

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA
VICERRECTORADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN
SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO
DE SUCRE EN LA GESTIÓN 2023**

**TRABAJO EN OPCIÓN AL GRADO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA**

VANESSA ALEJANDRA MENDOZA POLO

SUCRE, ABRIL 2024

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA
VICERRECTORADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN
SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO
DE SUCRE EN LA GESTIÓN 2023**

**TRABAJO EN OPCIÓN AL GRADO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA**

TUTOR: MSC. FULVIO ARTEAGA VERA

SUCRE, ABRIL 2024

CESIÓN DE DERECHOS

Al presentar este trabajo como uno de los requisitos previos para la obtención del certificado de Magister en Salud Pública, de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, autorizo al Centro de Estudios de Post grado e Investigación o a la biblioteca de la Universidad para que se haga de este trabajo un documento disponible para su lectura, según normas de la Universidad.

También cedo a la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca los derechos de publicación de este trabajo o parte de él manteniendo mis derechos de autor hasta un periodo de 30 meses posterior a su aprobación.

VANESSA ALEJANDRA MENDOZA POLO

SUCRE, ABRIL 2024

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, a mi señora madre y a mi abuelito por su apoyo, motivación y amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque en su infinita bondad ilumina mi camino y me ha permitido concluir satisfactoriamente este proceso formativo.

A mis docentes que con su sabiduría y humildad encausaron mi formación profesional e hicieron posible plasmar en mi personalidad la educación e instrucción en la Salud Pública como pilar fundamental de un país.

A mi tutor MsC. Fulvio Arteaga Vera por su apoyo y colaboración en el desarrollo del presente Trabajo de Tesis.

A mi familia por su gran espíritu de comprensión y apoyo incondicional.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	6
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.5. IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	9
1.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	10
1.6. OBJETIVOS.....	11
1.6.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL

2.1. ESTADO DEL ARTE.....	13
2.2. BASES TEÓRICAS	18
2.2.1. CALIDAD EN SALUD.....	18
2.2.2. SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD.....	21
2.2.3. SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD.....	22
2.2.4. GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	30
2.2.5. SERVICIO DE EMERGENCIAS.....	34
2.2.6. NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIAS EN SALUD.....	35
2.3. MARCO CONTEXTUAL.....	37
2.3.1. MUNICIPIO DE SUCRE.....	37
2.3.2. HOSPITAL SANTA BÁRBARA.....	38
2.3.2.1. SERVICIO DE EMERGENCIAS ADULTOS.....	39

2.3.2.2. SERVICIO DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS PEDIÁTRICAS.....	47
2.3.3. HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO Y NEONATAL DR JAIME SANCHEZ PORCEL.....	48
2.3.4. INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGÍA BOLIVIANO JAPONÉS.....	51
2.3.5. HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE TAMA.....	52
2.3.6. INSTITUTO CHUQUISQUEÑO DE ONCOLOGÍA.....	53

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	55
3.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	55
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	56
3.3.1. Población y Muestra Para las Encuestas.....	56
3.3.2. Población para la aplicación de la “Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención”.....	57
3.4. MUESTREO.....	58
3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	58
3.5.1. Criterios de selección para la aplicación de encuestas.....	58
3.5.2. Criterios de selección para la aplicación de la “Guía de evaluación y Acreditación de establecimientos de salud de tercer nivel de atención”.....	59
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	59
3.7. PRUEBAS BIOESTADÍSTICAS.....	61
3.8. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS.....	62

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE	
--	--

SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	64
CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS BÁSICOS PARA LA ACREDITACIÓN.....	64
CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA LA ACREDITACIÓN.....	66
PUNTAJE GLOBAL OBTENIDO POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS PARA ACREDITACIÓN.....	79
4.2. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS.....	81
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	89

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.....	93
5.2. RECOMENDACIONES.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	98
BIBLIOGRAFÍA.....	101
ANEXOS.....	103

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	11
TABLA N° 2 ORGANIZACIÓN DE CUBICULOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL SANTA BÁRBARA. GESTIÓN 2023.....	40
TABLA N°3 POBLACIÓN Y MUESTRA PARA LAS ENCUESTAS EN ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023.....	57
TABLA N°4 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS BÁSICOS EN ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE 2023 (N=5).....	64
TABLA N°5 CUMPLIMIENTO DE AAP.7 EXISTENCIA DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA GUIAR LA ATENCIÓN A PACIENTES DE ALTO RIESGO Y PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ALTO RIESGO EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	66
TABLA N°6 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.2 ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIAS DEFINIDO MEDIANTE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE GESTIÓN 2023.....	68
TABLA N°7 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.3 UTILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN DEFINIDO MEDIANTE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	70
TABLA N°8 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.4 ATENCIÓN DE PACIENTES EN MANTENIMIENTO VITAL O COMA, DEFINIDA EN NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE GESTIÓN 2023.....	71

TABLA N° 9 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.5 ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CONTAGIOSAS E INMUNODEPRESIÓN DEFINIDA POR NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	72
TABLA N° 10 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.7 ATENCIÓN A PACIENTES INMOVILIZADOS; REGULADA POR NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	73
TABLA N° 11 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.8 EXISTENCIA DE NORMAS Y PROTOCOLOS QUE REGULAN LA ATENCIÓN DE PACIENTES VULNERABLES; DE EDAD AVANZADA Y NIÑOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	75
TABLA N°12 CONSOLIDADO DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL MUNICIPIO DE SUCRE GESTIÓN 2023.....	77
TABLA N°13 PUNTAJE GLOBAL OBTENIDO POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL DE ATENCIÓN PARA ACREDITACIÓN MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	79
TABLA N° 14 ACCIONES REALIZADAS POR EL NIVEL GERENCIAL PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023.....	81
TABLA N° 15 CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE NORMAS NACIONALES RELACIONADAS A LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y A LAS FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023.....	83

TABLA N° 16 SUFICIENCIA DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	85
TABLA N° 17 DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y DE RR.HH. EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023.....	86
TABLA N° 18 ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PARA ACCEDER A SU ACREDITACIÓN. GESTIÓN 2023.....	87
TABLA N° 19 ASPECTOS QUE DEBEN CORREGIRSE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023.....	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS BÁSICOS EN ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE 2023.....	65
GRÁFICO N°2 CUMPLIMIENTO DE AAP.7 EXISTENCIA DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA GUIAR LA ATENCIÓN A PACIENTES DE ALTO RIESGO Y PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ALTO RIESGO EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE 3er. NIVEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	67
GRÁFICO N°3 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.2 ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIAS DEFINIDO MEDIANTE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE GESTIÓN 2023.....	69
GRÁFICO N°4 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.3 UTILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN DEFINIDO MEDIANTE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE GESTIÓN 2023.....	70
GRÁFICO N°5 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.4 ATENCIÓN DE PACIENTES EN MANTENIMIENTO VITAL O COMA, DEFINIDA EN NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE GESTIÓN 2023.....	71
GRÁFICO N° 6 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.5 ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CONTAGIOSAS E INMUNODEPRESIÓN DEFINIDA POR NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL MUNICIPIO DE	

SUCRE. GESTIÓN 2023.....	73
GRÁFICO N° 7 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.7 ATENCIÓN A PACIENTES INMOVILIZADOS; REGULADA POR NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL.MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	74
GRÁFICO N° 8 CUMPLIMIENTO DE AAP.7.8 EXISTENCIA DE NORMAS Y PROTOCOLOS QUE REGULAN LA ATENCIÓN DE PACIENTES VULNERABLES; DE EDAD AVANZADA Y NIÑOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	75
GRÁFICO N°9 CONSOLIDADO DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL MUNICIPIO DE SUCRE GESTIÓN 2023.....	78
GRÁFICO N°10 PUNTAJE GLOBAL OBTENIDO POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL DE ATENCIÓN PARA ACREDITACIÓN MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	80
GRÁFICO N° 11 ACCIONES REALIZADAS POR EL NIVEL GERENCIAL PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023.....	82
GRÁFICO N°12 CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE NORMAS NACIONALES RELACIONADAS A LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y A LAS FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023.....	84
GRÁFICO N° 13 SUFICIENCIA DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023.....	85

GRÁFICO N° 14 DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y DE RR.HH. EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023.....	86
GRÁFICO N° 15 ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PARA ACCEDER A SU ACREDITACIÓN. GESTIÓN 2023.....	87
GRÁFICO N° 16 ASPECTOS QUE DEBEN CORREGIRSE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023.....	89

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N°1 INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES.....	104
ANEXO N°2 ENCUESTA A FUNCIONARIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	110
ANEXO N°3 GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	112
ANEXO N°4 MEMORIA FOTOGRÁFICA.....	113
EMERGENCIAS HOSPITAL SANTA BÁRBARA ADULTOS.....	113
URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITAL SANTA BÁRBARA.....	113
EMERGENCIAS HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO Y NEONATAL.....	114
URGENCIAS INSTITUTO GASTROENTEROLÓGICO BOLIVIANO JAPONÉS.....	115
EMERGENCIAS HOSPITAL DEL NIÑO.....	116
EMERGENCIAS INSTITUTO CHUQUISQUEÑO DE ONCOLOGÍA.....	116

RESUMEN

A lo largo del tiempo se han establecido maneras de garantizar las condiciones y Calidad prestadas por los diferentes servicios hospitalarios. Tomando en cuenta que las atenciones en los servicios de emergencias son consideradas un problema mundial con alta incidencia, se establece la necesidad de incorporar la identificación de procesos de Acreditación en salud situación incidente en la mejora sustancial de este tipo de servicios.

El objetivo del presente estudio es de evaluar el cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre en la gestión 2023, estudio que establece la identificación de acciones realizadas, los requisitos básicos, los estándares de Acreditación y el puntaje general obtenido.

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal. Los resultados arrojaron en promedio un 43,7% de avance en las acciones realizadas, un 82% de cumplimiento en los requisitos básicos y un 79,64% en los estándares de Acreditación.

Siendo evidente la insuficiente capacidad instalada en servicios de emergencia, así como la deficiencia en equipamiento, insumos y materiales para su funcionalidad. Los resultados del estudio concluyen que; si bien ha existido un progreso en los servicios de emergencias en cuanto a la atención en emergenciológica, aún existen insuficiencias que deben ser resueltas por las instituciones del nivel central, como la dotación de infraestructura, equipamiento, insumos, Recursos Humanos y la generación de normas de caracterización específica para servicios de emergencia que permitan evaluar periódicamente estos servicios y optimizar su capacidad resolutive.

Palabras clave: Acreditación, servicios de emergencia, salud, hospitales.

ABSTRACT

Over time, ways have been established to guarantee the conditions and Quality provided by the different hospital services. Taking into account that care in emergency services is considered a global problem with high incidence, the need to incorporate the identification of accreditation processes in health incident situations is established in the substantial improvement of this type of services.

The objective of this study is to evaluate compliance with Accreditation standards in emergency services of third-level care establishments of the municipality of Sucre in the 2023 administration, a study that establishes the identification of actions carried out, the basic requirements, the standards of Accreditation and the overall score obtained.

Study with a quantitative approach of an observational, descriptive, cross-sectional type. The results showed an average of 43,7% progress in the actions carried out, 82% compliance with the basic requirements and 79.64% with the Accreditation standards.

The insufficient installed capacity in emergency services is evident, as well as the deficiency in equipment, supplies and materials for its functionality. The results of the study conclude that; Although there has been progress in emergency services in terms of emergency care, there are still deficiencies that must be resolved by central level institutions, such as the provision of infrastructure, equipment, supplies, Human Resources and the generation of standards. of specific characterization for emergency services that allow these services to be periodically evaluated and optimize their resolution capacity.

Keywords: Accreditation, emergency services, health, hospitals.

INTRODUCCIÓN

En la última década, los servicios de atención prehospitalaria y los servicios de emergencias de los establecimientos de salud en el Estado Boliviano, han presentado en algunas regiones diferentes cambios en su estructura y organización para la atención a la población, generando experiencias en la atención de urgencias y emergencias médicas. El incremento en la población de la ciudad de Sucre conlleva que los casos de urgencias y emergencias médicas se incrementen por lo que se requiere contar con servicios de emergencias fortalecidos, acreditados que respondan a las necesidades emergentes de la población.

Los servicios de emergencias de los hospitales de tercer nivel de atención del sector público no han tenido mejoras significativas a lo largo de los últimos 10 años, conservándose en muchos casos la misma infraestructura a pesar del paso del tiempo.

La población en Sucre el año 2012 según el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia fue de 300783, se estimó que para el año 2022 según proyecciones demográficas, Sucre llegó a los 360544. Mientras que la población total de Chuquisaca en el último censo fue de 596825, para el año 2022 fue de 661119. (1) A la gestión 2024 las políticas demográficas dejan entrever el crecimiento poblacional sustancial en todos los departamentos del país y este hecho incide en el incremento de la utilización de servicios de salud.

Las atenciones en los servicios de emergencias son consideradas no sólo un problema nacional sino también un problema a nivel mundial; que en los últimos años presenta alta incidencia ya sea por patologías médicas o traumáticas en la población de los diferentes grupos de edad, de hecho, en hospitales de tercer nivel de atención se hace evidente la presencia de múltiples causas de consulta en servicios de emergencia como consecuencia del incremento de la frecuencia de accidentes de tránsito, patologías de alta cronicidad, comorbilidades asociadas a la tercera edad y agresiones físicas entre otras causas.

Las atenciones de los servicios de urgencias, constituyen más del 85% de las atenciones médicas en los servicios hospitalarios y las urgencias sentidas constituyen entre el 60 a 80% de visitas a las salas de emergencias a nivel mundial (2).

Una emergencia es una situación en la cual la vida del paciente corre peligro si no es resuelta en los primeros diez a quince minutos, y una urgencia es aquella situación en la que el tiempo de actuación puede extenderse hasta sesenta minutos. (3)

El servicio de emergencias debe contar con una configuración y características mínimas de tal manera que pueda cumplir con los objetivos para los que ha sido creado. Para esto existen políticas y normativas de las cuales surgen procedimientos estipulados por el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, como el proceso de acreditación de establecimientos de salud en sus tres niveles de atención.

En cuanto a los hospitales de tercer nivel de atención, en la ciudad de Sucre son siete los nosocomios catalogados como establecimientos de tercer nivel de atención pertenecientes al sector público quienes reciben pacientes en estado crítico.

En este entendido, la existencia de debilidades en los distintos servicios de emergencias, afecta directamente la salud de la población. Es por esta razón que es necesario evaluar el cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención para afrontar el proceso de acreditación según normativa nacional; siendo este un proceso de vital importancia para optimizar la atención en salud en este tipo de servicios.

La presente investigación pretende contribuir a la Salud Pública del departamento y del país, en la medida en que la identificación del cumplimiento de estándares de acreditación en servicios de emergencia de hospitales de tercer nivel de atención del municipio de Sucre ha permitido establecer la realidad objetiva de cada uno de ellos. Resultados diagnósticos a partir de los cuales se promoverá el adecuado proceso de toma de decisiones del nivel gerencial para la mejora de la capacidad resolutive de estos servicios.

1.1. ANTECEDENTES

Las fallas en los procesos de inspección, una calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en las empresas, además del aumento de costos, provocó en los países desarrollados la necesidad de evaluar la Garantía de Calidad a través de la Acreditación y la evaluación de estándares.

El primer antecedente en el establecimiento de estándares de Calidad fue el cirujano norteamericano Ernest Codman quien en 1916 propuso un sistema para evaluar la ejecución de la actividad quirúrgica que llamó “Sistema de los resultados finales para aprender de ellos para la mejora continua de los nuevos pacientes”. Más de cien años después, Ernest Codman

sigue siendo importante por su preocupación por la mejora de los procesos y la evaluación de los errores médicos (4).

Las propuestas dieron lugar a la evaluación de 692 hospitales de la Unión Americana, de los cuales solo aprobaron 90 e impulsaron la creación del Programa de Estandarización Hospitalaria del Colegio de Cirujanos de EE.UU, predecesor de lo que en 1951 acabó convirtiéndose en la Joint Commission International para la acreditación de hospitales (4).

Hoy en día, la Joint Commission International es la organización más reconocida y extendida en el mundo en la acreditación de instituciones de salud y su modelo ha inspirado a otros de aplicación nacional e internacional. El modelo de Acreditación de la Joint Commission está centrado principalmente en estándares que evalúan la atención de los pacientes.

La Acreditación de hospitales es una de las acciones que se vienen impulsando hace ya varias décadas especialmente en los Estados Unidos y Canadá, para garantizar la Calidad de los servicios de salud en los países de América y el mundo.

En 1958 Canadá creó su propia comisión de Acreditación, la cual está integrada por ocho organismos diferentes que le dan la pluralidad necesaria para llevar a cabo un proceso de Acreditación confiable desde el punto de vista técnico y sin fines de lucro. (5)

Los integrantes de esta comisión son: La Asociación de Hospitales Canadienses, la Asociación Médica Canadiense, la Escuela Real de Médicos y Cirujanos, Asociación de Enfermeras Canadienses. La Asociación de Atención Médica de largo plazo, Asociación de Médicos de Familia, Asociación de Escuelas de Medicina y un representante del Concejo de Consumidores. De esta manera el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959. (5)

En 1966, Avedis Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Debido al conocimiento generado, ahora se entiende que la respuesta a los problemas de salud no es sólo un conjunto de eventos sino un proceso complejo encauzado por principios generales. (6)

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. (7)

En el periodo de 2019 a 2021 los autores Poblano O, Saucedo AL, Galván A, Vértiz JJ, Anaya R, Santos JL, realizaron el Análisis comparativo de la Acreditación de unidades médicas cuyo objetivo fue contrastar las características del proceso de Acreditación de establecimientos de salud en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México, con el fin de identificar elementos comunes diferencias, y lecciones aprendidas que puedan ser de utilidad para otros países. (8)

Fue un estudio observacional, analítico y retrospectivo que mostró resultados positivos y negativos; para Canadá se destacan las contribuciones a la mejora continua de la Calidad, la estandarización de mejores prácticas, mejora de la toma de decisiones, planeación y distribución de recursos, así como una mejor percepción de la población respecto a las unidades acreditadas.

En México ha coadyuvado a reestructurar y documentar los procesos. Facilitó la detección y solución de problemas específicos. Contribuyó a la efectividad laboral a través del mejoramiento del desempeño del personal.

El 2019 un estudio analizó la influencia de la Acreditación en la satisfacción profesional de trabajadores de enfermería, fue una investigación multicéntrica, transversal, delineada por el método mixto explicativo secuencial. Se concluyó que la Acreditación influenció positivamente la satisfacción profesional de los trabajadores de enfermería, pues se constataron asociaciones estadísticamente significativas. (9)

El año 2020 se realizó un estudio en Cundinamarca, Colombia sobre el ciclo de preparación para la Acreditación en Salud para una institución prestadora de servicios de salud en el proceso de atención al cliente asistencial. Evaluación que incluyó la entrega de información a pacientes y a su familia frente a sus derechos y tratamientos. (10)

En el año 2021 en la Habana Cuba se realizó una investigación para mostrar las mejoras del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso como resultado de la integración de los modelos de acreditación hospitalaria y de la norma NC-ISO 9001:2015, en el cual se evidenció el desconocimiento de la norma, de los procedimientos, descontrol de las actividades, información documentada y la no ejecución de acciones correctivas en los plazos establecidos. (11)

En Bolivia, la Defensoría del Pueblo realizó el año 2022 verificaciones defensoriales en la cual se tomó a 15 Hospitales de Tercer Nivel, pertenecientes al sector público, mostrando que ninguno contaba con dictamen de “Establecimiento Acreditado”, sólo el Hospital General San Juan de Dios de Santa Cruz contaba con una certificación de “Establecimiento Acreditado Condicionado”. (12)

El proceso de acreditación requiere que la institución priorice las normas de infraestructura hospitalaria y sanitaria. Eso ayuda al hospital a adquirir y mantener elevados niveles de Calidad, y el paciente será el principal beneficiado en ese proceso a través del incremento en la seguridad y eficacia en la ejecución de los procedimientos asistenciales.

En el año 2022 se realizó un estudio para determinar el grado de aplicación de estándares de Acreditación del servicio de consulta externa del hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre en el cual se evidenciaba el incumplimiento a varios ítems. Entre algunas observaciones halladas se constató el incumplimiento horario, panel informativo desactualizado y documentos como los manuales de procesos y procedimientos desactualizados. (13)

La aplicación de la matriz de integración de los esquemas de evaluación permitió promover la mejora del proceso de toma de decisiones del nivel gerencial, la mejor organización de actividades de procesos y procedimientos, así como la actualización de la información documentada.

Es evidente que en todos los casos existe un efecto favorecedor a nivel gerencial y organizacional sin embargo el estudio reflejó en menor medida algunos resultados desfavorables como la burocratización, la carga administrativa, la inversión de tiempo y recursos y la resistencia al cambio en los profesionales.

En general a Acreditación en todos los escenarios ha sido un factor de mejora de la atención en los establecimientos de salud, proceso evaluativo que ha coadyuvado a la estandarización de las prácticas sanitarias más adecuadas.

1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los servicios de emergencias hospitalarios constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica urgente y en ellos convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de

los niveles de atención de la red asistencial sanitaria, así como aquellos usuarios que acuden por iniciativa propia.

Los servicios de emergencias soportan una fuerte presión asistencial que se cree es debida al desequilibrio entre la demanda y la oferta, se habla de una demanda inadecuada que ha conducido a la saturación de la oferta o si la oferta se ha mostrado incapaz de adaptarse, con nuevos recursos estructurales, humanos y organizativos, a la creciente demanda. En pocas palabras no se abastece a la cantidad de población que es referida y asiste a su servicio.

El problema de la sobrecarga asistencial que sufren los servicios de emergencias no radica en el número inadecuado de visitas, como es el caso de los pacientes cuya patología no constituye una emergencia, sino más bien en una posible insuficiencia en la oferta.

Esta insuficiencia engloba un abanico de situaciones como la que supone encontrar una cama hospitalaria donde poder atender al paciente. La demora de un ingreso puede tener consecuencias fatales para el enfermo como la muerte. La cantidad restringida de recursos humanos, las rotaciones y cambios intempestivos del personal, así como la sobrecarga laboral, en la que el personal realiza otras funciones aparte de las asignadas.

Por ende, existe la necesidad de priorizar según la gravedad de cada paciente y ante todo tener un servicio completamente preparado para su manejo tanto en su capacidad instalada como en su capacidad resolutive, siendo importante conocer el cumplimiento de estándares de acreditación en servicios de Emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre.

En Bolivia aún no existe un marco normativo de caracterización de servicios de emergencia ni un marco legal de caracterización para establecimientos de tercer nivel de atención, sin embargo, se tiene a disposición el Manual y la Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de tercer nivel de atención, con el fin de identificar cumplimiento de estándares en determinados servicios.

Por lo tanto; la alta demanda poblacional en los servicios de emergencias de establecimientos de salud de tercer nivel de atención en el municipio de Sucre, deja entrever la necesidad imperiosa de que éstos cumplan con estándares preestablecidos y que permitan su Acreditación para su funcionamiento pleno como servicios de emergencia acreditados en

correspondencia al marco legal vigente en salud. Esto logrará que los servicios sean fortalecidos en su capacidad resolutive, lo que permitirá la disminución de indicadores de mortalidad.

De ahí la necesidad de evaluar el cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre durante la gestión 2023 para afrontar el proceso de acreditación según normativa nacional.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre en la gestión 2023?

1.4. JUSTIFICACIÓN

En Bolivia aún no existe un marco normativo de caracterización de servicios de emergencia ni un marco legal de caracterización para establecimientos de tercer nivel de atención, sin embargo, se tiene a disposición por un lado el Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de tercer nivel de atención y por otro lado la Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de tercer nivel de atención, cuya vigencia data desde la gestión 2008, normativa que establece metodológicamente el proceso de evaluación externa permanente y periódica de algunos servicios con el fin de identificar el cumplimiento de estándares que permitan su Acreditación.

