorporan al mecanismo de supervisión de la Gestión de la Calidad.

Se concluye que en la evaluación interna preliminar realizada en el IHI, las áreas deben actualizar paulatinamente los documentos necesarios para lograr la acreditación hospitalaria, documentos importantes como Manuales de Organización y Procedimientos, a los que se les deben adjuntar los procedimientos, procesos, rutinas de cada servicio asistencial.

Se deben implementar los procedimientos que se originen como parte integrante del proceso de acreditación. Se recomienda que los laboratorios continúen trabajando para lograr perfeccionar los elementos auditados en correspondencia con la excelencia que se requiere, para la satisfacción de los pacientes como eslabón principal en los servicios de salud.

En esta primera etapa se logró realizar una evaluación total con todas las herramientas necesarias para tener la posibilidad de lograr la acreditación hospitalaria, a pesar de que los resultados obtenidos están por debajo del porcentaje que estima para que una entidad se acredite, la cual deben cumplir al menos el 95 % de todos los estándares.

Como meta se propone lograr el cumplimiento de los estándares de calidad, lo cual permite mejorar la atención en la calidad de los servicios médicos, logra incentivar a los trabajadores para brindar un mejor servicio, ofrece mejoría en el nivel de organización de la unidad, actualiza procedimientos, procesos y otros documentos que se generan, propicia un mejor uso de los recursos humanos, materiales y financieros y permite una mayor visibilidad externa de los servicios asistenciales, promoviendo un aumento en los servicios de salud internacional.

La implantación de la Acreditación de Hospitales en el país, contribuirá no solo al mejoramiento continuo de la calidad de atención que se brinda en los establecimientos hospitalarios, sino que se convierte en un nuevo impulso a la gestión de calidad en los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salazar Floréz K Contribución Metodológica para la Evaluación de la Tecnología Biomédica en la Clínica Universitaria Bolivariana con fines de Acreditación según los Estándares de la Joint Commission International (Acceso 9 de diciembre de 2017) Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/51747/1/32298430.2015.pdf
2. Betancourt Velásquez AC, Tunjo López ML Desarrollo de procesos de acreditación en países de Latinoamérica y el Caribe. Universidad Nacional de Colombia. 2012 (Acceso 4 de noviembre de 2017) Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/7601/1/599403.2012.pdf,
3. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ta ed. Joint Commission International. EE UU. 2014. (Acceso 4 de noviembre de 2017) Disponible en: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf
4. Smits H, Supachutikul A, Mate KS. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. Global Health.[Internet]. 2014 [Access July 9, 2015]; 65(10):1-8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159532/pdf/12992_2014_Article_65.pdf
5. Shaw CD, Braithwaite J, Moldovan M, Nicklin W, Grgic I, Fortune T, et al. Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. Int J Qual Health Care. [Internet] [Access July 9, 2015];25(3):222-31. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/25/3/222.full.pdf>
6. Constitución de la República. Gaceta Oficial, 1992. Art: 47 -50. Cuba.

Conflicto de interés

Los autores no declaran conflicto de interés.