Por otra parte la necesidad imperiosa de contar con servicios de salud Acreditados y la alta demanda poblacional en los servicios de emergencias de establecimientos de salud de tercer nivel de atención en el municipio de Sucre, deja entrever la necesidad inexcusable de que éstos cumplan con estándares preestablecidos y que permitan su Acreditación para su funcionamiento pleno como servicios de emergencia acreditados en correspondencia al marco normativo en salud y a la necesidad de otorgar prestaciones de salud eficientes y efectivas a la población que demanda atención en éstos servicios.

Es importante referenciar que la realización o la no realización de acciones para afrontar el proceso de Acreditación ha incidido directamente en que año tras año a pesar de las quejas y

distintas situaciones evidenciadas no se haga una mejora significativa en los servicios de emergencias, derivando esto en la repetición sistemática de los mismos problemas tanto estructurales como organizacionales en cada gestión.

De ahí la necesidad de evaluar el cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre durante la gestión 2023 para afrontar el proceso de acreditación según normativa nacional.

La evaluación del cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre, permitirá adecuar y generar conceptos, métodos y teorías en relación a los resultados de la evaluación y sus variables.

El tema de investigación es de interés no solo a nivel departamental sino también a nivel nacional ya que la identificación del cumplimiento de estándares para Acreditación en los servicios de emergencia objeto de estudio permitirá mejorar el proceso de toma de decisiones del nivel gerencial, la mejora sustancial de la capacidad resolutive y el nivel de eficiencia en la prestación de servicios de emergencia.

Por ello, la originalidad del presente trabajo de investigación se constituye en un gran aporte social, científico, educativo para futuras investigaciones en el ámbito de la Salud Pública, de ahí que la evaluación del cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre se constituye en un referente para la optimización y la mejora de la Calidad de los servicios de emergencia.

APORTE TEÓRICO

La presente Tesis de Maestría, permitirá adecuar y generar conceptos, métodos y teorías en relación al proceso de evaluación del cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre, traducida en el fortalecimiento de los procesos evaluativos en este tipo de servicios prioritarios dentro del ámbito de la Salud Pública.

SIGNIFICACIÓN PRÁCTICA Y METODOLOGICA

El estudio del problema planteado es socialmente relevante, porque el interés implícito en la medición del cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre, permitirá reconocer la realidad objetiva de este tipo de servicios y la necesidad de promover su mejora sustancial para el beneficio de la salud poblacional.

Por tanto, los **beneficiarios directos** de esta investigación son los **Servicios de Emergencia de los seis establecimientos de salud de tercer nivel de atención y el SEDES Chuquisaca**, instituciones que podrán mejorar sustancialmente la Calidad de sus servicios, a partir del conocimiento del nivel de cumplimiento de estándares de Acreditación.

Los **beneficiarios indirectos** están representados por **toda la población usuaria de los establecimientos de salud de tercer nivel de atención**, ya que el conocimiento que se obtenga a partir del presente estudio; permitirá mejorar la capacidad resolutive de los servicios de Emergencia, situación incidente en la optimización de los indicadores de Calidad en salud y la satisfacción plena del usuario de este tipo de servicios.

ACTUALIDAD

La originalidad del trabajo de investigación se constituirá en un gran aporte social, científico, educativo para futuras investigaciones, en ese sentido la evaluación del cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre se constituye en un referente para la optimización del proceso de toma de decisiones del nivel gerencial para el aprovisionamiento de la capacidad instalada necesaria y la mejora continua de la capacidad resolutive de los servicios de Emergencia de hospitales de tercer nivel de atención.

1.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente

- La Acreditación de los servicios de emergencia

Variables independientes

- Acciones realizadas para la Acreditación
- Cumplimiento de los requisitos básicos de Acreditación
- Cumplimiento de los estándares de Acreditación

1.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TABLA N° 1
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA
La Acreditación de los Servicios de Emergencia	Es el resultado de un proceso de evaluación continuo dinámico, obligatorio y confidencial, que en base a estándares establecidos evalúa Estructura Procesos y Resultados de la atención de los pacientes y la gestión del establecimiento.	Reconocimiento a una institución prestadora de servicios de salud en la entrega de servicios de salud seguros y de alta Calidad.	Servicios de emergencia que cumplen con requisitos y estándares	Puntaje de cumplimiento o por servicio	- Servicio Acreditado con excelencia -Servicio Acreditado -Servicio Acreditado condicionado -Servicio no Acreditado
Acciones realizadas para la Acreditación	Son el conjunto de hechos y actividades que han sido efectuadas	Conjunto de actividades efectuadas	Servicios cuyo establecimiento de salud ha realizado estas acciones	6 Acciones realizadas	Sí No

Cumplimiento de los requisitos básicos de Acreditación	Son las condiciones mínimas referidas a accesibilidad, infraestructura y servicios básicos que deben estar presentes en forma obligatoria en los establecimientos de salud	Condiciones mínimas, obligatorias que deben estar presentes	Cumplimiento de requisitos básicos	10 Requisitos básicos	Cumple No cumple
Cumplimiento de los estándares de Acreditación	Los estándares son patrones referenciales de Calidad utilizados para evaluar las condiciones que deben cumplir los establecimientos de salud	Patrones referenciales a cumplir	Cumplimiento de estándares obligatorios para el servicio de emergencias	7 Estándares: 17 parámetros de evaluación	Cumple No cumple No aplica

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre en la gestión 2023.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las acciones realizadas para el proceso Acreditación de los servicios de emergencia en establecimientos de tercer nivel del municipio de Sucre durante la gestión 2023.
- Establecer el cumplimiento de requisitos básicos o condiciones mínimas de los establecimientos de tercer nivel de atención que deben estar presentes al iniciar un proceso de Acreditación.
- Determinar el cumplimiento de estándares obligatorios de los servicios de emergencia de los establecimientos de tercer nivel de atención para lograr la Acreditación.
- Determinar el puntaje para Acreditación por servicio de emergencias en el municipio de Sucre durante la gestión 2023.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL

2.1. ESTADO DEL ARTE

El primer antecedente en el establecimiento de estándares de Calidad fue el cirujano norteamericano Ernest Codman quien en 1916 propuso un sistema para evaluar la ejecución de la actividad quirúrgica que llamó “Sistema de los resultados finales para aprender de ellos para la mejora continua de los nuevos pacientes”. Más de cien años después, Ernest Codman sigue siendo importante por su preocupación por la mejora de los procesos y la evaluación de los errores médicos (4).

Las propuestas dieron lugar a la evaluación de 692 hospitales de la Unión Americana, de los cuales solo aprobaron 90 e impulsaron la creación del Programa de Estandarización Hospitalaria del Colegio de Cirujanos de EE.UU, predecesor de lo que en 1951 acabó convirtiéndose en la JOINT COMMISSION INTERNATIONAL para la acreditación de hospitales (4). Institución internacional que ha estado promoviendo procesos evaluativos para la emisión de certificaciones que acrediten la capacidad resolutive y la capacidad instalada de servicios de salud.

Trabajos relacionados e investigaciones previas hacen referencia a la evaluación de recursos físicos en servicios de emergencia para resucitación aguda y para manejo de lesiones específicas en servicios de emergencia en instituciones públicas, existiendo evaluaciones con puntuaciones bajas en la mayoría de hospitales públicos objeto de estudio. De hecho, es evidente la existencia de equipamiento básico en emergencias, la falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos de vital importancia en servicios de emergencia como los ventiladores mecánicos y los multiparamétricos, así como la dotación permanente de insumos y medicamentos en los carros de paro, tal cual establece el estudio referido a sistemas de atención prehospitalaria de urgencias (*Anderson et al. 2006, Mock et al. 2004^a, Pinet 2005*).

Estudio en el que se aplicó el modelo *Guidelines for Essential Trauma Care (GETC)*, Guías para el manejo esencial del trauma (Mock et al. 2004b) de la OMS, que tuvo como finalidad proporcionar estándares, normas, recomendaciones y lineamientos asequibles que permitan dar respuesta a los centros de salud en la atención del manejo del trauma en servicios de emergencia en países con distinto nivel de ingreso.

En contraste, en México (Arreola-Risa et al. 2006) se encontró que los recursos humanos y físicos destinados a la atención de heridos eran de Calidad satisfactoria en los hospitales, especialmente los más grandes. Se hallaron deficiencias como escasez de succionadores rígidos, oxímetros de pulso y algunos medicamentos para heridos. En todos los servicios de emergencia mexicanos de la muestra obtenida para el desarrollo de la investigación se observaron dificultades con los equipos básicos de reanimación.

Un otro estudio desarrollado en el Perú (Rosales-Mayor et al. 2011) evidenció déficit en recursos y capacidades resolutivas, especialmente en el sector público; comparados con los establecimientos de salud privados, los establecimientos privados peruanos contaban con adecuados recursos físicos, esenciales y deseables, a excepción de los dispositivos de calentamiento de fluidos. Así mismo el estudio refirió que el entrenamiento de los recursos humanos no era el adecuado y por ende la capacidad resolutive de este tipo de servicios era insuficiente.

Otro estudio relacionado, hace referencia a la evaluación de servicios de emergencia para la atención al trauma en Mérida, Venezuela de los autores Williana Cerrada y Antonio Velasco; estudio de enfoque cualitativo, con diseño observacional, transversal y descriptivo publicado en la Revista DIALNET en 2017. Investigación que utilizó como instrumento una parte de las guías estándar del proyecto de atención esencial en trauma (*guidelines for essential trauma care, getc*) de la Organización Mundial de la Salud, el cual consta de entrevista al responsable del servicio y observación de los recursos físicos de los servicios de emergencia.

Los resultados evidenciaron que los servicios de salud objeto de estudio no contaban con el personal necesario, ni contaban con la capacidad suficiente para la atención de emergencias

En lo que atañe a funciones administrativas y organizacionales en los servicios de emergencia seleccionados, en cuanto a la existencia y uso de protocolos clínicos, en ninguno de los centros de salud de la muestra fueron exhibidos; el instrumento de recogida de datos habla de protocolos “propios”, esto es, elaborados por la propia institución y, aunque se inquirió por protocolos, fuesen o no de elaboración propia, en la mayoría de los casos no existen, y en uno de ellos se afirmó que existen pero no se mostraron. Esto coincide con una investigación realizada en el Brasil (O'Dwyer et al. 2009), donde constataron que sólo uno de los centros

estudiados utilizaba protocolos clínicos y se halló que un único hospital utilizaba protocolos en la práctica diaria y otro los tenía, pero muy poco utilizados en la práctica de emergenciología.

Otro de los trabajos relacionados hace referencia a la Evaluación del servicio de urgencias en un hospital público a través del modelo SERVPERF de los autores *Antonio de Jesús Vizcaíno, Vanessa del Pilar Vizcaíno Marín, Juan Antonio Vargas Barraza*, desarrollado en Jalisco publicado el 2020, estudio en el que se evalúa la Calidad del servicio del área de urgencias de un hospital público desde la percepción de los pacientes atendidos, con un enfoque cuantitativo siendo de tipo descriptivo transversal y correlacional. El objetivo fue identificar los niveles de satisfacción e insatisfacción para evaluar la Calidad del servicio desde las dimensiones del modelo SERVPERF. Entre los principales resultados se encontró que el servicio de urgencias no contaba con las condiciones óptimas para otorgar un buen servicio desde la ventanilla de admisión hasta las instalaciones de atención de emergencia.

Desde la percepción de los usuarios se estableció la necesidad de la remodelación de espacios en el área de urgencias para garantizar una mayor Calidad en el servicio.

Los aportes científicos y documentales en existencia establecen que los estudios realizados por la JOINT COMMISSION INTERNATIONAL; organización reconocida y extendida en el mundo en la acreditación de instituciones de salud y su modelo ha inspirado a otros de aplicación nacional e internacional.

El modelo de Acreditación de la Joint Comission International está centrado principalmente en estándares que evalúan la atención de los pacientes y promueve permanentemente el desarrollo de procesos evaluativos como la Acreditación de hospitales como una de las acciones que se vienen impulsando hace ya varias décadas especialmente en los Estados Unidos y Canadá, para garantizar la Calidad de los servicios de salud en los países de América y el mundo.

Los integrantes de esta comisión son: La Asociación de Hospitales Canadienses, la Asociación Médica Canadiense, la Escuela Real de Médicos y Cirujanos, Asociación de Enfermeras Canadienses. La Asociación de Atención Médica de largo plazo, Asociación de Médicos de Familia, Asociación de Escuelas de Medicina y un representante del Concejo de Consumidores. De esta manera el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959. (5).

La JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) es una organización independiente sin fines de lucro, identifica, mide y comparte las mejores prácticas en Calidad y seguridad del paciente en todo el mundo, Joint Commission International agrega periódicamente datos de cumplimiento de estándares para identificar áreas que resultan en el mayor número de estándares calificados con frecuencia en organizaciones acreditadas. Estos datos ayudan a las organizaciones a reconocer estas tendencias y preparar de manera proactiva políticas y prácticas en torno a estos estándares desafiantes.

La exclusiva metodología de seguimiento de JCI revisa cómo un hospital brinda atención al paciente, ayudando a mitigar los riesgos antes de que se conviertan en problemas costosos. Los rastreadores involucran tanto a los pacientes como al personal, lo que permite a las organizaciones mostrar cómo cumplen con los estándares más allá de las políticas y procedimientos. Algunos de los estándares de cumplimiento están referidos a:

Áreas de evaluación hospitalaria: Acceso a la atención y continuidad de los servicios.

- Evaluación y atención de pacientes.
- Anestesia y atención quirúrgica.
- Manejo de medicamentos
- Derechos y educación del paciente/familia
- Mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Prevención y control de infecciones.
- Gobernanza y liderazgo
- Gestión de instalaciones y seguridad.
- Cualificaciones y educación del personal.
- Gestión de la información

Especialidades Soporte de estándares hospitalarios:

- Prestación de servicios y atención de alto riesgo
- Implementación de Guías de Práctica Clínica
- Servicios de radiología/diagnóstico por imágenes.
- Servicios de laboratorio
- Programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente
- Gestión de la cadena de suministro
- Seguridad del entorno de atención

- Privilegios y acreditaciones para profesionales de la salud
- Gestión de contratos
- Confidencialidad y seguridad de la información del paciente.

Sus antecedentes institucionales y los aportes a nivel mundial dejan entrever numerosos establecimientos de salud acreditados bajo la medición de estos estándares, tal el caso de las 73 organizaciones en el Brasil como la Acreditación del Servicio de Oncología SA – Unida de Anchieta con Acreditación de la JCI, en su Programa de atención ambulatoria 2023.

En Rusia la JCI acreditó el Centro médico de emergencia regional de la ciudad de Naberezhnye Chelny, Acreditación de la JCI, acreditando el Programa hospitalario. Siendo acreditado desde el 10 de octubre de 2015.

En el año 2021 en la Habana Cuba se realizó una investigación para mostrar las mejoras del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso como resultado de la integración de los modelos de acreditación hospitalaria y de la norma NC-ISO 9001:2015, en el cual se evidenció el desconocimiento de la norma, de los procedimientos, descontrol de las actividades, información documentada y la no ejecución de acciones correctivas en los plazos establecidos. (11)

En Bolivia, la Defensoría del Pueblo realizó el año 2022 verificaciones defensoriales en la cual se tomó a 15 Hospitales de Tercer Nivel, pertenecientes al sector público, mostrando que ninguno contaba con dictamen de “Establecimiento Acreditado”, sólo el Hospital General San Juan de Dios de Santa Cruz contaba con una certificación de “Establecimiento Acreditado Condicionado”. (12)

El proceso de acreditación requiere que la institución priorice las normas de infraestructura hospitalaria y sanitaria. Eso ayuda al hospital a adquirir y mantener elevados niveles de Calidad, y el paciente será el principal beneficiado en ese proceso a través del incremento en la seguridad y eficacia en la ejecución de los procedimientos asistenciales.

En el año 2022 se realizó un estudio para determinar el grado de aplicación de estándares de Acreditación del servicio de consulta externa del hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre en el cual se evidenciaba el incumplimiento a varios ítems. Entre algunas observaciones

halladas se constató el incumplimiento horario, panel informativo desactualizado y documentos como los manuales de procesos y procedimientos desactualizados. (13)

Actualmente el Ministerio de Salud Boliviano cuenta con la Norma Nacional “GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN” Y “EL MANUAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN”, Documentos técnicos normativos que por Resolución Ministerial N° 0090 que junto a otros documentos permiten el desarrollo de procesos evaluativos de los servicios de salud a fin de mejorar la Calidad de atención en todo el Sistema de Salud.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CALIDAD EN SALUD

La calidad en salud es un principio que debe estar presente en todos los servicios prestados en el Sistema de Salud. La Calidad de atención médica según Donabedian es definida como “El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente”. Estos beneficios son definidos también en función a los recursos disponibles y los valores imperantes. (13)

La OMS define la Calidad de la atención como “el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados”. Esta se puede definir de muchas maneras sin embargo se sabe que un servicio de salud de Calidad debe ser: (14)

- **Eficaz:** Significa proporcionar servicios de salud basados en evidencia que logren el objetivo de restablecimiento de la salud.
- **Seguro:** Evitando daños a los pacientes.
- **Centrado en las personas:** Otorgando una atención que responda a las necesidades, preferencias y valores individuales.

Para fructificar los beneficios de una atención médica de Calidad, se considera que los servicios de salud deban ser:

- **Oportuno:** Con la reducción de los tiempos de espera y retrasos dañinos que repercuten en el estado del paciente.
- **Equitativo:** Proporcionando atención cuya Calidad no disminuya o varíe debido a la etnia, género, edad, procedencia o situación socioeconómica.
- **Integrado:** Brindando atención que pone a disposición del usuario toda la gama de servicios durante el curso de su vida.
- **Eficiente:** Atención que logra los objetivos, maximizando el beneficio de los recursos disponibles y evitando el desperdicio.

Según la Comisión Nacional de Calidad y Auditoría Médica - MSD. La Calidad es la “Condición de la organización sanitaria que, de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones que cubren satisfactoriamente las necesidades y requerimientos individuales y comunitarios de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”. (14)

La Norma ISO 9000 – 2000 establece el concepto de que la “Calidad es el grado en el que un conjunto de características del servicio cumple con los requisitos especificados en la ISO 9000: 2000” (15)

Por otro lado, la American Society for Quality Control; Sociedad Americana para la Calidad de Estados Unidos indica que la Calidad son las “Funciones y características de un producto o servicio con capacidad para satisfacer las necesidades del usuario”. (15)

El Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos establece que la Calidad es el “Grado en que los servicios de salud, aumentan la probabilidad de conseguir resultados de salud óptimos y compatibles con los conocimientos actuales de los profesionales”. (16)

Según la Subcomisión de Calidad del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la Calidad es el “Compromiso de una organización que quiere hacer las cosas mejor, aplicando el conocimiento disponible y aprovechando oportunidades para satisfacer las expectativas de los usuarios, cuidando de su seguridad y usando eficientemente los recursos disponibles”. (16)

En tal caso se plantea la medición de la Calidad de una acción de salud de una institución de salud, sabiendo que cuenta con un componente subjetivo y cambiante. Siendo la Calidad un concepto, se busca expresarlo en términos medibles es decir operacionalizar.

En primer lugar, es preciso determinar cuáles y cuántos aspectos del concepto se van a elegir para su operacionalización, los aspectos más representativos del concepto, los que mejor lo expresan. Los aspectos principales que se eligen se denominan dimensiones del concepto.

En cada dimensión, a su vez se escogen los aspectos más relevantes, es decir los que mejor la representan, los más válidos y posteriormente se fijan criterios claros, medibles y fiables. Es a través de este proceso que se establecen distintos aspectos para la medición de la Calidad.

Todas las prestaciones de salud, así como las técnicas para llevarlas a cabo, las recomendaciones que surgen de la experiencia, los procedimientos de la clínica y la Salud Pública; tienen por objeto hacer las cosas bien. Es decir, lograr una buena Calidad. Por lo tanto, la Calidad buena o mala, se constituye en un componente inseparable de todas las actividades de salud.

El incremento en las demandas judiciales, la búsqueda de una regulación en el ejercicio de la medicina, los servicios ofertados además de una sociedad que está constantemente al alcance de la información, más crítica y con mayor nivel educativo; hacen que todos los servicios brindados pongan como prioridad la Calidad.

La importancia de la Calidad en la prestación de servicios de salud parte de motivos éticos, motivos de seguridad ya que la vida y salud de paciente están en gran medida bajo la responsabilidad del centro hospitalario. Y los motivos de eficiencia al lograr la consecución de un efecto con el menor costo posible.

Por tanto, se establece la necesidad de garantizar la Calidad en las instalaciones, en los procedimientos y en los tratamientos realizados, contando también con una formación continua del personal.

2.2.2. SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

Considerando a la Calidad como un principio doctrinal que debe ser transversal en todo el sistema de salud, es importante señalar que para obtenerla se precisa de la estructuración de una red que, a partir del propio Ministerio de Salud y Deportes, pase por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y llegue a todos los centros asistenciales de los distintos niveles de complejidad, generando una relación e interdependencia entre ellos.

Para ello es necesario que el nivel nacional, como el departamental cuenten con una unidad específica para los fines de monitoreo, seguimiento y control de la Calidad, en su misma organización, así como el resto de establecimientos en sus tres niveles de atención. (17)

Mientras que cada Servicio Departamental de Salud cuenta con las Unidades de servicios y Gestión de Calidad, mismos que realizan coordinación con el nivel nacional y con los establecimientos de salud de cada departamento.

El segundo y tercer nivel de atención, cuentan con un Comité de Acreditación y Gestión de Calidad que se encuentra bajo la tuición y coordinación del departamento de Gestión de Calidad y el Comité Departamental de Gestión de Calidad y Auditoría Médica.

El Departamento de Gestión de Calidad a más de coordinar la actividad de los comités de asesoramiento técnico hospitalarios de acuerdo a la Política Nacional de Calidad en Salud, y en correspondencia al Proyecto Nacional de Calidad en Salud PRONACS, es la instancia encargada de supervisar de manera continua los procesos clínicos, quirúrgicos y/o administrativos, realizar el control de gestión a través de Auditorías Médicas Internas, procesos de Autoevaluación para acreditación y la implementación de ciclos de mejora continua de la Calidad en los establecimientos de salud. (17)

El Comité de Gestión de Calidad y Acreditación vela por el cumplimiento de la Calidad en su propio establecimiento, a través de diferentes actividades y es encargado de la autoevaluación para la Acreditación, a fin de mejorar la Calidad percibida por el usuario y la Calidad ofertada por el establecimiento de salud.

2.2.3. SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD

Es responsabilidad del Estado elevar la calidad de vida y la Calidad de salud en toda la población considerando que el Plan Estratégico Sectorial plantea la necesidad de construir un Sistema Nacional de salud que cuente con un acceso universal gratuito, descentralizado, equitativo e inclusivo.

Por otro lado, la Política Nacional de Salud incorpora la Gestión de Calidad en establecimientos de salud tomándola como una estrategia para mejorar la oferta de los servicios de salud para que estos respondan a las necesidades y expectativas del usuario externo de la población.

La Gestión de Calidad facilita a los establecimientos de salud el mejoramiento de sus servicios para hacerlos más efectivos, se implementan políticas, programas, reglamentos, normas, protocolos a fin de lograr una estandarización sostenible en los procesos gerenciales y operativos.

Parte de la Gestión de Calidad del Sistema Nacional de salud es la implementación de herramientas evaluativas es así que nace la acreditación de establecimientos de salud, base legal normativa que contiene los requisitos necesarios para el buen funcionamiento de los servicios de salud en el territorio Nacional.

La Calidad en la prestación de servicios de salud abarca características relacionadas con la atención personalizada, humanizada, integral, oportuna, continua y de acuerdo con los estándares aprobados en procedimientos y para la práctica profesional. A su vez, el paciente espera recibir una atención que resuelva sus necesidades en salud, en un ambiente de confort, higiene, alta capacidad resolutive y el trato humanizado en el proceso de atención.

La Calidad de atención en salud está constituida por un conjunto de características, organizadas por Donabedian en tres categorías, las cuales están referidas al nivel científico técnico, a la relación interpersonal y al entorno. La categoría técnica es aquella relacionada con el cumplimiento de requisitos previamente definidos en normas y protocolos reglamentarios, la relación interpersonal relacionada con el usuario y el entorno vinculado con la credibilidad del servicio respecto a la sociedad y otras organizaciones, respondiendo a las necesidades y expectativas del usuario. (18)

De ahí que el proceso de acreditación está muy ligado al éxito de los programas de Garantía de la Calidad, puesto que en la etapa preparatoria se desarrollan procesos de autoevaluación y revisión interna realizadas por el establecimiento, lo cual permite identificar áreas críticas institucionales obligando a tomar decisiones que de otra manera no se hubieran realizado.

La acreditación es consecuencia de un proceso de evaluación dinámico, continuo, confidencial y obligatorio, que en base a estándares pre establecidos evalúa los servicios en cuanto a Estructura, Procesos y Resultados de la atención a los pacientes y de la gestión de los establecimientos de salud con el fin de promover la Calidad en la oferta de servicios en condiciones de fiabilidad.

Paralelamente determina la situación real del establecimiento de salud y de cada servicio, planteando medidas de corrección y ajuste a toda situación identificada que así lo requiera, orientando al mejoramiento progresivo y sostenido de la Calidad para satisfacer de la mejor forma aquellas necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

Su objetivo principal es establecer un sistema de evaluación y acreditación que contribuya a la mejora continua y sostenida de la Calidad de atención de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Y entre sus objetivos específicos están:

- Establecer estándares mínimos obligatorios como instrumentos y parámetros de evaluación y acreditación.
- Establecer la autoevaluación sistemática y periódica que haga partícipe a todo el personal del establecimiento de salud.
- Identificar necesidades para mejorar progresivamente la Calidad de atención e imagen institucional, a través del proceso de acreditación.

Conformación del sistema de acreditación (19)

El objetivo de la conformación del Sistema de Acreditación es desarrollar una estructura organizacional que garantice la sostenibilidad y la implementación del sistema de acreditación en los distintos establecimientos de salud.

Estructura organizacional de Acreditación

Comisión Nacional de Acreditación:

La comisión nacional está constituida por representantes del Ministerio de Salud y Deportes, la Autoridad de Supervisión de los Servicios de la Seguridad Social a Corto Plazo (ASUSS), Sector Profesional de salud, Organización Social en Salud del nivel Nacional.

La Comisión Nacional de Acreditación será presidida por el representante del Ministerio de Salud y Deportes. Y el funcionamiento de la Comisión está regulado por su Reglamento Interno.

Las atribuciones de esta Comisión están referidas a:

- Gestionar la aprobación de estrategias, políticas y directrices en materia de acreditación.
- Gestionar la aprobación de las Guías de Evaluación y el Manual de Acreditación y su actualización periódica.
- Emitir los dictámenes de acreditación.
- Otorgar la certificación correspondiente, basada en los resultados de la evaluación. Facilitar la capacitación de recursos humanos en materia de acreditación.
- Coordinar y regular con las instancias e instituciones certificadoras de Calidad.
- Crear mecanismos de incentivo a los Establecimientos de Salud acreditados.
- Regular y controlar el sistema de acreditación a nivel Nacional.

Comité Departamental de Acreditación

El Comité Departamental de Acreditación es la instancia de coordinación interinstitucional integrada por representantes del Servicio Departamental de Salud, la ASUSS y el sector privado (estos tres con formación en Acreditación de Servicios de Salud), el Gobierno Municipal, los Colegios Profesionales del área de salud, y la Organización Social en Salud del nivel Departamental, cuyas atribuciones son:

- Planificar las acciones logísticas y operativas necesarias a fin de cumplir con los objetivos de acreditación.

- Elaborar el cronograma de visita a los establecimientos de salud para efectuar el cumplimiento del proceso de Evaluación-Acreditación.
- Coordinar la conformación y gestión de los Equipos técnicos de Evaluación.
- Elaborar el Dictamen de Acreditación, para su aprobación por la Comisión Nacional de Acreditación.
- Organizar el seguimiento de la ejecución del Plan de mejora continua de la Calidad de los establecimientos evaluados.
- Capacitar a los Gestores de Calidad de los Establecimientos de Salud.

Comité de Acreditación de la Red de Salud

En el sector público la instancia de coordinación interinstitucional es el Comité de Acreditación de la Red de Salud y está constituida por el Gerente de Red (quien preside el comité), el representante de la autoridad municipal y el representante de la organización social en salud, cuyas atribuciones son:

- Coadyuvar en la organización e implementación de los estándares de Acreditación de los Establecimientos de la Red.
- Acompañar el proceso de evaluación y Acreditación de los establecimientos de salud.
- Participar en el cumplimiento del Plan de mejora continua de la Calidad de los Establecimientos de salud.

Equipos técnicos de evaluación

Equipos multidisciplinarios de salud, con formación reconocida en Acreditación de servicios de Salud, designados por el Comité Departamental de Acreditación cuando exista la solicitud de acreditación de un establecimiento de salud o cuando sea requerido realizar el seguimiento a establecimientos acreditados.

Para su funcionamiento cada equipo evaluador deberá contar con un presupuesto financiado por el SEDES. En función a la complejidad del establecimiento de salud a ser evaluado, cada equipo evaluador estará constituido por:

- Un coordinador médico, con formación reconocida en Acreditación de Servicios de Salud.

- Uno o más evaluadores del área de salud (Médico, Odontólogo, Licenciada en Enfermería, Bioquímica, Farmacia, Laboratorio Clínico y otros) con formación reconocida en Acreditación de Servicios de Salud, por pares.
- Otros profesionales, en situaciones que requieran asesoramiento técnico (electromedicina, arquitectos, ingenieros y otros)
- Los Gestores de Calidad de establecimientos de salud.
- En el caso de los establecimientos del primer nivel de las Redes del sector público, será el gerente de una Red homóloga, con formación en Evaluación y Acreditación quien presida el equipo.

El equipo de evaluación debe estar conformado por personal ajeno al establecimiento de salud a ser evaluado y acreditado. Las funciones del Equipo de Evaluación están referidas a:

- Planificar el proceso de evaluación del establecimiento a acreditar
- Evaluar establecimientos de salud a través de las guías de evaluación de acuerdo al grado de complejidad institucional
- Elaborar informe de evaluación
- Entregar el informe de evaluación al Comité Departamental de Acreditación.
- Seguimiento de establecimientos acreditados

El equipo de evaluación y el cronograma varían en función de la complejidad del establecimiento a evaluar y del nivel de resolución al que corresponde. El procedimiento de acreditación debe ser llevado a cabo con respeto, imparcialidad, transparencia, confidencialidad y justicia.

Proceso de acreditación (19)

Los establecimientos de salud que se incorporan al proceso de acreditación deben seguir los siguientes pasos:

Cumplimiento de requisitos básicos

Como paso previo a ingresar al proceso de acreditación, los establecimientos de salud deben cumplir con los requisitos básicos, la evaluación de los mismos estará incorporada en la autoevaluación y su cumplimiento debe ser verificado por el equipo evaluador.

Autoevaluación

Todos los establecimientos de salud deben ingresar al proceso de acreditación. Iniciando con la realización de un Diagnóstico previo de la situación, el mismo que será informado a las autoridades correspondientes, acompañado del Plan de acción de correcciones y mejoras del establecimiento, que deberá ejecutarse de acuerdo al cronograma establecido en un plazo no mayor a la siguiente gestión.

Este proceso es responsabilidad de la máxima autoridad del establecimiento de salud a través del Gestor de la Calidad, quien debe involucrar a todo el personal operativo del establecimiento y a las instancias superiores corresponsables de la gestión, para que asuman y cumplan sus obligaciones en el proceso de acreditación.

Finalmente efectuar una nueva autoevaluación, para solicitar a la Comisión Acreditadora Departamental, la evaluación correspondiente para someterse al proceso.

Solicitud de Acreditación

Para solicitar la Acreditación, el establecimiento deberá dirigirse por escrito al Comité Departamental de Acreditación, cumpliendo los siguientes requisitos:

- Presentar una carta de solicitud de evaluación para Acreditación
- Presentar los resultados de autoevaluación final.

Preparación para la Acreditación

- La Comisión de Acreditación Departamental, luego de revisar el resultado de la Autoevaluación presentada y si no existiesen observaciones a la misma, comunicará con 15 días de anticipación la fecha de evaluación. En caso de existir observaciones se comunicará al establecimiento para corregir las mismas.
- Una semana antes, las autoridades del establecimiento de salud deberán comunicar al personal, a los pacientes y al público, de manera clara y visible que durante la fecha estipulada estará presente el equipo evaluador designado por el Comité Departamental de Acreditación.
- Deberá instruirse al personal para que facilite la información requerida por los evaluadores.

- Se deberá solicitar al público, pacientes y comunidad organizada la colaboración que requieran los evaluadores.

Procedimiento de evaluación

El equipo técnico evaluador designado por el Comité Departamental de Acreditación, arribará al establecimiento de salud y se reunirá con las autoridades principales del mismo, para explicar el desarrollo del procedimiento evaluativo señalado en las guías de evaluación; que consistirá en verificar todos los estándares de acreditación a través de los parámetros de evaluación y medios de verificación.

La metodología de verificación involucra la revisión de documentos, observación directa y la entrevista al personal, a los pacientes y familiares. Los documentos presentados por parte del establecimiento de salud deben estar regidos a las normas legales vigentes.

Concluida la evaluación, se elaborará un Informe que contemple el porcentaje de cumplimiento de los parámetros de evaluación obligatorios y opcionales, las conclusiones y recomendaciones; debiendo ser elevado al Comité Departamental de Acreditación en los siguientes plazos máximos: (17)

- 10 días hábiles para establecimientos de primer nivel
- 15 días hábiles para establecimientos de segundo nivel
- 20 días hábiles para establecimientos de tercer nivel

En caso de haberse encontrado incumplimiento de uno o varios estándares obligatorios, otorgará un plazo consensuado entre las partes, para que estos sean corregidos y efectuar el seguimiento correspondiente por el equipo evaluador.

Dictamen de Acreditación

A partir de la verificación del cumplimiento de los estándares obligatorios y opcionales, teniendo en cuenta el conjunto de la información, el equipo evaluador debe concluir en una decisión taxativa sobre el resultado de la evaluación del establecimiento y si procede o no la acreditación.

La decisión favorable de acreditación se basa en el cumplimiento de requisitos básicos y parámetros de evaluación obligatorios, verificados en todos los servicios del establecimiento de salud.

La Acreditación de establecimientos de salud, contemplará los siguientes resultados: (17)

Establecimiento Acreditado: Cuando cumple todos los estándares obligatorios.

Establecimiento Acreditado con excelencia: Cuando el establecimiento de salud cumple con todos los estándares obligatorios y los opcionales.

Establecimiento Acreditado condicionado: Cuando cumple entre el 75% y 99% de los parámetros de evaluación obligatorios. El establecimiento de salud deberá elaborar y cumplir en un plazo determinado, un Plan de mejora para el cumplimiento de los estándares obligatorios.

Establecimiento no Acreditado: Cuando cumple menos del 75% de los parámetros de evaluación obligatorios. El establecimiento deberá elaborar y cumplir en un plazo determinado con un Plan de mejora para el cumplimiento de los estándares obligatorios.

El Comité Departamental de Acreditación, en base al informe presentado por el Equipo Técnico Evaluador emite el Dictamen de Acreditación para su aprobación por la Comisión Nacional de Acreditación.

La Acreditación es otorgada por tres años, al cabo de los cuales deberá ser renovada, a través de un nuevo proceso de Acreditación. La facultad de dar a conocer oficial y públicamente el resultado de la evaluación, quedará exclusivamente a cargo de la Comisión Nacional de Acreditación.

Control y seguimiento

Los establecimientos de salud acreditados realizarán un seguimiento interno periódico y remitirán al Comité Departamental de Acreditación el resultado de dicho seguimiento mínimamente cada cuatro meses.

El Comité Departamental de Acreditación, a través de un equipo técnico evaluador, debe hacer seguimiento presencial a los establecimientos evaluados por lo menos una vez al año.

2.2.4. GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (19)

A fin de llevar a cabo el proceso de autoevaluación, evaluación y acreditación de un establecimiento de salud el Ministerio de Salud y Deportes emitió el año 2008 una serie de documentos técnico normativos para la Acreditación.

La Guía de Evaluación y Acreditación de establecimientos de salud de Tercer Nivel de Atención y el Manual de evaluación y Acreditación de establecimientos de salud de tercer nivel de atención. El manual establece la explicación del proceso y sus lineamientos. Mientras que la guía se constituye en el instrumento evaluador.

La Guía de Evaluación y Acreditación establece los requisitos básicos y estándares de acreditación medibles, alcanzables y factibles. En cada estándar se determina el propósito, los parámetros de evaluación y medios de verificación, contruidos considerando Estructura, Procesos y Resultados a partir del análisis de la atención al paciente y de la gestión del establecimiento de salud de acuerdo al nivel de complejidad de atención.

Los parámetros de evaluación incorporados en la Guía de Acreditación deben ser verificados por evaluadores autorizados por el Comité Departamental de Acreditación.

La Acreditación refleja un compromiso manifiesto del personal de los establecimientos de salud para mejorar la Calidad de atención al paciente, garantizar un entorno seguro y reducir riesgos para los usuarios externos e internos.

2.2.4.1. REQUISITOS BÁSICOS

Los requisitos básicos son aquellas condiciones mínimas referidas a accesibilidad, infraestructura y servicios básicos que deben estar presentes en forma obligatoria antes de iniciar un proceso de acreditación; su ausencia conlleva a la imposibilidad de ingresar a dicho proceso; estas condiciones deben ser verificadas en el proceso de autoevaluación. (17)

Estos requisitos básicos están referidos a:

1. El establecimiento de salud debe tener por lo menos un año de funcionamiento continuado.
2. Señalización externa e interna

3. La infraestructura del establecimiento debe estar en buenas condiciones de presentación: paredes pintadas y limpias, no descascaradas o con revoque deteriorado, sin humedad ni goteras.
4. Superficies lisas en áreas de circulación restringida.
5. Ausencia de polvo, basura, animales domésticos y vectores.
6. Ausencia de escombros, muebles y equipos dados de baja en dependencias y terrenos aledaños al establecimiento.
7. Disponibilidad de servicios básicos (energía eléctrica, agua potable y medio de comunicación).
8. En establecimientos de Segundo y Tercer nivel de atención, tanques de reserva de agua y motor para restablecer la energía eléctrica en caso de corte de servicios.
9. Personal con identificación, uniforme pulcro y limpio.
10. Instalaciones para circulación vertical de camillas y sillas de rueda (rampas, ascensores) en establecimientos de más de una planta.

2.2.4.2. ESTÁNDARES

Los estándares son patrones referenciales de Calidad utilizados para evaluar condiciones que deben cumplir los establecimientos de salud, se constituyen en la base del Programa de Acreditación, cuyos principios están orientados a mejorar la Calidad de atención en salud. Los estándares se clasifican en obligatorios y opcionales.

Los estándares obligatorios aparecen en negrilla en el Manual y en la Guía de Evaluación, son de cumplimiento obligatorio porque protegen los derechos fundamentales del paciente y su familia, reducen los riesgos en el proceso de atención al paciente y apoyan un entorno seguro de atención. Los estándares opcionales miden procesos, actividades o servicios que no son comunes en todos los establecimientos de salud.

El propósito de los parámetros de evaluación y la importancia en el proceso de atención al paciente y la gestión del establecimiento, argumentando de manera técnica la necesidad de estandarizar los procesos que deben cumplirse y aplicarse para la mejora de la Calidad.

Parámetro de evaluación

Es el elemento que permite evaluar el cumplimiento del estándar. Los parámetros de evaluación fueron elegidos de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos de salud.

Medio de verificación

Es el instrumento, elemento o mecanismo que permite verificar el cumplimiento de los parámetros de evaluación.

Descripción de Estándares en la Guía de Evaluación y Acreditación

La guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud considera dos partes fundamentales:

- Estándares centrados en la atención del paciente
- Estándares de Gestión del establecimiento de salud

Cada grupo de estándares esta subdividido en los siguientes:

Estándares centrados en la atención del paciente:

- Accesibilidad y continuidad de la atención (ACA)
- Evaluación del paciente (atención inicial) (EDP)
- Atención al paciente (AAP)
- Derechos del paciente y su familia (DPF)
- Educación y comunicación al paciente y su familia (EPF)

Estándares de gestión del establecimiento de salud:

- Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento (GLD)
- Formación y calificación del personal (FCP)
- Gestión y mejora de la Calidad (GMC)
- Sistema de vigilancia epidemiológica en establecimientos de salud:
- Prevención y control de las infecciones relacionadas con establecimiento de salud (CIES)

- Manejo de residuos generados en establecimientos de salud (MRES)
- Bioseguridad e higiene laboral (BIOS)
- Gestión de la información (GIN)
- Gestión y seguridad de las instalaciones (GSI)

Estándares centrados en el paciente: atención al paciente (AAP)

El principal propósito de un establecimiento de salud es la atención al paciente. Facilitar la mejor atención que responda a las necesidades específicas de cada paciente, requiere un elevado nivel de planificación y coordinación.

Algunas actividades básicas de atención al usuario externo incluyen:

- Planificar y prestar atención a cada paciente
- Realizar el seguimiento del paciente para analizar los resultados de la atención
- Modificar la atención en caso necesario
- Completar la atención
- Planificar el seguimiento

Los estándares de este apartado evalúan si la atención es integral y oportuna, si el plan para cada paciente se basa en la evaluación de sus necesidades y en las normas vigentes. Puede tratarse de atención preventiva, paliativa, curativa, de rehabilitación o una combinación de ellas. Este apartado considera:

- Atención a los pacientes
- Consulta externa en Odontología
- Enfermería
- Hospitalización
- Atención a los pacientes de alto riesgo y atención de servicios de alto riesgo (Emergencias y urgencias médicas, terapia intermedia o intensiva)
- Anestesia
- Cirugía
- Esterilización
- Gestión de medicamentos (Farmacia)
- Medicina Transfusional

- Alimentación y terapia nutricional
- Radioterapia y quimioterapia
- Medicina Nuclear

2.2.5. SERVICIO DE EMERGENCIAS

Desde hace muchos años el ser humano ha tratado de prolongar la vida, y desde el inicio de la profesión médica el salvar la vida de los pacientes se ha convertido en un punto crucial dentro de las prestaciones en salud. Es por eso que a lo largo del tiempo se han establecido los servicios de emergencia.

Un servicio hospitalario es una unidad en la cual se brindan diferentes prestaciones, el servicio de emergencias es el encargado de atender las situaciones de urgencias y emergencias médicas suscitadas en el contexto prehospitalario e intrahospitalario.

Los servicios de emergencias médicas son unidades importantes dentro de cada nosocomio, estos servicios cuentan con atención ininterrumpida durante todo el año. Para la atención de los pacientes se utiliza el triage como un método de selección y clasificación de pacientes empleado en la medicina de emergencias y desastres; evalúa las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

Proceso de valoración preliminar para clasificar al paciente según orden de gravedad, diferenciando 5 niveles durante el proceso de atención:

- Nivel 1:** resucitación, el color es rojo y el paciente debe recibir atención de forma inmediata.
- Nivel 2:** es una emergencia, color naranja y el tiempo de espera es de 10 a 15 minutos.
- Nivel 3:** es una urgencia, color amarillo, el tiempo máximo de espera es de 60 minutos.
- Nivel 4:** es una urgencia menor, color verde, su tiempo de espera máximo es de 2 horas.
- Nivel 5:** sin urgencia es de color azul con un tiempo máximo de espera de 4 horas.

A manera general existe una categorización de los casos; los casos de urgencia son aquellos casos en los que el paciente no se encuentra en riesgo inminente de muerte, mientras que una emergencia está determinada por el alto riesgo de muerte del paciente, en la cual es menester la actuación inmediata del equipo de salud.

Cabe resaltar que el paciente, al acudir al servicio de emergencias busca una resolución rápida e inmediata de su sintomatología, por tanto, los tiempos de espera no deben alargarse hasta varias horas, sino que la atención debe ser recibida lo más antes posible.

Los servicios de emergencia se encuentran entre los servicios más críticos dado el caso de establecimientos de tercer nivel de atención, puesto que a estos llegan la mayoría de los casos más complejos que no fueron resueltos por los demás niveles del sistema de salud.

2.2.6. NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIAS EN SALUD

El Sistema Nacional de Emergencias en Salud es un conjunto de instituciones integradas públicas y privadas adscritas al Ministerio de Salud que tienen como rol principal la gestión de las urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud, a nivel nacional a través de los Centros Coordinadores de Emergencias de Salud, realizando la prestación de servicios prehospitalarios, interhospitalario y hospitalarios con accesibilidad, oportunidad y Calidad, coordinando el transporte sanitario (aéreo, terrestre y acuático).

La Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, define el diseño esencial de infraestructura, equipamiento y recursos humanos con los que deben contar los Centros Coordinadores de Emergencias en Salud, establece las condiciones y estrategias necesarias destinadas a brindar atención médica pre-hospitalaria e interhospitalaria en casos de emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud.

Al ser una norma nacional su aplicación es obligatoria en todo el Sistema Nacional de Salud articula la referencia de pacientes entre los establecimientos de salud de los tres niveles de atención y coordina el funcionamiento de los servicios de ambulancias (terrestres, aéreas y acuáticas), con todos los subsectores involucrados (medicina tradicional, de privados con y sin fines de lucro, de la Salud Pública y la seguridad social a corto plazo).

El Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Nacional (CCES-N) y el Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Departamental (CCES-D) se constituyen en las instancias de carácter operativo/asistencial, responsables de coordinar, operativizar, regular y monitorear en el ámbito de su jurisdicción el acceso a los servicios de urgencias y emergencias médicas (4).

La Norma Nacional con el propósito de brindar un mejor funcionamiento y articulación propone el establecimiento de tres niveles de gestión:

- Nivel Nacional: rector/normativo y coordinador/operativo interdepartamental e internacional.
- Nivel Departamental: coordinador/operativo a nivel departamental.
- Nivel Municipal: operativo a nivel municipal.

La norma en su estructura describe la estructura orgánica y funcional del Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Nacional (CCES-N), del Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Departamental (CCES-D) y del transporte Sanitario de Emergencias en Salud-Municipal (TSES-M). Así mismo desarrolla el conjunto de bases conceptuales como la atención prehospitalaria, la atención interhospitalaria, el proceso de respuesta, los diferentes códigos de respuesta; diferenciando una serie de flujogramas para el traslado de pacientes y su referencia y/o transferencia a establecimientos de salud.

Esta norma nacional establece el manual de procesos, procedimientos y actividades de la atención de emergencias en salud, enfatizando las funciones específicas de estos Centros Coordinadores de emergencia en los nueve departamentos del país a fin de contribuir en el traslado oportuno de pacientes para su atención, independientemente del nivel de atención al cual son referidos o transferidos.

La referencia no sólo se aboca a los pacientes, sino que también ese proceso se realiza a través de:

- Referencia de órganos o tejidos para trasplantes
- Referencia de sangre o hemo-derivados
- Referencia de muestras biológicas para exámenes de laboratorio
- Referencia de reactivos de laboratorio

Así mismo establece la descripción de los tipos de ambulancia junto a flujogramas de procedimientos específicos como el proceso de traslado, los procesos de referencia, la notificación de efectos adversos y el uso de instrumentos tanto en el establecimiento que refiere como en el establecimiento de salud receptor.

2.3. MARCO CONTEXTUAL

2.3.1. MUNICIPIO DE SUCRE

La ciudad de Sucre, capital de Bolivia está ubicada en el departamento de Chuquisaca en la provincia Oropeza. La población en Sucre el año 2012 según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia fue de 300783 habitantes. (1)

Mientras que para el año 2022 las proyecciones demográficas estimaron una población en Sucre de 360544 habitantes. Entre tanto la población del departamento de Chuquisaca en el último censo del año 2012 fue de 596825 y para el año 2022 fue de 661119 habitantes. (1)

La ciudad de Sucre a nivel salud, se caracteriza por ser el epicentro de todos los hospitales de tercer nivel de atención. En Sucre el sistema de salud está constituido por establecimientos pertenecientes al sector público, a la seguridad social a corto plazo y al sector privado.

En todo el departamento de Chuquisaca existen a la fecha sólo 7 establecimientos de salud pertenecientes al sector público funcionando y sólo un establecimiento perteneciente a la seguridad social a corto plazo, todos de tercer nivel de atención.

Entre estos establecimientos de salud se hallan; el Hospital Santa Bárbara, Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel”, el Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama”, el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, el Instituto Chuquisaqueño de Oncología, el Instituto Psicopedagógico “San Juan de Dios” Ciudad Joven y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Gregorio Pacheco”. No obstante, de estos, cinco son los nosocomios que cuentan con un servicio de emergencias y urgencias médicas.

Al constituirse en el epicentro de atenciones de tercer nivel de atención, son muchos los pacientes que acuden y/o son referidos de los 29 municipios del departamento de Chuquisaca al municipio de Sucre. Así mismo los servicios de Emergencia cubren atenciones provenientes de los departamentos de Potosí y Tarija, entre otros.

Otro aspecto a considerar es que al formar parte del sector público son parte del Sistema Único de Salud que otorga el Seguro Universal de Salud (SUS), brindando prestaciones con atención gratuita y un sistema integrado de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia entre los establecimientos de salud.

Sucre sólo cuenta con un hospital de segundo nivel de atención perteneciente al sector público por lo cual muchos pacientes son referidos del primer nivel directamente al tercer nivel de atención por la necesidad de especialistas y de una atención más completa y de alta especialidad.

2.3.2. HOSPITAL SANTA BÁRBARA

El Hospital Santa Bárbara fue fundado en 1559 por don Bartolomé Hernández. Entre octubre de 2001 hasta abril de 2003 estuvo a cargo de la Congregación Siervas de María, finalmente retornando su administración por el Gobierno Departamental de Chuquisaca. (20)

El hospital Santa Bárbara es un establecimiento público de salud de Tercer Nivel de atención, cuenta con una estructura organizacional con diferentes departamentos, unidades y servicios asistenciales en diferentes especialidades de la medicina.

Tiene como actividad central brindar asistencia integral en salud, con oportunidad y calidad, tanto en promoción, protección, recuperación y rehabilitación, con orientación preventiva, cuyos servicios se proyectan también al ámbito comunitario; tiene consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad.

Así mismo es un servicio hospitalario formador de recursos humanos en diferentes especialidades médicas, en el ámbito de la salud y en el área administrativa, por lo que cuenta con un Programa de Residencia médica a cargo del Departamento de Docencia e Investigación.

El Hospital Santa Bárbara cuenta con 752 funcionarios bajo diferentes modalidades de contrato y fuentes de financiación, distribuidos en sus diferentes servicios.

Se estima que se atienden por día entre 300 y 400 pacientes en consulta externa, en el área de hospitalización se cuenta con 91 camas de internación, 12 cubículos para diálisis además

de 9 cubículos de emergencias adultos. En una semana circulan alrededor de 3000 a 5000 personas por la unidad hospitalaria.

Misión

“Santa Bárbara es un hospital público de tercer nivel, que otorga atención de salud a la población, con equidad, eficacia, eficiencia, Calidad, calidez y competitividad; brindando confianza y credibilidad al paciente, con personal capacitado y calificado, trabajando en equipo; con infraestructura, equipamiento, tecnología de punta, docencia e investigación y con un sistema de información que permite la toma de decisiones”

Visión

“Ser el mejor Hospital Modelo de tercer nivel, referente nacional, con gestión sanitaria asistencial de excelencia, brindando atención de Calidad y calidez a los pacientes, realizando docencia e investigación con proyección social”

Las especialidades médicas que brinda son cardiología, cirugía general, cirugía plástica, dermatología, endocrinología, gastroenterología, ginecología, hematología rehabilitación, medicina física y rehabilitación, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, psiquiatría, reumatología, traumatología, Fonoaudiología, Geriatria, urología, anestesiología, cirugía vascular, terapia intensiva, Emergencia adultos, Urgencias y Emergencias pediátricas entre otras especialidades.

2.3.2.1. SERVICIO DE EMERGENCIAS ADULTOS

El servicio de emergencias fue construido con el apoyo del SEDES Chuquisaca y el apoyo del Dr. Antonbel en el año 1998.

La estructura organizacional del servicio está conformada por 86 funcionarios, entre los que están 3 emergentólogos, 6 médicos internistas, 9 cirujanos generales, 12 licenciadas en enfermería, 5 auxiliares de enfermería, 7 trabajadoras sociales, 8 farmacéuticas, 7 personas en informaciones, 7 personas en cajas, 4 personas en el área de estadística, 10 camilleros, 7 manuales y 2 policías.

Todo este personal institucional cubre la atención de 24 horas durante todos los días del año bajo roles de turnos establecidos para cada especialidad y/o área de trabajo. Así mismo cuenta

con 14 paramédicos voluntarios destinados a coadyuvar en la atención prehospitalaria del servicio de emergencias.

Dentro de su organización gerencial; el Servicio de Emergencias cuenta con un Jefe de Servicio a cargo de un médico cirujano emergentólogo, del cual dependen los Responsables de Enfermería, de Farmacia, de Trabajo Social, de Informaciones, de Estadística, de Cajas, Responsable de los Camilleros y Responsables de la Atención Prehospitalaria.

Cuenta con 9 cubículos distribuidos de la siguiente manera:

TABLA N° 2
ORGANIZACIÓN DE CUBICULOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS
HOSPITAL SANTA BÁRBARA. GESTIÓN 2023

N° DE CUBÍCULO	CÓDIGO ASISTIDO
1	Shock room (código rojo)
2	Código amarillo
3	Código amarillo
4	Código amarillo
5	Código amarillo
6	Código amarillo
7	Shock room (código rojo)
8	Código amarillo
9	Código amarillo

Fuente.- Elaboración propia en base a Plano del servicio de Emergencias. 2023

La sala de atención cuenta con 9 camas, de las cuales la mayoría cuenta con sus propios monitores y máquinas de ventilación mecánica, camillas, carros de paro y otros equipos necesarios para su funcionamiento. Se realiza atención a pacientes no críticos, críticos y aquellos que requieran atención en UTI.

Así mismo se cuenta con varios ambientes destinados a consultorios de emergencia y dependencias administrativas en las que se admite al paciente de emergencia, se atiende y se procede a la resolución de la patología de emergencia.

CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS:

SISTEMA RESPIRATORIO

- Hemoptisis, disnea del adulto independiente de la etiología
- Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica reagudizada, Asma agudo.
- Neumonía típica, atípica, asociada a los cuidados de la salud.
- Neumotórax espontáneo, hemotórax, derrame pleural.
- Intubación endotraqueal o potencial necesidad de intubación endotraqueal de emergencia y de ventilación mecánica, independientemente de la etiología
- Enfermedad pulmonar grave rápidamente progresiva o de la vía aérea inferior o superior, con riesgo de progresión a fallo respiratorio y/o a obstrucción total
- Elevados requerimientos de oxígeno suplementario ($FiO_2 \geq 0,5$), independientemente de la etiología

SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Sincope, dolor torácico
- Síndrome coronario agudo
- Shock, independientemente de la etiología
- Post-resucitación cardiopulmonar
- Arritmias cardíacas
- Taquicardias potencialmente letales, bradicardias sintomáticas.
- Insuficiencia cardíaca congestiva inestable, con o sin necesidad de ventilación mecánica
- Enfermedad cardíaca congénita con estado cardio-respiratorio inestable
- Necesidad de marcapasos cardíaco permanente
- Hipertensión arterial
- Hipertensión arterial grave que requiere terapia Intravenosa
- Taponamiento cardíaco establecido o inminente
- Oclusión arterial periférica.

INFECCIOSO

- Sepsis
- Shock séptico con SDMO (Síndrome de Disfunción Multiorgánica)
- Infecciones en la piel y partes blandas.
- Meningitis y/o encefalitis con deterioro del nivel de conciencia o manifestaciones sistémicas graves.
- Infección o absceso que por su localización, extensión o estado clínico del paciente comprometan o puedan potencialmente comprometer gravemente el funcionamiento de al menos un órgano o sistema vital o de la vía aérea.
- Infección grave en paciente con inmunosupresión de origen congénito o farmacológico
- Enfermedades infecciosas cuya conocida evolución natural y/o potenciales complicaciones sean potencialmente letales o amenacen la disfunción grave de al menos un órgano o sistema vital.
- Pacientes diagnosticados de PVVS

NEUROLÓGICO

- Cefalea, mareos y vértigo independiente de la etiología.
- Alteración aguda del estado neurológico en adultos.
- Convulsiones que no responden al tratamiento o que requieren infusión continua de agentes anticonvulsivantes, incluyendo el estatus epiléptico.
- Pacientes con convulsiones que muestren inestabilidad de los signos vitales
- Alteración aguda y/o grave del sensorio donde el deterioro o depresión neurológica es probable o impredecible, o coma con compromiso vital
- Tras procedimientos quirúrgicos que requieren monitorización invasiva u observación clínica estrecha y continuada; Graduación Glasgow del Coma < 13.
- Inflamación o infecciones agudas de la médula espinal, meninges o cerebro que se acompañan de depresión neurológica, alteraciones metabólicas y hormonales, compromiso hemodinámico y/o respiratorio
- Traumatismo encefalocraneano con incremento de la presión intracraneal

- Cualquier condición preoperatoria neuroquirúrgica que se acompañe de deterioro neurológico.
- Compresión de la médula espinal establecida o inminente.
- Hemorragia intraventricular externa o edema cerebral evidenciado por imagen
- estado mental o deterioro de la Graduación Glasgow del Coma.
- Accidente isquémico transitorio
- Accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico
- Hemorragia intracerebral
- Meningitis
- Neuropatías periféricas

HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA

- Cualquier patología hematooncológica descompensada grave, sea por complicaciones del tratamiento específico o infecciones intercurrentes (sepsis, neutropenia febril alto riesgo)
- Coagulopatía grave
- Anemia grave que resulta en compromiso hemodinámico y/o respiratorio
- Masas o tumores que comprimen o amenazan con comprometer vasos vitales, órganos o la vía aérea.
- Pancitopenia, leucemia.

NEFROLOGÍA

- Insuficiencia renal aguda o crónica
- Nefropatías
- Pacientes que requieren hemodiálisis aguda y crónica re agudizada
- Rabdomiólisis aguda con insuficiencia renal

ENDOCRINOLOGIA – MEDIO INTERNO

- Hipoglucemia en el adulto.
- Cetoacidosis diabética y estado hipoglucémico hiperosmolar en el adulto.

- Trastornos del equilibrio ácido – base.
- Otras anormalidades electrolíticas graves, tales como: Hiperkalemia que requiere monitorización cardíaca e intervención terapéutica aguda. Hipo- o hipernatremia. Hipo- o hiperglicemia que requiere monitorización intensiva. Acidosis metabólica grave que requiere infusión de bicarbonato, monitorización intensiva o intervención compleja. Situaciones clínicas con anormalidades agudas graves establecidas o potenciales de los iones divalentes: fósforo, calcio o magnesio. Si se requiere una intervención compleja para mantener el balance de fluido.
- Mal agudo de montaña

GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal, náuseas y vómito independiente de la etiología.
- Enfermedad diarreica aguda con o sin deshidratación
- Hemorragia digestiva alta y/o baja, sangrado gastrointestinal agudo grave que conduce a inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria
- Fallo hepático agudo que conduce o potencialmente pueda conducir a coma o inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
- Pancreatitis aguda
- Colecistitis aguda
- Síndrome icterico obstructivo
- Ascitis
- Peritonitis bacteriana espontanea

UROLÓGICO

- Cólico renal
- Infección del tracto urinario, pielonefritis
- Hematuria
- Retención urinaria aguda
- Torsión testicular
- Trauma del árbol urinario

INMUNOLOGÍA

- Anafilaxia
- Urticaria
- Reacciones adversas a medicamentos

TOXICOLOGÍA

- Intoxicación por abuso de drogas y/o fármacos
- Intoxicación por alcohol
- Intoxicación por monóxido de carbono
- Intoxicación por cáusticos
- Intoxicación por organofosforados, carbamatos.
- Animales ponzoñosos (loxosceles, laeta, Latrodectus mactans/viuda negra, alacranes, mordedura de serpiente).

OTORRINOLARINGOLOGÍA

- Sinusitis
- Epistaxis
- Faringitis, amigdalitis

TRAUMA

- Triage en el servicio de emergencias
- Triage telefónico en coordinación con centro de referencias
- Atención inicial al paciente poli traumatizado pre hospitalaria y hospitalaria
- Shock en trauma
- Trauma encéfalo craneano leve, moderado y grave.
- Trauma raquímedular
- Trauma maxilofacial
- Trauma ocular
- Trauma vascular

- Trauma torácico, tórax inestable, contusión pulmonar, hemo - neumotórax
- Trauma abdominal cerrado, abierto síndrome compartimental abdominal.
- Traumatismo pelviano, ano rectales, fracturas de pelvis.
- Trauma de piel y partes blandas, síndrome compartimental en extremidades
- Síndrome por aplastamiento
- Fracturas frecuentes,
- Trauma articular
- Atención de pacientes quemados con o sin compromiso de vía aérea
- Quemaduras por electrocución
- Cirugía de control de daño
- Hipotermia.

QUIRÚRGICO

Pacientes potencialmente quirúrgicos en estado de enfermedad grave y/o que requieren monitorización continuada y/o que potencialmente requieran intervención o monitorización invasiva y/o que se acompañen o potencialmente se puedan acompañar de fallo o disfunción grave de al menos un órgano, aparato o sistema vital. Incluye, pero no está limitado a las siguientes situaciones:

- Cirugía cardiovascular
- Cirugía torácica
- Neurocirugía y procedimientos relacionados
- Cirugía mayor vía aérea - maxilofacial - plástica
- Cirugía ortopédica y columna
- Cirugía general que se acompañe de inestabilidad respiratoria y/o hemodinámica abdomen agudo quirúrgico Hernias, Oclusión intestinal alta o baja, peritonitis apendicitis, perforación de víscera hueca
- Poli traumatizados - Gran Quemado
- Pérdida sanguínea masiva ya sea durante la cirugía o durante el periodo postoperatorio
- Manejo de vía aérea en el adulto
- Cricotiroidotomía
- Drenaje torácico

- Ventilación invasiva y no invasiva
- Accesos arterial y venoso
- Afectación multiorgánica y sistémica

2.3.2.2. SERVICIO DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS PEDIÁTRICAS

La consolidación del Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Santa Bárbara data de los años 90, ya que primeramente médicos realizaban atención pediátrica alrededor del año 1960 hasta el año 1977, posteriormente con la implementación de turnos para pediatría se redujo la mortalidad del 20% al 3%, estableciéndose así en el año 1990 el Servicio de Urgencias y Emergencias Pediátricas.

El servicio cuenta actualmente con 5 camas y 2 camillas, 1 monitor multiparamétrico completo que mide la totalidad de signos vitales y 4 monitores adicionales. El número de atenciones del servicio por mes asciende a aproximadamente 900 a 1000 pacientes entre neonatos y pacientes pediátricos.

Los turnos comprenden 12 horas en el área de medicina y 6 horas en el área de enfermería, siendo principalmente un médico pediatra y 1 enfermera quienes están a cargo del turno.

CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS

- Transferencias y atención de Referencias patologías diversas.
- Atención de pacientes Pre y Post quirúrgicos.
- Patologías oftalmológicas, traumatológicas y otorrino para posterior transferencia al Hospital del Niño.
- Admisión de pacientes referidos, provinciales, departamentales e interdepartamentales para atención de 3er Nivel.
- Realización de Interconsultas, con Subespecialidades.

PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

- Terapia de rescate de, Nebulizaciones, administración de Adrenalina y B2 de Patologías laríngeas Bronco obstructivas.

PATOLOGIAS NEUROLOGICAS

- Manejo de epilepsia y crisis convulsiva y/o transferencia a terapia Intensiva.
- Manejo de Traumatismo Craneoencefálico, leve, moderado y grave y posterior transferencia a UTIP.

PATOLOGIAS TRAUMATOLOGICAS

- Inmovilización de Fracturas Oseas.
- Atención de Poli trauma, por hechos de tránsito.

CURACIONES Y SUTURAS Y OTROS PROCEDIMIENTOS

- Curaciones simples, medianas y complejas.
- Curación de quemaduras de 1er y 2do grado y posterior y transferencia.
- Suturas discontinuas, punto simple, sutura de esquina y de Laceración de cuero cabelludo.
- Extracción de cuerpos extraños, de fosas nasales, conducto auditivo externo.
- Colocación de Sonda vesical, Nasogástrica.
- Lavado Gástrico, pacientes intoxicados.
- Atención de pacientes politraumatizados y por hechos de tránsito.
- Estabilización de pacientes críticos para posterior internación en UTIP.
- Manejo de pacientes con deshidratación leve, moderada y grave.
- Atención de patologías más frecuentes respiratorias, digestivas y urinarias.

2.3.3. HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO Y NEONATAL “DR. JAIME SÁNCHEZ PÓRCEL”

El 27 de mayo de 1978 se inaugura el Hospital Único de Sucre y empieza a funcionar como Pabellón Gineco Obstétrico de la Mujer, y por iniciativa de la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia Filial Sucre y a través de la Resolución N° 1099/88 se convierte a lo

que se conoce actualmente como Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal Dr. Jaime Sánchez Pórcel en honor a un maestro chuquisaqueño de la ginecología y obstetricia. (21)

El Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel” fue creado el año 1978, cuando la población de Sucre contaba con 85.000 habitantes. (21)

Misión

“Brindar atención integral a la mujer y al recién nacido (a), respetando los derechos humanos, con enfoque a la salud familiar, comunitaria, intercultural y de género, coadyuvando en la formación de recursos humanos en salud”

Visión

“Ser el mejor instituto especializado de Bolivia de alta capacidad resolutive en la atención integral a la mujer y al recién nacido, con excelencia en investigación y formación de recursos humanos en salud”

Brinda los servicios de: Ginecología obstetricia, medicina interna, genética médica, neonatología, fisioterapia, nutrición, psicología, laboratorio, se realiza la prueba del talón y electrocardiograma. Recientemente se reabrió el servicio de terapia intensiva.

SERVICIO DE EMERGENCIAS

El servicio de emergencias juega un papel crucial en la atención médica de emergencia relacionada con la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el postparto, además de las patologías ginecológicas propiamente dichas.

La estructura organizacional del servicio está conformada por funcionarios, entre los que están los ginecólogos obstetras, médicos especializados en la atención de la salud de la mujer, tanto durante el embarazo como en otros aspectos relacionados con la ginecología y obstetricia.

Por lo que los ginecólogos obstetras son responsables de evaluar y tratar a las pacientes que llegan a la sala de emergencias con problemas ginecológicos u obstétricos según rol de turnos establecido.

Las enfermeras especializadas en ginecoobstetricia están especializadas en el cuidado de mujeres embarazadas y en el manejo de situaciones de emergencia relacionadas con la salud ginecológica y obstétrica.

A esta estructura coadyuvan en el proceso de atención el personal de laboratorio, radiología e imagenología que coadyuvan en el diagnóstico de emergencia, además de personal de apoyo y administrativo.

Dentro de su organización gerencial; el servicio de emergencias cuenta con un Jefe de Servicio a cargo de un médico ginecólogo, del cual dependen los Responsables de Enfermería y personal administrativo bajo su dependencia.

La infraestructura física establece la distribución de varios ambientes médicos y administrativos a saber; 2 cubículos de emergencia, 1 sala de partos de emergencia y 2 dependencias administrativas que permiten la atención de emergencias en ginecología y obstetricia.

Dentro de su cartera de servicios se establece:

- Atención a emergencias obstétricas: Como hemorragias postparto, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, entre otras complicaciones que pueden surgir durante el embarazo o el parto.
- Evaluación y Triage: Se realiza una evaluación inicial y un triage para determinar la gravedad de la condición del paciente y proporcionar la atención adecuada en el tiempo más breve posible.
- Coordinación con otros médicos: El servicio de emergencias mantiene estrecha relación con los servicios de terapia intensiva neonatal, la unidad de cuidados intensivos, el departamento de ginecología y otras áreas
- Apoyo emocional y educación: Además de brindar atención médica, el servicio de emergencias trabaja para mantener informada a la paciente sobre los procedimientos médicos necesarios y el seguimiento posterior.

2.3.4. INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGÍA BOLIVIANO JAPONÉS

El Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés Sucre se creó el 22 de marzo del año 1980, gracias al apoyo de (JICA) la Agencia de Cooperación Internacional del Japón y los impulsores en aquel tiempo fueron los médicos Roberto Muñoz Vaca Guzmán y Gerardo Ríos. (22)

A nivel nacional existen 3 institutos gastroenterológicos, uno de ellos inaugurado el año 1979 en la ciudad de La Paz, el segundo inaugurado el año 1980 en Sucre la capital, y el tercero en Cochabamba el año 1981. (22)

El Instituto De Gastroenterología Sucre Boliviano-japonés que fue construido por donación de Japón en 1980 y desde entonces ha cooperado a la tecnología como la capacitación de los médicos bolivianos en el país de Japón y el envío de médicos japoneses a Bolivia. (22)

Actualmente, cuenta con 250 trabajadores, entre médicos especialistas en gastroenterología, médicos gastroenterólogos cirujanos, médicos intensivistas para la unidad de cuidados críticos, médicos generales que hacen trabajo administrativo en el Seguro Universal de Salud (SUS); bioquímicas, laboratoristas, farmacéuticas, radiólogos, imagenólogos, ecografistas, enfermeras (entre licenciadas y auxiliares), choferes y porteros.

Dentro de la cartera de servicios que oferta el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés están los servicios de:

- Gastroenterología clínica: Gastritis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hemorragia digestiva, pancreatitis, ictericia obstructiva, diarrea, fecaloma, vólvulo, trastornos hepáticos, úlceras gástricas y duodenales.
- Cirugía: Cirugías programadas y de urgencias del aparato digestivo, cirugías laparoscópicas de vesícula, vías biliares, esófago, estómago y hernias, tratamiento quirúrgico y manejo del abdomen agudo, enfermedades y cirugías ano rectales.
- Unidad de terapia intensiva
- Estudios complementarios de diagnóstico: ecografía, endoscopía diagnóstica y terapéutica colonoscopia diagnóstica y terapéutica, E.R.C.P., colon por enema, serie E.E.D., tránsito intestinal, resonancia magnética nuclear.
- Servicio de enfermería
- Servicio de laboratorio clínico

- Servicio de farmacia
- Servicio de nutrición y dietética
- Servicio de psicología
- Servicio de fisioterapia y rehabilitación

SERVICIO DE EMERGENCIAS

Antecedentes hospitalarios evidencian que por la urgencia médica en la especialidad de gastroenterología a partir de 2017 se decide abrir el Servicio de Urgencias diferidas. Cuya característica en su estructura organizacional está circunscrita en 1 ambiente. Los turnos en el servicio son cubiertos por un cirujano gastroenterólogo y un gastroenterólogo clínico. Estas atenciones se circunscriben a la atención de urgencias gastroenterológicas de acuerdo al rol de turnos establecido.

2.3.5. HOSPITAL DEL NIÑO “SOR TERESA HUARTE TAMA”

El hospital del Niño “Sor Teresa Huarte” fue creado en fecha 6 de febrero de 2013, en la zona de Lajastambo D-3 de Sucre, con la finalidad principal de brindar atención médica especializada a niños y niñas.

La gran mayoría de los usuarios externos que asisten al establecimiento provienen de comunidades y barrios cercanos a la zona: Punilla, Potolo, Ravelo y Chaunaca. Los mismos reciben atención médica gratuita a través del Sistema Único de Salud.

Es un hospital de tercer nivel que ofrece prestaciones a toda la población infantil menor de 13 años. Actualmente el hospital brinda los servicios de pediatría, infectología, cirugía infantil, cirugía maxilofacial, cirugía plástica, traumatología endocrinología, dermatología, odontopediatría, odontología, psicología, nutrición, kinesiología y fisioterapia, neurocirugía, cardiología, urología, hematología y nefrología.

SERVICIO DE EMERGENCIAS

La primera causa de asistencia en el servicio de emergencias son las infecciones respiratorias y diarreicas agudas, dependiendo de la temporada climática.

Después de las infecciones, se suscitan con frecuencia las fracturas, una gran cantidad de los menores de edad suelen ser llevados por fracturas debido a descuidos, ya que los accidentes

de tránsito no son considerados dentro de estas estadísticas por su atención a través del SOAT. (23)

Debido a la demanda de tratamiento quirúrgico de las fracturas, en el hospital se cuenta con 4 traumatólogos. La aspiración de cuerpos extraños es otro diagnóstico frecuente en el Hospital del Niño en las que un niño aspira algún objeto o alimento con el riesgo inminente de fallecimiento. (23)

La estructura organizacional establece la presencia de un médico responsable del servicio y la atención es cubierta por un médico especialista de turno durante 12 horas. Cuenta con 6 cubículos de emergencia, uno para pacientes críticos, cuatro cubículos de observación y uno de curación.

Respecto al equipamiento e insumos en emergencia pediátrica cuentan con 1 carro de paro, 2 monitores multiparamétricos, 2 ambulancias e insumos indispensables en el proceso de atención en emergencia pediátrica.

2.3.6. INSTITUTO CHUQUISQUEÑO DE ONCOLOGÍA (ICO)

Comenzó en octubre del año 2015 como Departamento Integral de Oncología (DIO), iniciando actividades en el Instituto Gastroenterológico Boliviano-Japonés. Ahora como ICO atiende en la ex facultad de Enfermería cedida por la universidad San Francisco Xavier, ubicada al lado del hospital Santa Bárbara. (24)

SERVICIO DE EMERGENCIAS

El Servicio de Emergencias del Instituto Chuquisaqueño de Oncología (ICO), presta atención de emergencia las 24 horas del día. Dentro de su estructura organizacional cuenta con 2 licenciadas de enfermería que cubren las 12 horas de atención, las otras 12 horas son cubiertas por el personal de turno de internación.

En cuanto a equipamiento cuenta con 5 camas, 2 carros de curación, 1 carro de paro y 2 monitores. De acuerdo a la eventualidad de la emergencia y el horario el paciente es atendido por diferentes médicos que se encuentran en el hospital.

Sin embargo, si la emergencia ocurre fuera de los horarios es la enfermera y una auxiliar quienes cubren emergencias y el médico acude a llamado.

Mantiene coordinación estrecha con los diferentes servicios del Instituto como la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos a fin de contribuir en el proceso de atención de la emergencia presentada. La prevalencia más alta de casos asistidos es por dolor oncológico crónico.

Dentro de la cartera de servicios que ofrece están las atenciones en consulta externa en:

- Oncología clínica
- Patología mamaria
- Cirugía general y cirugía oncológica
- Cirugía mini invasiva – hepatobiliar
- Cirugía maxilofacial de cabeza y cuello
- Ginecología oncológica
- Medicina interna
- Psiquiatría
- Psico oncología
- Otorrinolaringología
- Traumatología oncológica
- Anestesiología
- Nutrición
- Estomatología oncológica
- Medicina física y rehabilitación
- PADOP (Programa de Atención Domiciliaria Oncológica Paliativa)

Y los servicios de internación, quirófano, enfermería, tratamientos oncológicos, ecografía, laboratorio clínico, anatomía patológica y farmacia.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo y es de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal desarrollado en 6 Servicios de Emergencia de 5 hospitales de Tercer Nivel de atención.

Estudio cuantitativo en la utilización de métodos y técnicas que recurren a la recolección de datos con base a la medición numérica y al análisis estadístico para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de Acreditación.

Observacional pues a través de la percepción directa del objeto de investigación, ha permitido conocer la realidad del cumplimiento de requisitos básicos y estándares de cumplimiento obligatorio en los Servicios de Emergencia de los cinco establecimientos de la Salud dependientes del SEDES Chuquisaca.

Transversal, porque las mediciones de la exposición y de su efecto han sido identificadas en un mismo tiempo; en el periodo comprendido entre los meses de enero y diciembre de 2023.

3.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se han empleado técnicas de investigación como encuestas; aplicadas al personal institucional de los 5 establecimientos de salud de tercer nivel de atención incluido el personal de los Servicios de Emergencia, a fin de recolectar información cuantitativa (ANEXO N° 2).

La aplicación de cuestionarios se ha desarrollado durante diez días en horarios diferenciados durante el mes de diciembre de 2023.

Así mismo la aplicación de la “Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención” (ANEXO N° 1 y ANEXO N° 3), documento técnico normativo del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Boliviano aprobada por Resolución Ministerial N° 0090 para el desarrollo de procesos de autoevaluación de servicios con la finalidad de calificar para su Acreditación.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.3. Población y Muestra Para las Encuestas

Para la aplicación de cuestionarios dirigidos al personal institucional la población ha estado conformada por 1093 funcionarios de planta distribuidos de la siguiente manera: Hospital Santa Bárbara 721 funcionarios, Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel” 125 funcionarios, el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés con 98 funcionarios, el Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama” con 80 funcionarios y el Instituto Chuquisaqueño de Oncología con 69 funcionarios.

Población: 1093 funcionarios de planta de 5 establecimientos de salud de tercer nivel de atención.

Muestra: 103 Funcionarios de planta.

Para la aplicación de cuestionarios dirigidos al personal institucional, la muestra ha sido determinada a través del empleo de fórmula para poblaciones finitas con un desvío del 4 % y un intervalo de confianza del 95 %. Estableciéndose el siguiente cálculo:

N = Total de población (1093)

$Z^{2\alpha/2}$ = Intervalos de confianza 95 % (1,96)

Valor de p = 0,95 %

Valor de q = 0,05 %

D = Desv. Estándar (4%)

$$n = \frac{Z^{2\alpha/2} \times p \times q \times N}{d^2 (N - 1) + Z^{2\alpha/2} \times p \times q}$$

Sustituyendo los valores tenemos:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.95 \times 0.05 \times 1093}{0.04^2 (1093 - 1) + 1.96^2 \times 0.95 \times 0.05}$$

$$n = \frac{199.446268}{1.929672}$$

$$n = 103.357 = 103$$

A fin de extraer los 103 funcionarios institucionales se procedió al cálculo muestral en cada establecimiento de salud a fin de contar con la muestra total de sujetos bajo el siguiente cálculo por conglomerado unietápico:

TABLA N°3
POBLACIÓN Y MUESTRA PARA LAS ENCUESTAS EN ESTABLECIMIENTOS DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023

N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	POBLACIÓN	MUESTRA
1	Hospital Santa Bárbara	721	68
2	Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez PórceI”	125	12
3	Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés	98	9
4	Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama”	80	8
5	Instituto Chuquisaqueño de Oncología	69	6
	TOTAL	1093	103

Fuente.- Elaboración propia.

El muestreo por conglomerados, también conocido como muestreo por racimos, es un procedimiento de muestreo probabilístico en que los elementos de la población son seleccionados al azar en forma natural por agrupaciones (clusters). Los elementos del muestreo se seleccionan de la población de manera individual, uno a la vez.

3.3.4. Población para la aplicación de la “Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención”

Para el caso de la aplicación de la Guía de evaluación de estándares; la población ha estado conformada por todos los servicios de emergencia de establecimientos de salud de Tercer Nivel de Atención del municipio de Sucre, los cuales han sido en número de seis.

El servicio de Emergencias para la población adulta y el servicio de Urgencias/Emergencias pediátricas del Hospital Santa Bárbara, el servicio de Emergencias del Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel”, del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, del Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama” y del Instituto Chuquisaqueño de Oncología.

3.4. MUESTREO

3.4.1. Técnica de Muestreo para la aplicación de encuestas

Para la aplicación de cuestionarios dirigidos al personal institucional la técnica de muestreo a previsto el muestreo por conglomerados, empleando como referencia la nómina del personal de planta de los 5 establecimientos de salud de tercer nivel de atención discriminados de la siguiente manera: Hospital Santa Bárbara 721 funcionarios, Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel” 125 funcionarios, el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés con 98 funcionarios, el Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama” con 80 funcionarios y el Instituto Chuquisaqueño de Oncología con 69 funcionarios. Haciendo un total de 1093 funcionarios de planta.

3.4.2. Técnica de Muestreo para la aplicación de la “Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención”

Para el caso de la aplicación de la Guía de Evaluación y Acreditación no se ha establecido técnica de muestreo, dado que se ha aplicado el instrumento de evaluación de estándares a la población total conformada por los 6 servicios de emergencia de los 5 Hospitales de tercer nivel de atención.

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1. Criterios de selección para la aplicación de encuestas

Criterios de inclusión

- Funcionarios con ítem.

Criterios de exclusión

- Funcionarios con antigüedad menor a un año.
- Funcionarios que no deseen participar del estudio.

- Funcionarios que se encontraban con permiso.

3.5.2. Criterios de selección para la aplicación de la “Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención”

Criterios de Inclusión

- Servicio de emergencias que pertenezcan a establecimientos de salud de tercer nivel de atención.
- Servicios de emergencias de establecimientos de tercer nivel de atención pertenecientes al sector público.
- Servicios de emergencias no Acreditados.

Criterios De Exclusión

- Servicios de emergencias en los cuales no se otorgó el permiso correspondiente para realizar el estudio.
- Servicios de emergencias cuyas autoridades posteriormente declinaron ser partícipes de la investigación.
- Servicios de emergencia con menos de 1 año de funcionamiento.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue conducido de acuerdo a normas legales vigentes en el país como la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, las Normas Nacionales del Ministerio de Salud y Deportes, el Decreto Supremo N° 29601, su Reglamentación, la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, las normas internas relacionadas con el Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) así como el Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención.

Para la realización del estudio en primera instancia se procedió a pedir el permiso correspondiente a las máximas autoridades de los hospitales y a los jefes de los diferentes servicios de emergencias, explicándoles los objetivos y alcances del estudio para que procedan a la autorización para la aplicación de los instrumentos de investigación.

El respeto a las personas tanto al momento de solicitar el permiso, así como al momento de realizar la aplicación de los instrumentos se ha constituido en una de las premisas del desarrollo ético de la investigación.

La búsqueda del bien y de la mejora continua de la Calidad de los Servicios de Emergencia a través del proceso evaluativo de la medición del cumplimiento de estándares para Acreditación, ha permitido el empoderamiento del nivel gerencial, así como del nivel operativo de los servicios de Emergencia.

Los procedimientos desarrollados que han garantizado los aspectos éticos de la investigación han estado referidos a:

- La confidencialidad resguardando los nombres y apellidos de los jefes y personal de los servicios de emergencia además de sus máximas autoridades ejecutivas.
- Consentimiento previo para acceder a los Servicios de Emergencia.
- Respeto a las creencias, costumbres y desarrollo organizacional institucional.
- Participación de 2 supervisores médicos emergentólogos ajenos a la institución, para la revisión, verificación y análisis del llenado de los instrumentos de evaluación del cumplimiento de estándares pre establecidos de Servicios de Emergencia para Acreditación.
- Participación de 6 jefes de Servicio de Emergencias en el proceso evaluativo de cumplimiento de estándares pre establecidos para Acreditación de servicios de Emergencia.
- La autonomía ya que las instituciones decidieron si formar parte del estudio o retirarse en el momento que así lo consideren.

La principal dificultad encontrada para la realización del estudio, fue el tiempo horario de trabajo de algunos funcionarios emergentólogos de nivel gerencial y operativo, así como los paros inesperados suscitados en el sector salud que incidieron en el retraso de alguna recolección de información; se constituyeron en principales limitantes en el desarrollo de la investigación.

3.7. PRUEBAS BIOESTADÍSTICAS

En el presente estudio se ha utilizado técnicas de recolección de información; por una parte, la entrevista y la observación directa, aplicando la “Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención” (ANEXO N° 1), misma que es un documento técnico normativo proveniente del Ministerio de Salud y Deportes aprobada por Resolución Ministerial N° 0090 del 26 de febrero de 2008.

La guía oficial comprende un listado de requisitos básicos seguidos de varios grupos de estándares que son evaluados en conjunto a la hora de realizar una autoevaluación previa a la acreditación. Los grupos comprendidos en la Guía son:

- Accesibilidad y continuidad de la atención ACA
- Evaluación del paciente EDP
- Atención a los pacientes AAP
- Derechos del paciente y su familia DPF
- Educación y comunicación al paciente y a su familia EPF
- Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento GLD
- Formación y calificaciones del personal FCP
- Gestión y mejora de la calidad GMC
- Sistema de Vigilancia epidemiológica en establecimientos de salud CIES
- Manejo de residuos generados en establecimientos de salud MRES
- Bioseguridad BIOS
- Gestión de la información GIN
- Gestión y seguridad de las instalaciones GSI

Y cada grupo se subdividió en diferentes estándares (obligatorios y opcionales), éstos a su vez se subdividieron en parámetros de evaluación con un puntaje de 1 cuya significancia implicaba su cumplimiento (sí cumple) y un puntaje de 0 que indicaba su incumplimiento (no cumple). Del total de estándares evaluados se determinó el porcentaje de cumplimiento en cada uno de los servicios de emergencia objeto de estudio.

Para la presente investigación el proceso evaluativo en su primera parte; se concretó en la evaluación del cumplimiento de los requisitos básicos, mientras que en la segunda parte se

evaluó el cumplimiento de los estándares pre establecidos para servicios de emergencias, los cuales se encuentran en el grupo de Atención a los Pacientes AAP en *“Servicios de atención de pacientes de alto riesgo”*. En el cual existen 17 parámetros de evaluación, exclusivos para los Servicios de Emergencias, en el que cada parámetro cuenta con sus respectivos medios de verificación.

Así mismo la aplicación de Guías de Evaluación para la identificación del grado de cumplimiento de estándares pre establecidos para Acreditación de Servicios de Emergencia, han sido aplicadas durante sesenta días, procediendo a la observación y verificación documentada de cada estándar básico y obligatorio.

Posterior a la evaluación se ha realizado la centralización de todos los datos obtenidos en el programa SPSS Versión 25.0, a fin de concretar resultados en correspondencia a los objetivos específicos planteados en la investigación.

Para el caso de las encuestas aplicadas al personal institucional de planta se ha previsto la tabulación de datos estadísticos en el Programa SPSS Versión 25.0 a fin de identificar frecuencias absolutas y relativas relacionadas a las acciones realizadas para afrontar el proceso de Acreditación dentro de los servicios de Emergencia, así como la aplicación de normas de evaluación y Acreditación, la dotación de equipamiento, insumos, infraestructura, Recursos Humanos y la frecuencia de procesos de autoevaluación para Acreditación.

3.8. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

El control de la Calidad y análisis de datos ha sido establecido a través de la selección de instrumentos debidamente llenados según instructivo y en correspondencia a la Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención del Ministerio de Salud y Deportes.

- Se observó y se verificó el mismo indicador al principio y al final para obtener el mismo tipo de información. El análisis de los indicadores ha proporcionado una idea de la consistencia y fiabilidad de las respuestas a ser registradas en el instrumento de medición.

- Se recurrió a 2 supervisores médicos emergentólogos ajenos a la institución, para la revisión, verificación y análisis del llenado de los instrumentos de evaluación del cumplimiento de estándares pre establecidos de Servicios de Emergencia para Acreditación.

Para los instrumentos de evaluación tanto para la aplicación de la Guía de evaluación y acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención como para la aplicación de encuestas dirigidas a funcionarios institucionales de planta; se ha procedido a la recodificación del porcentaje de los resultados a fin de asegurar de que no existan errores de registro y/o de clasificación. Examinándose y revisando que no existan valores, códigos extraños, o datos ilógicos que sesguen la información obtenida.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA “GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN”

La aplicación del instrumento de investigación para identificar las condiciones que presentan los Servicios de Emergencia de establecimientos de Tercer Nivel de Atención para afrontar el proceso de Acreditación permitió arribar a los siguientes resultados.

CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS BÁSICOS PARA LA ACREDITACIÓN

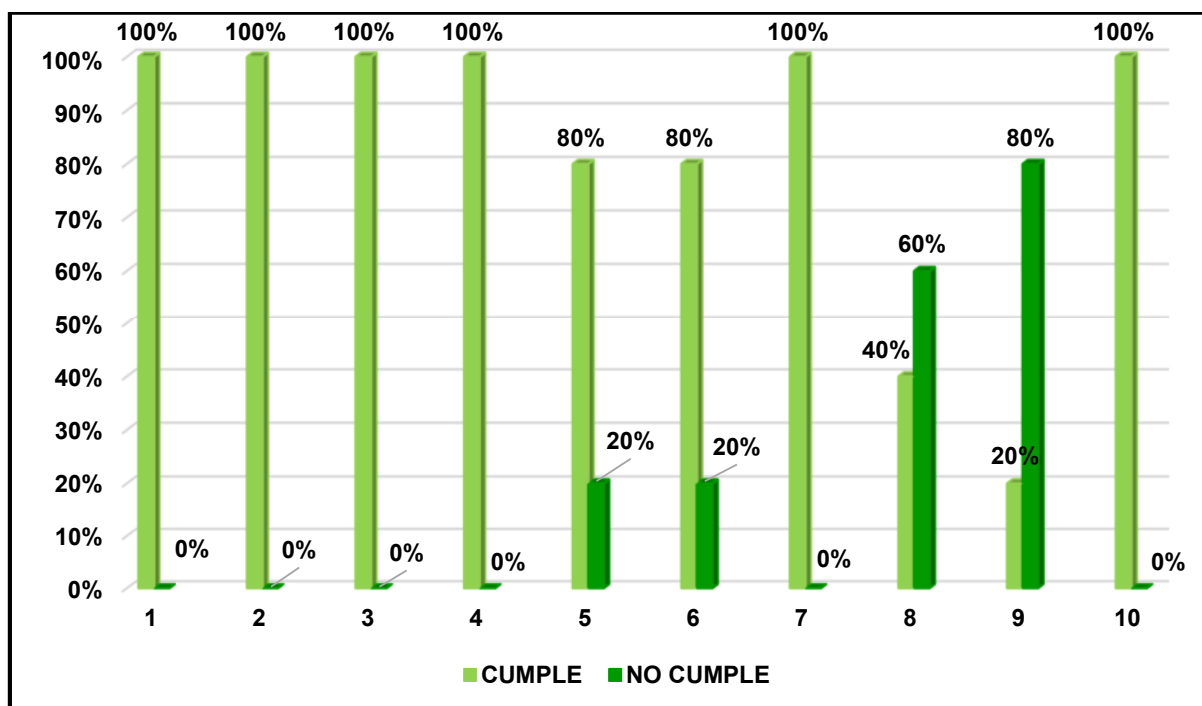
TABLA N°4
CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS BÁSICOS EN ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. 2023 (N=5)

REQUISITOS BASICOS		CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	EE SS debe tener por lo menos un año de funcionamiento continuado	5	100	0	0	5	100
2	Debe contar con señalización interna y externa	5	100	0	0	5	100
3	La infraestructura debe estar en buenas condiciones de presentación: paredes pintadas, limpias no descascaradas ni con revoque deteriorado, sin humedad ni goteras	5	100	0	0	5	100
4	Superficies lisas en áreas de circulación restringida	5	100	0	0	5	100
5	Ausencia de polvo, basura, animales domésticos y vectores	4	80	1	20	5	100
6	Ausencia de escombros, muebles y equipos dados de baja en dependencias y terrenos aledaños al establecimiento.	4	80	1	20	5	100
7	Disponibilidad de servicios básicos (energía eléctrica, agua potable y medios de comunicación)	5	100	0	0	5	100

8	En establecimiento de Tercer nivel de atención, existen tanques de reserva de agua y motor para reestablecer la energía en caso de corte de servicios	2	40	3	60	5	100
9	Personal con identificación, uniforme pulcro y limpio	1	20	4	80	5	100
10	Instalaciones para circulación vertical de camillas y sillas de rueda (rampas, ascensores) en EE SS de más de una planta	5	100	0	0	5	100

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N° 1
CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS BÁSICOS EN ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

De todos los establecimientos de Tercer Nivel de Atención, se advierte que los requisitos cumplidos por el 100% de los establecimientos son; el requisito 1 (El establecimiento debe tener por lo menos un año de funcionamiento).

El requisito 2 (Señalización externa e interna), 3 (Infraestructura en buenas condiciones de presentación, paredes pintadas, limpias, sin revoque deteriorado, sin humedad ni goteras). Igualmente, el requisito 4 (Superficies lisas en áreas de circulación restringida), el requisito 7 (Disponibilidad de servicios básicos y medios de comunicación) y el 10.

Mientras que los requisitos con menor cumplimiento son el requisito 8 (Contar con tanques de reserva de agua y motor para restablecer la energía en caso de corte de servicios) con un 40% de cumplimiento. Y el requisito 9 (Personal con identificación, uniforme pulcro y limpio) que está presente en el 20 % de los servicios dado que se encontró personal sin identificación al momento del estudio. Siendo evidente la necesidad de fortalecer el conocimiento y aplicación de la norma nacional de Acreditación.

Dentro del cumplimiento de los requisitos básicos para afrontar la Acreditación se establecen 10 requisitos básicos de los cuales se tiene un promedio de 82% de cumplimiento de estos y un 18% de no cumplimiento. Por lo que se puede afirmar que la mayoría de los establecimientos de salud sí cumplen con los requisitos básicos establecidos en la Guía de evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de tercer Nivel de Atención, cumpliendo de esta manera con el primer paso hacia la Acreditación.

CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA LA ACREDITACIÓN

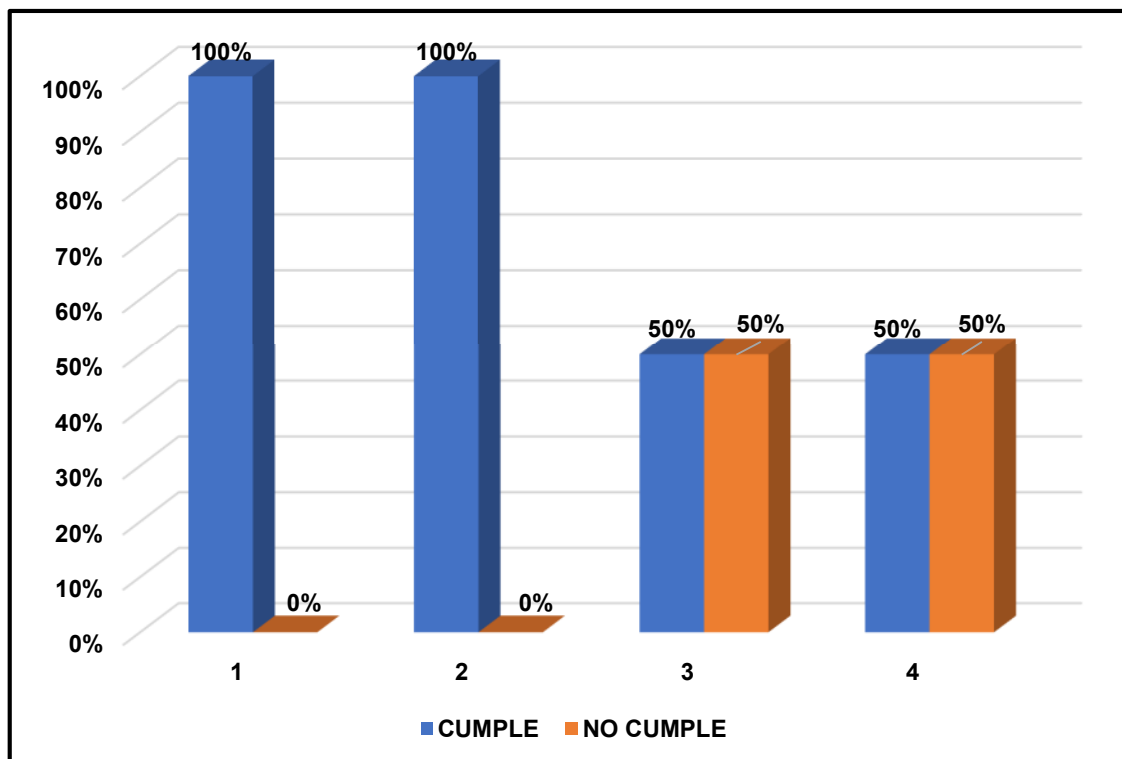
TABLA N°5
CUMPLIMIENTO DE AAP.7 EXISTENCIA DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA
GUIAR LA ATENCIÓN A PACIENTES DE ALTO RIESGO Y PARA LA PROVISIÓN DE
SERVICIOS DE ALTO RIESGO EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE
ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023

AAP.7 Existen normas y procedimientos para guiar la atención a pacientes de alto riesgo y para la provisión de servicios de alto riesgo (emergencias y urgencias médicas).	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Las autoridades del establecimiento, definen a los servicios de alto riesgo.	6	100	0	0	6	100
Los profesionales médicos identifican a los pacientes de alto riesgo.	6	100	0	0	6	100

Las autoridades elaboran los procedimientos de estos servicios a través de un proceso participativo.	3	50	3	50	6	100
Se capacita al personal y se utilizan los procedimientos preestablecidos.	3	50	3	50	6	100

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N°2
CUMPLIMIENTO DE AAP.7 EXISTENCIA DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA
GUIAR LA ATENCIÓN A PACIENTES DE ALTO RIESGO Y PARA LA PROVISIÓN DE
SERVICIOS DE ALTO RIESGO EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE
3er. NIVEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

De todos los Servicios de Emergencia de establecimientos de Tercer Nivel de Atención se advierte que para el estándar AAP.7 los parámetros de evaluación con el 100% de cumplimiento son; el 1 (Las autoridades del establecimiento, definen a los servicios de alto riesgo.) y 2 (Los profesionales médicos identifican a los pacientes de alto riesgo.)

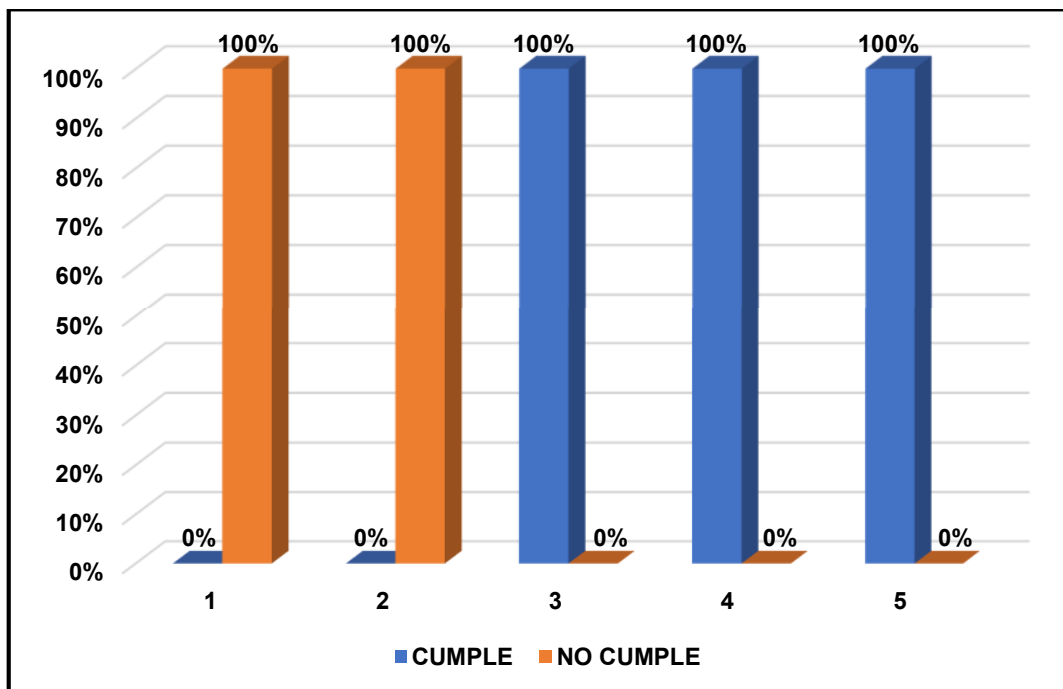
Y aquellos con menor porcentaje de cumplimiento fueron los parámetros 3 y 4. Ya que en algunos servicios de Emergencia; si bien las autoridades elaboran los procedimientos de éstos servicios, el personal de emergencia no participa en su elaboración, existiendo ausencia de medios verificativos como instructivos para su elaboración, así como ausencia de planillas de asistencia y ausencia del Manual de procesos y procedimientos en el Servicio de Emergencias.

TABLA N°6
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.2 ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIAS DEFINIDO MEDIANTE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023

AAP.7.2 La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención.	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.Existe una unidad de emergencias, con acceso externo diferenciado y facilidad de comunicación interna, con espacio y circulación óptima.	0	0	6	100	6	100
2.Existe el equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios.	0	0	6	100	6	100
3.La atención de pacientes de emergencias está regulada por normas y procedimientos.	6	100	0	0	6	100
4.Los pacientes reciben atención de acuerdo a las normas y los procedimientos.	6	100	0	0	6	100
5.El servicio funciona de manera permanente e ininterrumpida durante todo el año y tiene acceso a los servicios auxiliares de diagnóstico.	6	100	0	0	6	100

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N°3
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.2 ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIAS DEFINIDO MEDIANTE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

Referente al cumplimiento del estándar AAP.7.2. relacionado con la atención de pacientes de emergencias definido mediante normas y protocolos de atención, de los 6 servicios de emergencias y urgencias de los establecimientos de Tercer Nivel de atención, los 6 cumplen con los parámetros relacionados al hecho de que todos estos servicios de emergencia están regulados por normas y procedimientos (100%), los pacientes reciben atención de acuerdo a las mismas y funcionan de manera permanente e ininterrumpida durante todo el año y tienen acceso a los servicios auxiliares de diagnóstico.

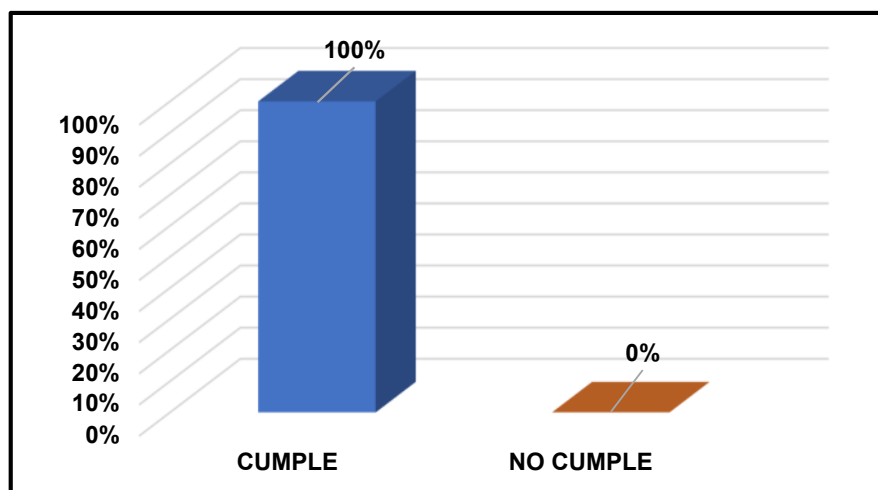
Empero; los 6 servicios de Emergencia no cumplen (0%) con los parámetros relacionados a la existencia de una unidad de emergencias; con acceso externo diferenciado y facilidad de comunicación interna, con espacio suficiente y circulación óptima, así mismo se evidencia la insuficiente dotación de equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios para el proceso de atención.

TABLA N°7
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.3 UTILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN
DEFINIDO MEDIANTE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE
EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE.
GESTIÓN 2023

AAP.7.3 La utilización de procedimientos de reanimación se define mediante normas y protocolos de atención.	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.El uso uniforme de procedimientos de reanimación en el establecimiento está regulado por normas y procedimientos.	6	100	0	0	6	100

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N°4
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.3 UTILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN
DEFINIDO MEDIANTE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE
EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE.
GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

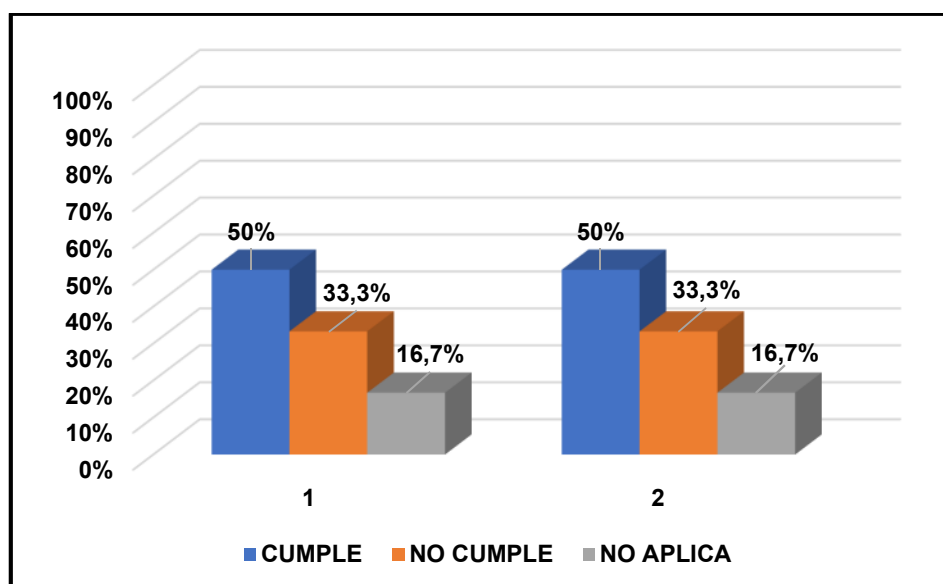
En relación al estándar referido a la utilización de procedimientos de reanimación definido mediante normas y protocolos de atención, los servicios de Emergencia objeto de estudio cumplen en su totalidad con este estándar (100%).

TABLA N°8
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.4 ATENCIÓN DE PACIENTES EN MANTENIMIENTO VITAL O COMA, DEFINIDA EN NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023

AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital o coma se define en normas y protocolos de atención.	CUMPLE		NO CUMPLE		NO APLICA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.La atención a pacientes en coma está regulada por normas y protocolos.	3	50	2	33,3	1	16,7	6	100
2.La atención a pacientes con mantenimiento vital está regulada por normas y protocolos.	3	50	2	33,3	1	16,7	6	100

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N°5
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.4 ATENCIÓN DE PACIENTES EN MANTENIMIENTO VITAL O COMA, DEFINIDA EN NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

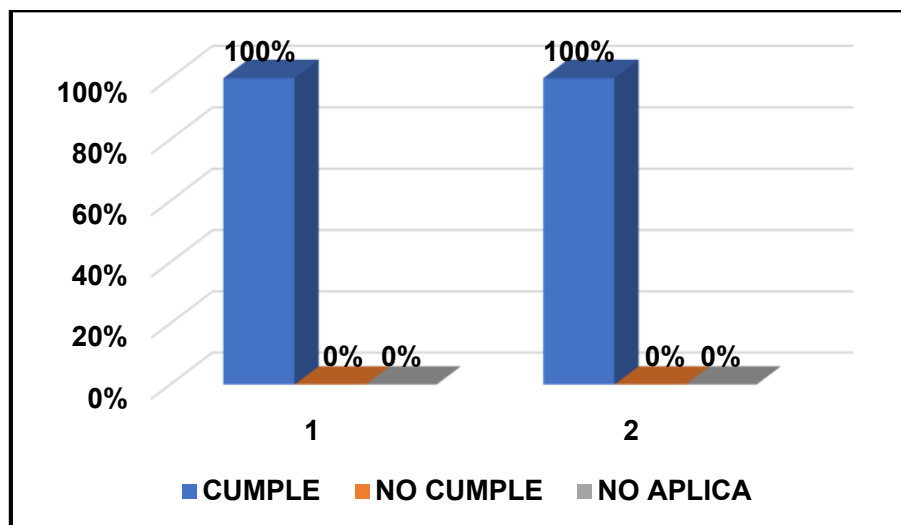
De acuerdo a la atención de pacientes en mantenimiento vital o coma; definido por normas y protocolos de atención; del total de servicios de Emergencia evaluados, 3 de ellos evidencian cumplimiento como son el servicio de Emergencias /Urgencias pediátricas y el servicio de Emergencias adultos del hospital Santa Bárbara y el servicio de emergencias del Hospital del Niño (50%), 2 de los servicios de emergencia no cumplen y estos son el servicio de Emergencia del Hospital Gineco Obstétrico y del Instituto Chuquisaqueño de Oncología constituyendo el (33,3%) y sólo el servicio de emergencia del Instituto de Gastroenterología (16,7%) no asiste a pacientes con TEC o en estado de coma por las características organizacionales inherentes a su especialidad en gastroenterología. Siendo evidente la necesidad de consolidar la aplicación de Protocolos de actuación clínica en Servicios de Emergencia.

TABLA N° 9
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.5 ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES
CONTAGIOSAS E INMUNODEPRESIÓN DEFINIDA POR NORMAS Y PROTOCOLOS DE
ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL
MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023

AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades contagiosas e inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención.	CUMPLE		NO CUMPLE		NO APLICA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.La atención a pacientes con enfermedades transmisibles está regulada por normas y protocolos.	6	100	0	0	0	0	6	100
2.La atención a pacientes inmunodeprimidos viene regulada por normas y protocolos.	6	100	0	0	0	0	6	100

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N° 6
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.5 ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES
CONTAGIOSAS E INMUNODEPRESIÓN DEFINIDA POR NORMAS Y PROTOCOLOS DE
ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er. NIVEL
MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

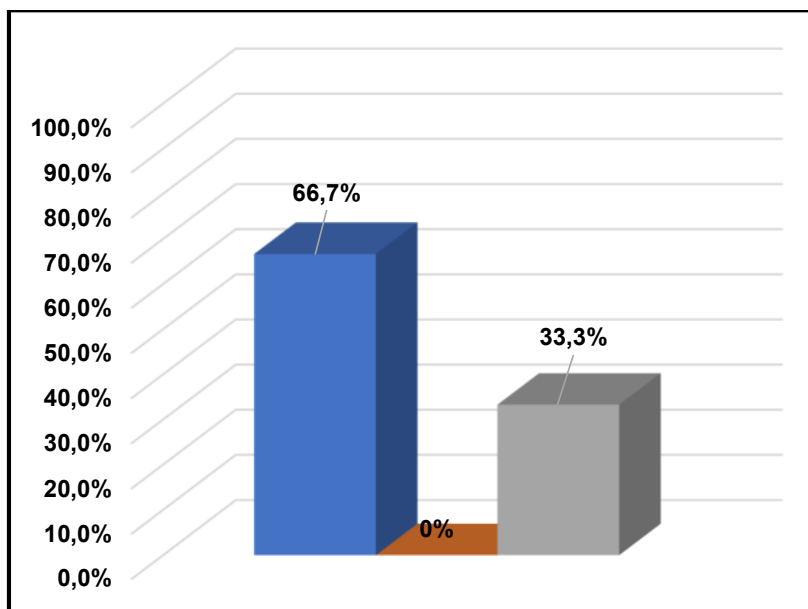
En relación al estándar referido a la atención de pacientes con enfermedades contagiosas e inmunodepresión definida por normas y protocolos los servicios de Emergencia, se evidencia que todos los servicios de Emergencia cuentan y cumplen con la aplicación de estos Protocolos (100%).

TABLA N° 10
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.7 ATENCIÓN A PACIENTES INMOVILIZADOS; REGULADA
POR NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE
ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL. MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023

AAP.7.7 La atención a los pacientes inmovilizados está regulada en normas y protocolos de atención del establecimiento.	CUMPLE		NO CUMPLE		NO APLICA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.La inmovilización de pacientes está regulada por normas y protocolos de atención.	4	66,7	0	0	2	33,3	6	100

Fuente: Elaboración propia en base a evaluación.

GRÁFICO N° 7
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.7 ATENCIÓN A PACIENTES INMOVILIZADOS; REGULADA
POR NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE
ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL.MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

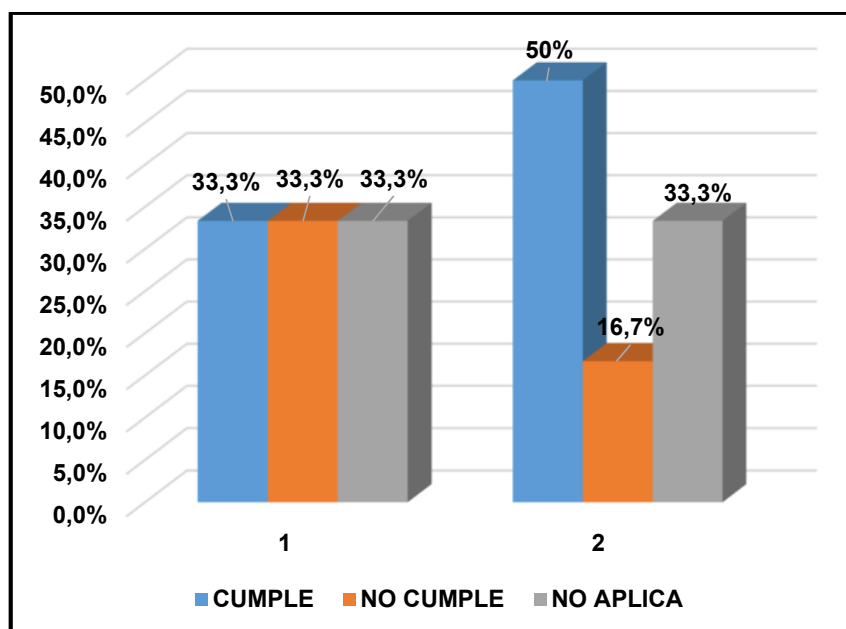
Referente al cumplimiento del estándar AAP.7.7. relacionado con la atención de pacientes inmovilizados regulada por normas y protocolos se advierte que del total de servicios de Emergencia evaluados (6), 4 de ellos evidencian cumplimiento como son el servicio de Emergencias/Urgencias pediátricas y el servicio de Emergencias adultos del hospital Santa Bárbara, el servicio de Emergencias del Hospital del Niño y del Instituto Chuquisaqueño de Oncología constituyendo el (66,7%) y sólo los servicios de Emergencia del Hospital Gineco Obstétrico y del Instituto de Gastroenterología (33,3%) no atienden a pacientes inmovilizados por las características organizacionales inherentes a su propia especialidad.

TABLA N° 11
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.8 EXISTENCIA DE NORMAS Y PROTOCOLOS QUE
REGULAN LA ATENCIÓN DE PACIENTES VULNERABLES; DE EDAD AVANZADA Y
NIÑOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL
MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023

AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes vulnerables de edad avanzada y niños.	CUMPLE		NO CUMPLE		NO APLICA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.La atención de pacientes en edad avanzada está regulada por normas y protocolos.	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	100
2.La atención de niños está regulada por normas y procedimientos.	3	50	1	16,7	2	33,3	6	100

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N° 8
CUMPLIMIENTO DE AAP.7.8 EXISTENCIA DE NORMAS Y PROTOCOLOS QUE
REGULAN LA ATENCIÓN DE PACIENTES VULNERABLES; DE EDAD AVANZADA Y
NIÑOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL
MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

Concerniente al estándar AAP.7.8, el parámetro referido a la atención de pacientes vulnerables de edad avanzada por normas y procedimientos; de los 6 servicios de Emergencia evaluados, 2 de ellos evidencian cumplimiento como son el servicio de Emergencias adultos del hospital Santa Bárbara (33,3%) y el servicio de Emergencias del Instituto Chuquisaqueño de Oncología (33,3%), 2 de los servicios de emergencia no cumplen y estos son el servicio de Emergencia del Hospital Gineco Obstétrico y del Instituto de Gastroenterología (33,3%) y sólo el Servicio de Emergencias/Urgencias pediátricas del hospital Santa Bárbara no asiste a pacientes de edad avanzada con el 33,3%, dado que sólo cuenta con la especialidad de pediatría.

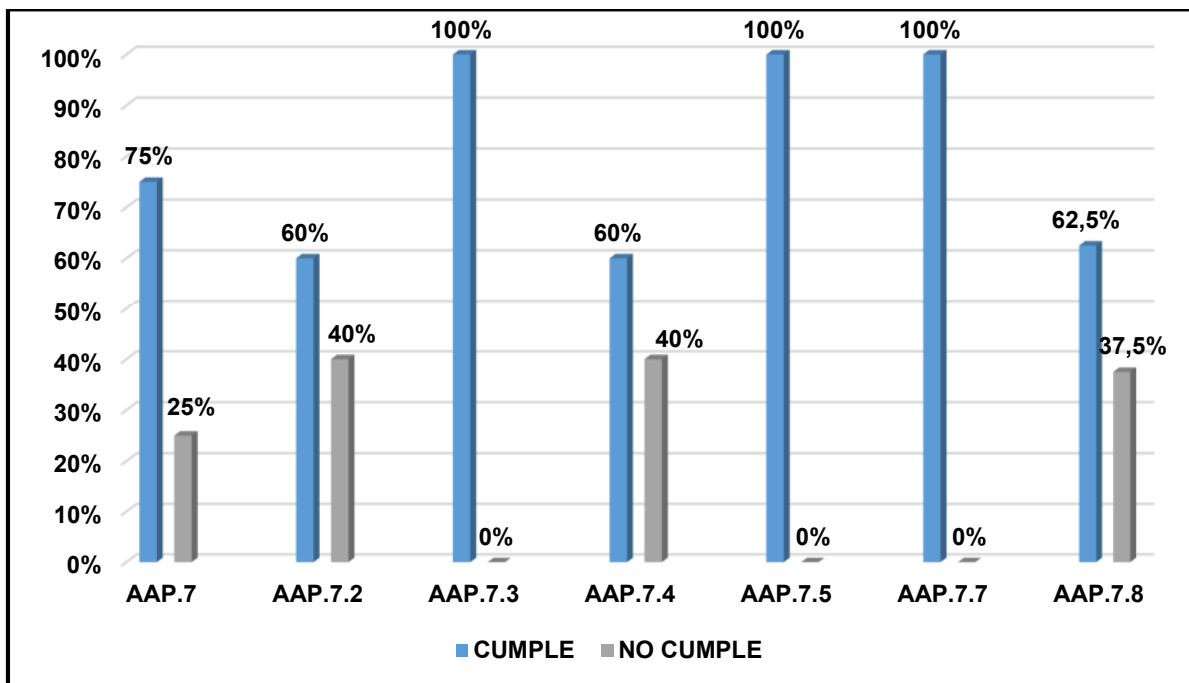
Respecto al parámetro referido a la atención de niños regulada por normas y procedimientos; del total de servicios de Emergencia evaluados, 3 de ellos evidencian cumplimiento como son el servicio de Emergencias/Urgencias pediátricas del Hospital Santa Bárbara, el servicio de Emergencias del Hospital del Niño y del Instituto Chuquisaqueño de Oncología constituyendo el (50%), 1 de los servicios correspondiente al servicio de Emergencia del Hospital Gineco Obstétrico no cumple reflejado en el 16,7% y dos servicios de emergencias correspondientes al Servicio de emergencias del Instituto de Gastroenterología y al Servicio de Emergencias Adultos del Hospital Santa Bárbara en los cuales no aplica (33,3%) debido a que no se realiza atención a pacientes pediátricos. En general, es imprescindible desarrollar las gestiones necesarias para optimizar la aplicación de este tipo de normas en los Servicios de Emergencia.

TABLA N°12
CONSOLIDADO DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN
SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL
MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023

ESTÁNDARES PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	PROMEDIO DE NO CUMPLIMIENTO
AAP.7 Existen normas y procedimientos para guiar la atención a pacientes de alto riesgo y para la provisión de servicios de alto riesgo (emergencias y urgencias médicas) (OBLIGATORIO)	75	25
AAP.7.2 La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)	60	40
AAP.7.3 La utilización de procedimientos de reanimación se define mediante normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)	100	0
AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital o coma se define en normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)	60	40
AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades contagiosas e inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)	100	0
AAP.7.7 La atención a los pacientes inmovilizados está regulada en normas y protocolos de atención del establecimiento. (OBLIGATORIO)	100	0
AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes vulnerables de edad avanzada y niños. (OBLIGATORIO)	62,5	37,5
PROMEDIO TOTAL	79,64	20,36

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N°9
CONSOLIDADO DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN
SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL
MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

En lo que respecta al cumplimiento de estándares, se aprecia que los estándares con mayor porcentaje de cumplimiento están relacionados a la utilización de procedimientos de reanimación definidos mediante normas y protocolos de atención (AAP.7.3), la atención de pacientes con enfermedades transmisibles (AAP.7.5) y pacientes inmovilizados (AAP.7.7) regulada por normas y protocolos de atención.

Mientras que con menor porcentaje de cumplimiento se encuentran dos estándares; el estándar AAP.7.2 referido a la atención de pacientes de emergencias en el cual se contemplan parámetros como contar con espacios y equipamiento necesarios para el funcionamiento del servicio. Y el estándar AAP.7.4 relacionado con la atención de pacientes en mantenimiento vital y coma definido por normas y protocolos.

Siendo evidente la necesidad de fortalecer la infraestructura, equipamiento, insumos, la dotación de Recursos Humanos, así como la aplicación de normas en servicios de Emergencia.

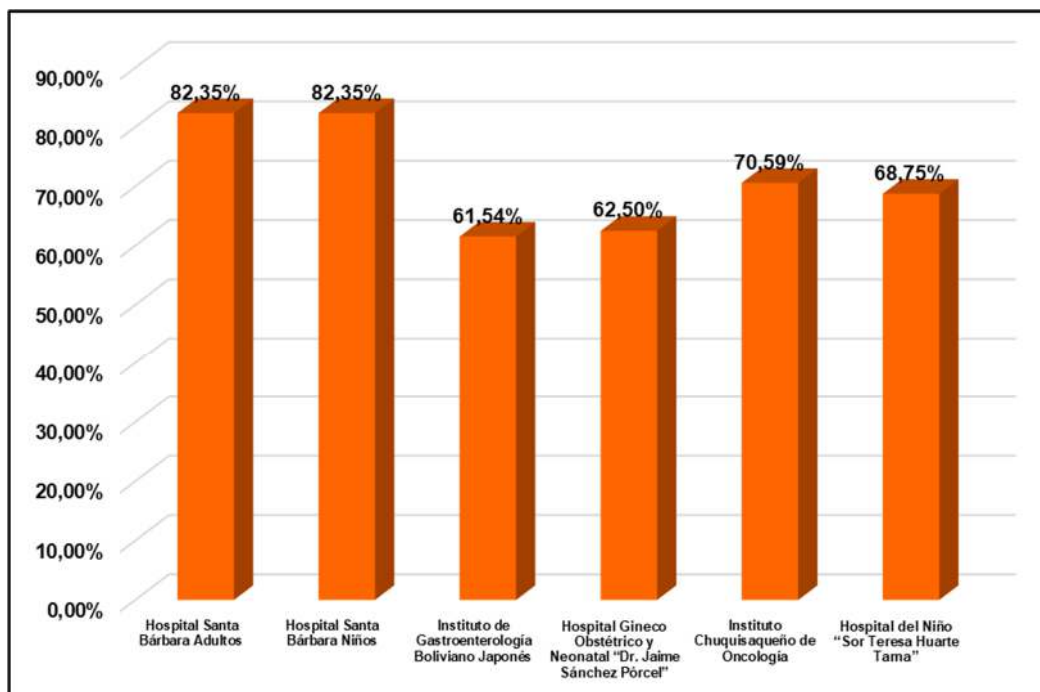
PUNTAJE GLOBAL OBTENIDO POR SERVICIOS DE EMERGENCIAS PARA ACREDITACIÓN

**TABLA N°13
PUNTAJE GLOBAL OBTENIDO POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL DE ATENCIÓN PARA ACREDITACIÓN
MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023**

SERVICIO	REQUISITOS BÁSICOS		ESTÁNDARES	
	N°	%	N°	PUNTAJE%
Servicio de Emergencia Adultos del Hospital Santa Bárbara	10	100	14	82,35
Servicio de Emergencias/Urgencias pediátricas del Hospital Santa Bárbara			14	82,35
Servicio de Urgencias del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés	8	80	8	61,54
Servicio de Emergencia del Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal "Dr. Jaime Sánchez Pórcel"	7	70	10	62,50
Servicio de Emergencia del Instituto Chuquisaqueño de Oncología	8	80	12	70,59
Servicio de Emergencia del Hospital del Niño "Sor Teresa Huarte Tama"	8	80	11	68,75

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

GRÁFICO N°10
PUNTAJE GLOBAL OBTENIDO POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE
ESTABLECIMIENTOS DE 3er NIVEL DE ATENCIÓN PARA ACREDITACIÓN
MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos de evaluación.

De todos los servicios evaluados, actualmente ninguno se encuentra acreditado, sin embargo, el mayor puntaje está representado por el 82,35% que fue obtenido por el servicio de Emergencias adultos y el servicio de Emergencias/Urgencias pediátricas del Hospital Santa Bárbara, por tanto, habilitaría a los mismos a ingresar como **Servicios Acreditados condicionados, de acuerdo a la norma de Acreditación.**

El servicio de emergencias del Instituto Chuquisaqueño de Oncología obtuvo un 70,59% de puntaje, el servicio del Hospital del Niño un 68,75%, del hospital Gineco Obstétrico y Neonatal "Dr. Jaime Sánchez Pórcel" un 62,50% y el menor puntaje corresponde al servicio de emergencias del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés con 61,54%. Siendo evidente la necesidad de promover el fortalecimiento de los Servicios de Emergencia de establecimientos de salud de tercer nivel de atención.

4.2. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS DIRIGIDAS A FUNCIONARIOS DE PLANTA

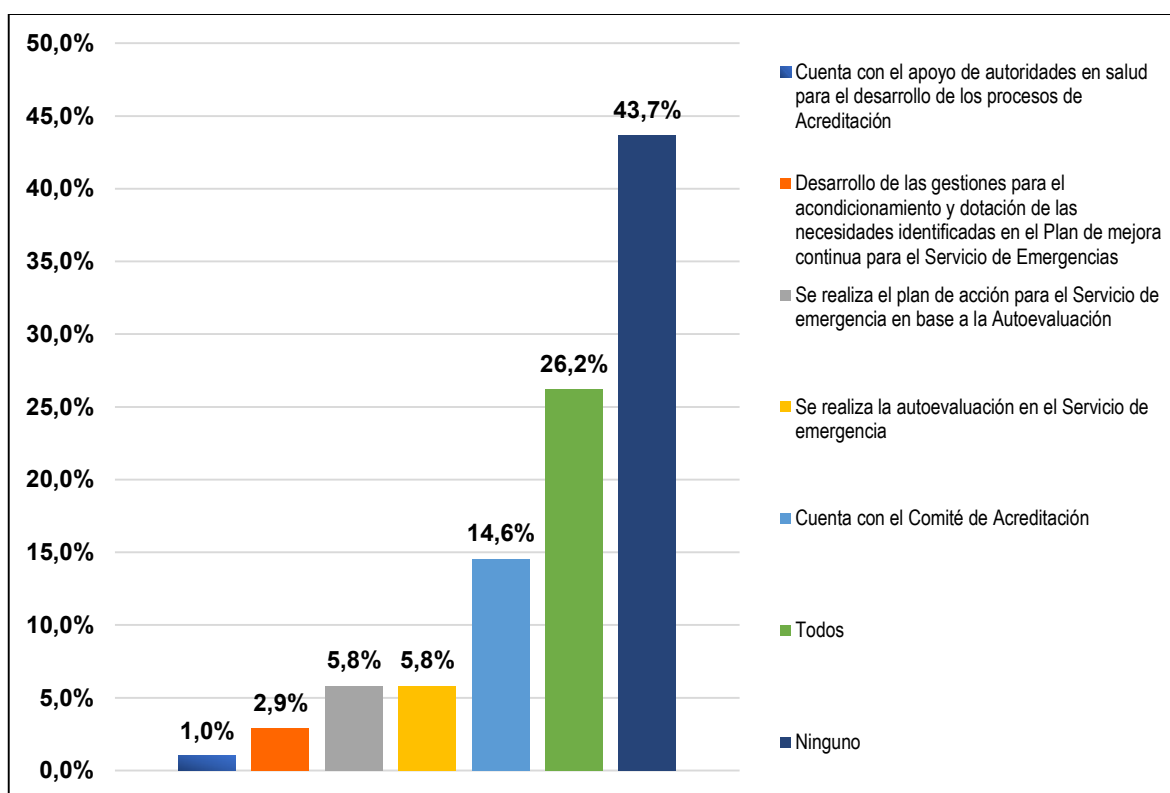
TABLA N° 14
ACCIONES REALIZADAS POR EL NIVEL GERENCIAL PARA EL EPROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023

ACCIONES REALIZADAS POR EL NIVEL GERENCIAL PARA EL EPROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA
Cuenta con el apoyo de autoridades en salud para el desarrollo de los procesos de Acreditación	1	1.0	1.0
Desarrollo de las gestiones para el acondicionamiento y dotación de las necesidades identificadas en el Plan de mejora continua para el Servicio de Emergencias	3	2.9	3.9
Se realiza el plan de acción para el Servicio de emergencia en base a la Autoevaluación	6	5.8	9.7
Se realiza la autoevaluación en el Servicio de emergencia	6	5.8	15.5

Cuenta con el Comité de Acreditación	15	14.6	30.1
Todos	27	26.2	56.3
Ninguno	45	43.7	100.0
TOTAL	103	100.0	

Fuente: Elaboración propia en base encuesta.

GRÁFICO N° 11
ACCIONES REALIZADAS POR EL NIVEL GERENCIAL PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023



En relación a las acciones realizadas por el nivel gerencial para el proceso de Acreditación de los Servicios de Emergencia en establecimientos de salud de tercer nivel de atención; el mayor porcentaje de los encuestados afirmó que no se realizan acciones representando el 43.7%, el 26.2% afirmó que todos los servicios de emergencia realizan estas acciones, el 14,6 indicó que todos los establecimientos de salud cuentan con el Comité de Acreditación, seguido del 5.8% que afirmaron que se realizan los procesos de autoevaluación en los servicios de

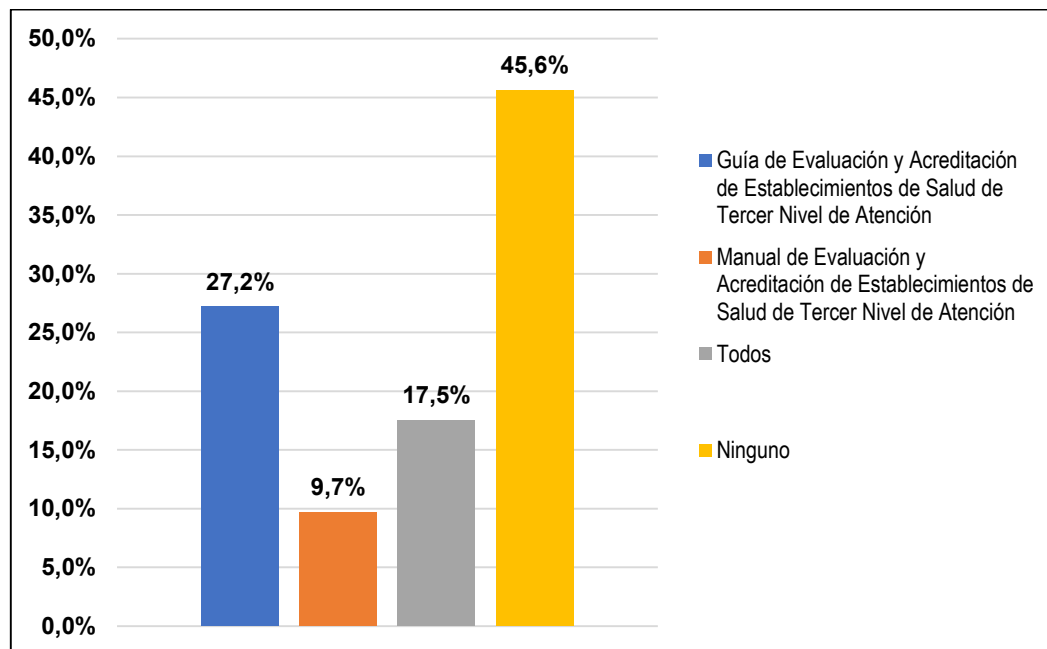
Emergencia simultáneo al Plan de Acción en base a la autoevaluación. Sólo el 2.9% afirmó que se desarrollan las gestiones para el acondicionamiento y dotación de las necesidades identificadas en el Plan de Mejora continua para el Servicio de Emergencias y finalmente solo el 1% de los encuestados indicó que se cuenta con el apoyo de las autoridades en salud para el desarrollo de los procesos de Acreditación. Siendo evidente la inobservancia de las autoridades en salud respecto a el fortalecimiento de los Servicios de Emergencia.

TABLA N° 15
CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE NORMAS NACIONALES RELACIONADAS A LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y A LAS FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE NORMAS NACIONALES RELACIONADAS A LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y A LAS FUNCIONES DE SERVICIOS DE EMERGENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA
Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención	28	27.2	27.2
Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención	10	9.7	36.9
Todos	18	17.5	54.4
Ninguno	47	45.6	100.0
TOTAL	103	100.0	

Fuente: Elaboración propia en base encuesta.

GRÁFICO N°12
CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE NORMAS NACIONALES RELACIONADAS A LA
EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y A LAS FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE
EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023



En cuanto al grado de conocimiento y aplicación de normas nacionales relacionadas a la evaluación de la estructura y a las funciones de los Servicios de Emergencia, el mayor porcentaje de los funcionarios encuestados afirmó que no existe aplicación de ninguna de estas normativas (45.6%), seguido del 27,2% que indicó que se aplica la Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención, el 17.5 % hace referencia a que se conocen y se aplican tanto la Guía como el Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención y sólo el 9.7 % afirma que se aplica solo el Manual.

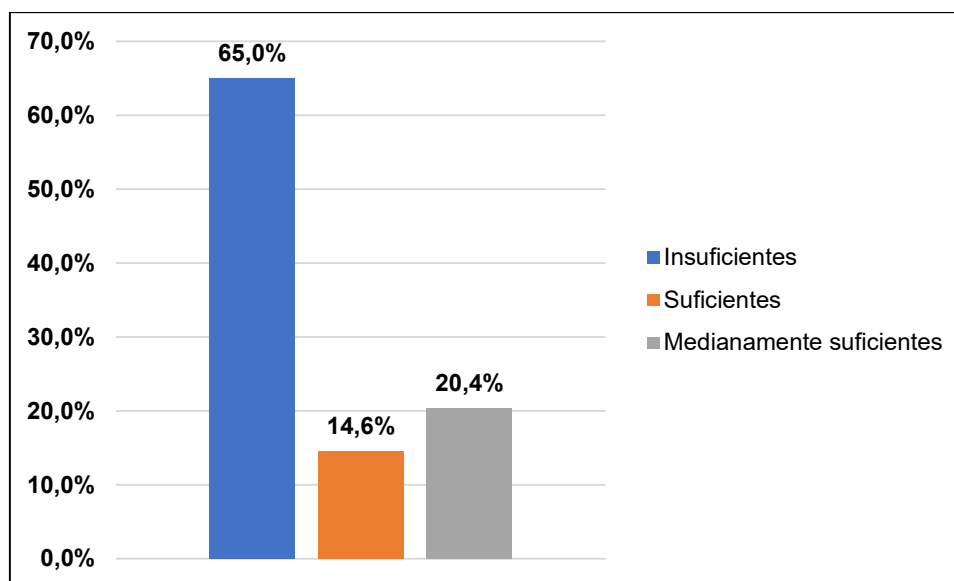
En general se puede afirmar que existe un insuficiente conocimiento de las normas nacionales relacionadas a la evaluación de estructura y funcionamiento de los Servicios de Emergencia, por lo que su aplicación es insuficiente en la mayoría de estos servicios.

TABLA N° 16
SUFICIENCIA DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023

SUFICIENCIA DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA
Insuficientes	67	65,00	65,00
Suficientes	15	14,60	79,60
Medianamente suficientes	21	20,40	100,00
Total	103	100,00	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas.

GRÁFICO N° 13
SUFICIENCIA DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE SUCRE. GESTIÓN 2023



El personal de salud encuestado afirma que tanto el equipamiento como los insumos en los Servicios de Emergencia son insuficientes, con un 65 %, el 20.40% afirma que estos recursos son medianamente suficientes y sólo el 14.60 % de los encuestados refiere que los equipos y

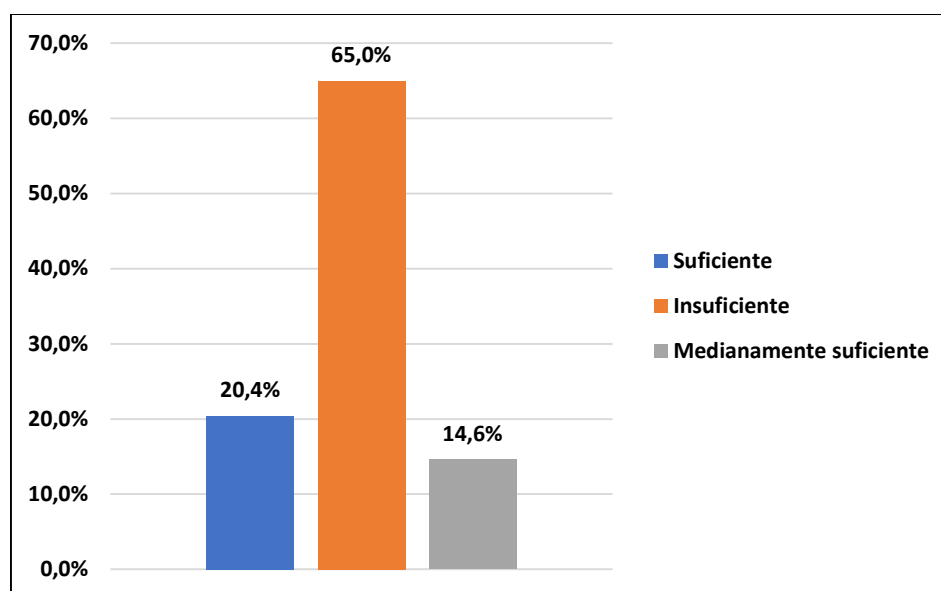
los insumos son suficientes. En general se puede afirmar que el equipamiento y los insumos son insuficientes en los 6 servicios de Emergencia objeto de estudio.

TABLA N° 17
DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y DE RR.HH. EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023

DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y DE RR.HH. EN SERVICIOS DE EMERGENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA
Suficiente	21	20,40	20,40
Insuficiente	67	65,00	85,40
Medianamente suficiente	15	14,60	100,00
Total	103	100,00	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas.

GRÁFICO N° 14
DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y DE RR.HH. EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN GESTIÓN 2023



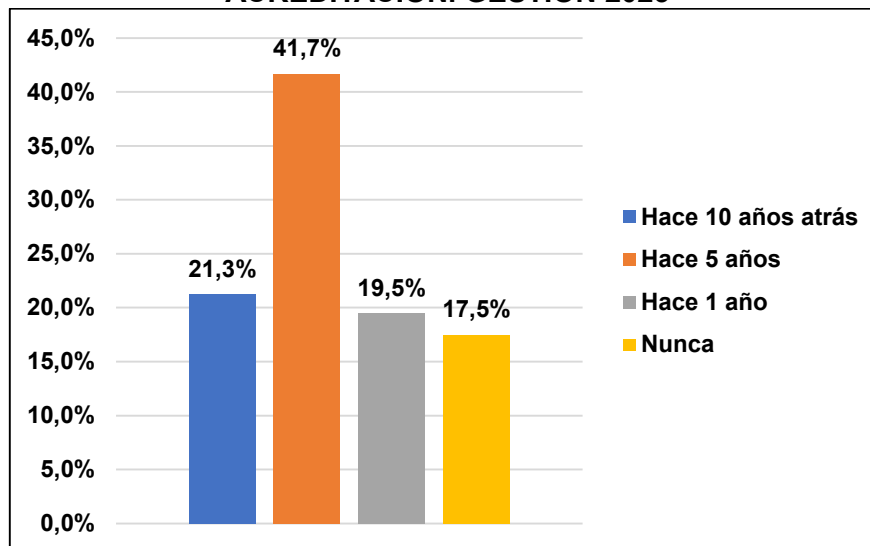
Del total de encuestados, el 65 % refiere insuficiente dotación de infraestructura y de RR.HH. en los Servicios de Emergencia, seguido del 20,4% que hace referencia a la dotación suficiente y oportuna y sólo el 14,6% afirma que la dotación de estos recursos es medianamente suficiente para las prestaciones que se otorgan diariamente. En general existe insuficiente dotación de infraestructura y de Recursos Humanos en Servicios de Emergencia.

TABLA N° 18
ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE
HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PARA ACCEDER A SU
ACREDITACIÓN. GESTIÓN 2023

FECHA DE ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA
Hace 10 años atrás	22	21,3	21,3
Hace 5 años	43	41,7	63,0
Hace 1 año	20	19,5	82,5
Nunca	18	17,5	100,0
TOTAL	103	100	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas.

GRÁFICO N° 15
ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE
HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PARA ACCEDER A SU
ACREDITACIÓN. GESTIÓN 2023



El 41,7% de los funcionarios encuestados afirma que los procesos de Autoevaluación para Acreditación se dieron hace 5 años, seguido de la afirmación de que estos procesos datan de 10 años atrás con el 21,3% y hace 1 año con el 19,5% y sólo el 17% establece que nunca se tuvo este tipo de autoevaluaciones.

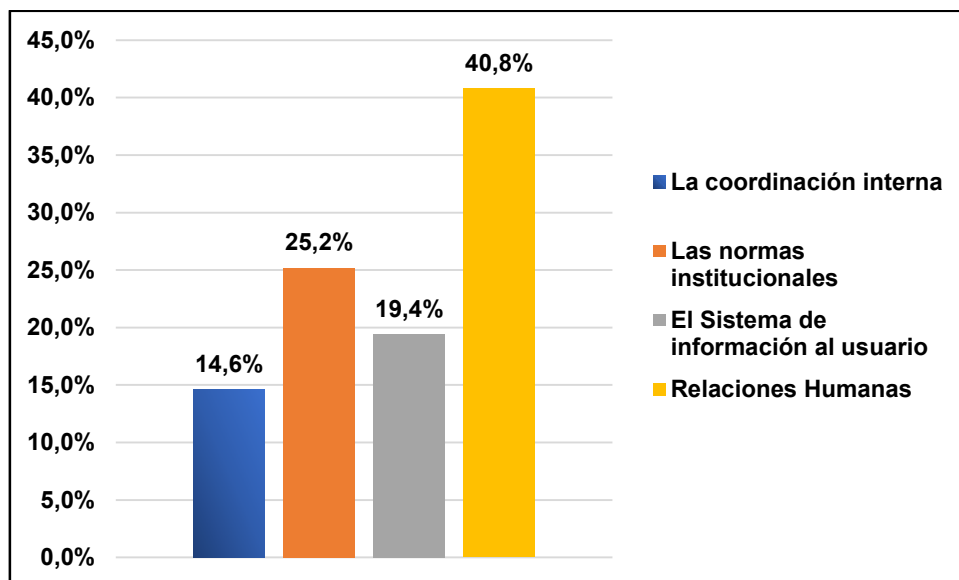
Reafirmando la necesidad de dar cumplimiento a la Norma Nacional de Autoevaluación y Acreditación de establecimientos de salud de tercer nivel de atención y realizar las evaluaciones en forma permanente a fin de fortalecer la capacidad resolutive de los Servicios de Emergencia.

TABLA N° 19
ASPECTOS QUE DEBEN CORREGIRSE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE
HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023

ASPECTOS QUE DEBEN CORREGIRSE EN SERVICIOS DE EMERGENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA
La coordinación interna	15	14,6	14,6
Las normas institucionales	26	25,2	39,8
El Sistema de información al usuario	20	19,4	59,2
Relaciones Humanas	42	40,8	100,0
TOTAL	103	100	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas.

GRÁFICO N° 16
ASPECTOS QUE DEBEN CORREGIRSE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE
HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. GESTIÓN 2023



En relación a los aspectos que deben corregirse en los Servicios de Emergencia de Hospitales de tercer nivel de atención, el mayor porcentaje de los funcionarios encuestados afirmó que lo que debe mejorar son las relaciones humanas con el 40,8% , seguido del 25,2 % que afirma que lo que debe mejorar es la normativa institucional, el 19,4% hace referencia a la necesidad de mejorar el Sistema de información al usuario y el 14,6% restante indica que el aspecto a mejorar en este tipo de servicios es la coordinación interna, por lo que es imprescindible implementar no sólo la actualización de normativa inherente al manejo de servicios de Emergencia sino también promover el cambio de la cultura y el clima organizacional al interior de los mismos, así como optimizar las relaciones humanas.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A lo largo del tiempo ha sido necesario implementar un sistema de evaluación que permita determinar las condiciones e identificar las deficiencias de las unidades hospitalarias, con la finalidad de lograr una mejora sustancial en la prestación de servicios de salud a los usuarios.

La aplicación de la Guía de Evaluación y Acreditación de establecimientos de Salud de Tercer Nivel de atención como norma Nacional del Ministerio de Salud y Deportes; establece la

necesidad de contar con Servicios Acreditados a través de un proceso de evaluación continua, dinámica, obligatoria y confidencial que en base a estándares preestablecidos procura su mejora continua dentro del Sistema Nacional de Salud.

Evalúa estructura, proceso y resultados de la atención y de la gestión de los establecimientos de salud. El proceso de Acreditación requiere que la institución priorice las normas de infraestructura hospitalaria y sanitaria. Eso ayuda al establecimiento de salud a adquirir y mantener elevados niveles de Calidad, y el paciente será el principal beneficiado en ese proceso a través del incremento en la seguridad y eficacia en la ejecución de los procedimientos asistenciales.

En el presente estudio de evaluación del cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre en la gestión 2023 deja entrever que de todos los servicios evaluados, actualmente ninguno se encuentra Acreditado, sin embargo, el mayor puntaje está representado por el 82,35% que fue obtenido por el servicio de Emergencias adultos y el servicio de Emergencias/Urgencias Pediátricas del Hospital Santa Bárbara, por tanto, habilitaría a los mismos a ingresar como **Servicios Acreditados condicionados** de acuerdo a la normativa nacional.

El servicio de emergencias del Instituto Chuquisaqueño de Oncología obtuvo un 70,59% de puntaje, el servicio del Hospital del Niño un 68,75%, del hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel” un 62,50% y el menor puntaje corresponde al servicio de Emergencias del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés con 61,54%. Siendo evidente la necesidad de promover el fortalecimiento de los Servicios de Emergencia de establecimientos de salud de tercer nivel de atención, traducidos en el accionar efectivo de las autoridades sanitarias del departamento de Chuquisaca y del nivel nacional.

Revisando los resultados del presente estudio, se puede ver que, si bien los establecimientos de salud han tomado acciones dentro del proceso de Acreditación, como la conformación del Comité de Acreditación y la realización de la autoevaluación al interior de sus establecimientos en algunos casos en forma periódica y en otros en forma eventual. El 83,3% de los servicios cuentan con un Plan de acción y sólo el 66,7% concretiza estos planes de mejora como es el caso de la efectivización de gestiones para la dotación suficiente y oportuna de Recursos Humanos, de infraestructura, equipamiento e insumos.

Por otra parte, la ausencia de protocolos y guías clínicas actualizadas, elaboradas con participación activa del personal de Emergencias, así como su implementación y desarrollo están ausentes en la mayoría de los servicios de Emergencia.

Tomando en cuenta evaluación del cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre en la gestión 2023 respecto al **cumplimiento de requisitos básicos** se observa que la mayoría cumple con los mismos, sin embargo, existe incumplimiento parcial en el requisito 8 referido a la existencia de tanques de reserva de agua y motor, siendo este equipo de vital importancia en casos de corte de energía eléctrica de los servicios de Emergencia.

En lo referente al **cumplimiento de los estándares obligatorios** se ha evidenciado el no cumplimiento (100%) del estándar que establece la existencia de una unidad de emergencias, con acceso externo diferenciado y facilidad de comunicación interna, con espacio y circulación óptima, reflejándose en la no existencia del equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios para la atención en servicios de Emergencia.

Los resultados del presente estudio se asemejan a los publicados en el artículo *“Evaluación del servicio de urgencias en un hospital público a través del modelo SERVPERF”* (33) de Antonio de Jesús Vizcaíno, si bien el estudio estaba dirigido a identificar la satisfacción respecto de la atención en servicios de urgencia, los resultados evidencian la necesidad de la remodelación y espacios en el área de urgencias/emergencias para garantizar una mayor Calidad en el servicio, (89%) Así mismo la necesidad de mayor incremento de personal para agilizar la demanda en los diferentes servicios requeridos durante su atención hospitalaria de Emergencias. (96%)

Similares resultados se encontraron en el estudio desarrollado en Cundinamarca, Colombia, sobre el *“Ciclo de preparación para la Acreditación en salud”*, estudio en el cual se evidenció debilidad en los estándares de Acreditación respecto a la atención de pacientes en servicios de Emergencia AAP. (10).

En Bolivia, la Defensoría del Pueblo realizó el año 2022 verificaciones defensoriales en la cual se tomó a 15 Hospitales de Tercer Nivel, pertenecientes al sector público, mostrando que ninguno contaba con dictamen de “Establecimiento Acreditado”, sólo el Hospital General San Juan de Dios de Santa Cruz contaba con una certificación de “Establecimiento Acreditado Condicionado”. (12)

El proceso de Acreditación requiere que la institución priorice las normas de infraestructura hospitalaria y sanitaria. Eso ayuda al hospital a adquirir y mantener elevados niveles de Calidad, y el paciente será el principal beneficiado en ese proceso a través del incremento en la seguridad y eficacia en la ejecución de los procedimientos asistenciales.

En el año 2022 se realizó un estudio para determinar el grado de aplicación de estándares de Acreditación del servicio de consulta externa del hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre en el cual se evidenciaba el incumplimiento a varios ítems. Entre algunas observaciones halladas se constató el incumplimiento horario, panel informativo desactualizado y documentos como los manuales de procesos y procedimientos desactualizados. (13)

Los resultados del presente estudio dejan entrever la debilidad del Sistema Sanitario Nacional respecto a la ausencia de la Norma de CARACTERIZACIÓN ESPECÍFICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA en el país, pero además la debilidad del Sistema Departamental de Salud en la medida que no se han actualizado procesos evaluativos periódicos de los servicios de Emergencia, existiendo inobservancia a las normas e incumplimiento de deberes en lo que respecta a la supervisión, seguimiento y evaluación de estos servicios de Emergencia considerados como servicios fundamentales en la resolución de problemas de salud de urgencia de la población usuaria.

Teniendo presente los párrafos anteriores se puede decir que aún existen acciones y mejoras pendientes a realizar para lograr el cumplimiento de los estándares de Acreditación en los servicios de Emergencias de establecimientos de tercer nivel de atención del municipio de Sucre.

Es evidente que en todos los casos de procesos de Acreditación existe un efecto desfavorecedor a nivel gerencial y organizacional, reflejándose procesos de burocratización, insuficientes procesos administrativos, la falta de recursos humanos, físicos y financieros traducida en la insuficiente capacidad instalada y la insuficiente participación del personal de los servicios de Emergencia en la elaboración conjunta de Protocolos y Guías de Actuación clínica en Emergencias. Así como la ausencia de la capacidad resolutoria de los servicios de Emergencia.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

De la evaluación del cumplimiento de estándares de Acreditación en servicios de emergencia de establecimientos de salud de tercer nivel de atención del municipio de Sucre en la gestión 2023 se obtuvieron las siguientes conclusiones basadas en los objetivos específicos.

- **En relación a las acciones realizadas** para el proceso de Acreditación de los Servicios de Emergencia en establecimientos de salud de tercer nivel de atención; el mayor porcentaje de los encuestados afirmó que no se realizan éstas acciones representando el 43.7%, el 14,6 indicó que todos los establecimientos de salud cuentan con el Comité de Acreditación, seguido del 5.8% que afirmaron que se realizan los procesos de autoevaluación en los servicios de Emergencia simultáneo al Plan de Acción. Sólo el 2.9% afirmó que se desarrollan las gestiones para el acondicionamiento y dotación de las necesidades identificadas en el Plan de Mejora del Servicio de Emergencias. Evidenciando en general de que no se realizan las acciones para el desarrollo del proceso de Acreditación en los Servicios de Emergencia. Siendo evidente el incumplimiento de la normativa nacional de Acreditación.
- Con relación al **cumplimiento de los requisitos básicos para la Acreditación**; de los 10 requisitos establecidos por la norma nacional; el 82% se cumple y sólo el 18% refleja el no cumplimiento. Por lo que se puede afirmar que la mayoría de los establecimientos de salud sí cumplen con los requisitos básicos establecidos en la Guía de evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de tercer Nivel de Atención, cumpliendo de esta manera con el primer paso establecido para la Acreditación. Empero, se advierte que en el 80% de los establecimientos de salud el personal desarrolla sus labores sin identificación, el 60% de los servicios de Emergencia no cuenta con tanques de reserva de agua y motor en caso de corte de energía eléctrica, siendo este equipo de vital importancia para el desarrollo del proceso de atención eficiente en emergencia.

- En referencia al **cumplimiento de los estándares obligatorios para la Acreditación de Servicios de Emergencia**, se observa que ningún servicio de Emergencia cumple con los estándares referidos a la existencia de una unidad de emergencias que cuente con acceso externo diferenciado y con facilidad de comunicación interna, reflejando la insuficiente capacidad instalada de todos los servicios de Emergencia objeto de estudio.

Asimismo, se evidenció la falta de medios de verificación respecto a la elaboración de manuales de procesos y procedimientos, y en otros casos la desactualización de los mismos para la gestión 2023 en el 50% de los servicios, al igual que la ausencia de medios de verificación de procesos de capacitación institucional permanente del personal de Emergencias. La atención a pacientes en coma y pacientes con mantenimiento vital no está constatada en normas y protocolos en el 60% de los servicios. Un 50% de los servicios no cuenta con normas y protocolos de atención dirigidos a la población adulta mayor, y un 25% no cuenta con normas y protocolos para la atención a la población infantil. Por otra parte, el personal de salud encuestado afirma que tanto el equipamiento como los insumos en los Servicios de Emergencia son insuficientes con un 65 %, así como la insuficiente dotación de infraestructura y de RR.HH. En relación a los procesos de Autoevaluación para Acreditación el 41,7% de los funcionarios encuestados afirmó que este tipo de procesos evaluativos se dieron hace 5 años. Reafirmando la necesidad de dar cumplimiento a la Norma Nacional de Autoevaluación y Acreditación de establecimientos de salud de tercer nivel de atención y realizar las evaluaciones en forma permanente a fin de fortalecer la capacidad resolutiva de los Servicios de Emergencia.

- **En relación al puntaje alcanzado para Acreditación; de todos los servicios evaluados**, actualmente ninguno se encuentra acreditado, sin embargo, el mayor puntaje está representado por 82,35% que fue obtenido por el servicio de Emergencias adultos y el servicio de Emergencias/Urgencias Pediátricas del Hospital Santa Bárbara. Seguido por el servicio de Emergencias del Instituto Chuquisaqueño de Oncología con el 70,59%, el servicio de Emergencias del Hospital del Niño con un 68,75%, el servicio de Emergencias del Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel” con el 62,50% y con menor puntaje el servicio de urgencias del Instituto de

Gastroenterología Boliviano Japonés representado por el 61,54%. RATIFICANDO QUE LA MAYORÍA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA NO ALCANZAN EL PUNTAJE REQUERIDO PARA SU ACREDITACIÓN.

Se concluye que, si bien ha existido un progreso en cuanto a atención en salud, aún existen falencias que de no ser mejoradas tendrán más incidencia en el futuro debido al crecimiento sustancial de la población y la demanda de los servicios de Emergencias perpetuando el colapso permanente en Servicios de Emergencia y la insuficiente capacidad resolutive sumada a la insuficiente capacidad instalada de estos servicios en hospitales de Tercer Nivel de atención.

5.2. RECOMENDACIONES

- **Respecto a la realización de acciones** para el proceso de Acreditación de los servicios de Emergencia, se recomienda que todos los servicios cuenten con un Plan de acción para identificar las condiciones en las que se encuentran y subsanar las áreas críticas identificadas. Asimismo, deberá el nivel gerencial institucional realizar las gestiones para el acondicionamiento y la dotación de las necesidades de los servicios de Emergencia. Los Comités de Acreditación intrahospitalarios deberán realizar procesos de autoevaluación en los servicios de Emergencia simultáneo al Plan de Acción, a fin de promover el fortalecimiento de los servicios de Emergencia.
- Con relación al **cumplimiento de los requisitos básicos para la Acreditación**, se sugiere que todo el personal cuente con identificación, además de que se realicen las gestiones necesarias para contar con tanques de reserva de agua y motores funcionando en casos de corte de energía eléctrica para el abastecimiento a los servicios.
- En referencia al **cumplimiento de los estándares obligatorios para la Acreditación de Servicios de Emergencia**, se considera que las autoridades deban realizar las gestiones pertinentes para contar con una unidad de Emergencias con espacio y circulación óptima acorde a la normativa nacional. Se deben elaborar y/o actualizar los manuales de proceso y procedimientos, al igual que el desarrollo de Planes de capacitación permanente al personal de los servicios de Emergencia. Se deben

elaborar Protocolos y Guías de actuación clínica en Emergencias para la atención de pacientes en coma y pacientes con mantenimiento vital, para la población adulta mayor y para la población infantil. Así mismo el nivel gerencial deberá priorizar estos servicios dotando de la infraestructura, equipamiento y Recursos Humanos necesarios. Paralelo a ello el SEDES Chuquisaca deberá promover el cumplimiento de la norma nacional de evaluación y acreditación estableciendo estos procesos evaluativos en forma semestral y/o anual.

- **En relación al puntaje para Acreditación; de todos los servicios de Emergencia evaluados** se recomienda, en especial a los que alcanzaron puntajes menores a 74%, fortalecer los servicios de Emergencia, desarrollando las gestiones necesarias para la dotación oportuna y eficiente de infraestructura, Recursos Humanos, equipamiento, insumos y de esta manera avanzar en el proceso de mejora que es obtenida a través del cumplimiento de los estándares de Acreditación, procesos en los cuales deberán involucrarse todos los niveles gerenciales a nivel de los establecimientos de salud, así como a nivel del SEDES Chuquisaca y la Gobernación del Departamento. Finalmente se sugiere al SEDES Chuquisaca y a la Gobernación del departamento priorizar la capacidad instalada y resolutive de los Servicios de emergencia a nivel departamental y promover desde el Ministerio de Salud y Deportes la elaboración e implementación de la Norma de caracterización específica de servicios de Emergencia a fin de optimizar este tipo de servicios e incidir en la Calidad de atención en Emergencia en hospitales de Tercer Nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Cuaderno Población y Hechos Vitales. Bolivia; 2020 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/censos-y-proyecciones-de-poblacion-sociales/>
2. Barrios J, Quiroga L. Motivos de atención en salas de emergencia en hospitales públicos de La Paz - Bolivia. Cuadernos Hospital de Clínicas. 2016; 57 (2):45-52.
3. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud. Serie Documentos técnicos Normativos. Publicación 433. La Paz-Bolivia; 2017. P. 20-21.
4. Consultoría Integral de Salud Ubicue. Calidad y origen de los Modelos de Acreditación. Barcelona;2024 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ubicue.es/blog/calidad-y-origen-de-los-modelos-de-acreditacion>
5. Varela JS. Acreditación de hospitales y garantía de Calidad. Repositorio Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú; 2021.
6. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. Historia de la Acreditación en el Mundo y Acreditación en Salud. Colombia;2020 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/historia-de-la-acreditacion-en-el-mundo/>
7. Ortega J, Hernández H, Mariano H, Herrera A. Calidad Estratégica en los Servicios de Salud. Colombia. Corporación Universitaria Latinoamericana; 2019.
8. Poblano Verástegui O, Saucedo Valenzuela AL, Galván García A, Vértiz Ramírez JJ, Anaya Núñez R, Santos Preciado JI, et al. Análisis comparativo de la acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México. Rev Panam Salud Publica. 2023; 47:75.
9. Oliveira JLC, Magallanes AMM, Bernardes A, Haddad MCFL, Wolff LDG, Marcon SS. Influence of hospital Accreditation on professional satisfaction of the nursing team: mixed method study. Rev. Latino-Am. 2019; 27: e3109. [Access 09 08 2023]; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HMmH9J8BKsFy8G7Z6kXKcTy/?format=pdf&lang=es> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2799.3109>
10. Campana S, Conti A, Dimonte V, Dalmaso M, Starnini M, Gianino MM. Trends and Characteristics of Emergency Medical Services in Italy: A 5-Years Population-Based Registry Analysis. Health Care. 2020;8(4).

11. Brito Álvarez G, Roque González R, Guerra Breña R M. La gestión de calidad y acreditación hospitalaria en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Infodir; abril 2021. 34: e946 [citado 9 de agosto 2023] 09]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19965212021000100004&lng=es.
12. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial Límites en la implementación del Sistema Único de Salud. Estado Plurinacional de Bolivia;2022.
13. Mendoza A. Grado de aplicación de estándares de acreditación del servicio de consulta externa del hospital “Santa Bárbara” primer semestre gestión 2022. Universidad Nacional Siglo XX, Sucre; 2022.
14. Polo Andrade S, Eduardo Durán F. Aplicabilidad del modelo SAFCI en Servicios de Salud. Arch.Boliv.Med Scielo. 2016; 26(94): 58-69.
15. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención; 2024 [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>
16. Losada Otálora M, Rodríguez Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad Adm. 2007; 20(34):58-237. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-5922007000200011
17. Ministerio de Salud y Deportes. Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud PRONACS. 1°ed.Bolivia;2008.
18. Ministerio de Salud y Deportes. Política Nacional de Calidad en Salud. 1°ed. Bolivia;2008.
19. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud Tercer Nivel de Atención. Documentos técnico Normativos. La Paz, Bolivia; 2008.
20. Hospital Santa Bárbara. Departamento de Gestión de Calidad. Plan estratégico institucional. Sucre; 2020-2025.
21. Hospital Gineco Obstétrico “Jaime Sánchez Pórcel”. Manual de organización y funciones. Sucre; 2020.
22. Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés. Manual de Organización y Funciones. Sucre; 2019.
23. Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama”. Manual de Organización y funciones. Sucre;2022.

24. Instituto Chuquisaqueño de Oncología. Manual de Organización y Funciones. Sucre; 2021.
25. Ministerio de Salud y Deportes. Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud Tercer Nivel de Atención. Documentos técnico Normativos. La Paz, Bolivia; 2008.
26. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud. Documentos técnico Normativos. Publicación 433. La Paz, Bolivia; 2017.
27. Hermoso F, Aguilar J, Procedimientos en Medicina de Emergencias. España; 2010.
28. Ministerio de Salud. Dirección Superior del Ministerio de Salud. Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia. Nicaragua; 2011.
29. Montanel Marcuello S, Aparicio Miñana I. Historia sobre los servicios de emergencias sanitarias en España. Revisión bibliográfica. Ocronos. 2020;3(2):105.
30. Lindner G, Woitok BK. Emergency department Overcrowding. Wien Klin Wochenschr. 1 de marzo de 2019; 133 (5): 229-33.
31. Benabbas R. Shah R. Zonnoor B, Metha N, Sinert R. Impact of triage liaison provider on emergency department throughput: A systematic review and meta analysis. Am J Emerg Med. 2020; 38(8): 166-70.
32. Cohen JI. Lineamientos en la atención integral de urgencias. En: Gestión clínica del servicio de urgencias Estrategias y soluciones. Primera edición. Colombia: Mc Graw Hill; 2019. P. 175.
33. Torres Navarro Carlos, Jélvez Caamaño Arnaldo. Evaluación de la calidad en un servicio de urgencia utilizando el modelo SERVPERF. uct [Internet]. 2014 [citado 2024 Abr 19] ; 18(71): 38-49. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-48212014000200004&lng=es.

BIBLIOGRAFÍA

- Albornoz Zamora E, Guzmán M, Sidel K. Metodología de la investigación aplicada a las ciencias de la salud y la educación. Ecuador: Mawil publicaciones; 2023.
- Álvarez Dobaño J. M, Atienza G, Zamarrón C. Resultados de salud: hacia la acreditación de los servicios de neumología. Santiago de Compostela España; Archivos de Bronconeumología. 2021; 57(10); 637-647.
- Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a corto plazo. Normas de Diagnóstico y Tratamiento de Emergencias. Documento N°22. 1ra ed. Bolivia; 2020.
- Castro Montenegro D. A, Chamorro Cabrera Y, Rosado Onofre L. M, Miranda Gámez L. E. Calidad de atención en un servicio de emergencias de tercer nivel de atención. Revista Criterios. 2021; 28(1), 196-218.
- Centro de Educación Continua Médica. Manual de las emergencias médicas. 1ra ed. La Aurora. Ediciones Multiciencia; 2023.
- Charry Avila K. T, Pardo Achury E. S, Castro Varela J. A. Ciclo de preparación para la acreditación en salud para una institución prestadora de servicios de salud en el proceso de atención al cliente asistencial. Bogotá; 2020.
- Decreto Supremo N° 29601 Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. 11 junio. Gaceta oficial de Bolivia; 2008
- Dorigo Sade H. A. Implementación de la sala situacional permanente en el centro regulador de urgencias y emergencias médicas-CRUEM en el municipio de La Paz. 2021.
- Fernández Leblanch T. I, Solís Solís S, Bell Castillo J, García Céspedes M, Font Difour M. V. Acreditación hospitalaria una transformación necesaria. Revista Cubana de Tecnología de la Salud. 2021; 12 (2): 199-210.
- Franco Herrera A. L, Fernández Osorio A. D, De La Torre A. Percepción del sistema de acreditación sanitaria en Colombia. Colombia; Colombia Med. 2021; 52 (3).
- Gómez Mendoza M. J, Jaramillo Montaña F. M, Estrella Gaibor C.E, Núñez Gamboa J. J. Análisis de la gestión administrativa y calidad del servicio de emergencias del Centro Tipo C San Rafael de Esmeraldas 2020. Sapienza International Journal of interdisciplinary studies. 2022; 3:69-80.

- Hevia Carro E, Guach Estévez J. L, Sánchez Soca H. Gestión de calidad en la atención de urgencias médicas desde la ciencia y la innovación en Holguín. Conciencia ediciones; 2020.
- Hospital Universitario Departamental de Nariño. Cartilla de Acreditación. Colombia; 2023.
- Linares G. Metodología de investigación médica. Bolivia; 2021.
- Ministerio de Salud y Deportes. Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud PRONACS. Documentos técnico normativos. La Paz Bolivia; 2008.
- Ministerio de Salud y Deportes. Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud Tercer Nivel de Atención. Documentos técnico Normativos. La Paz, Bolivia; 2008.
- Ministerio de Salud. Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud. Documentos técnico normativos. La Paz; 2017.
- República de Bolivia, Asamblea constituyente, Honorable congreso nacional. Constitución Política del Estado. Bolivia; 2009.
- Romero H, Real J, Ordoñez J. L, Gavino G, Saldarriaga G. Metodología de la Investigación. 1 ed. México: EDICUMBRE Editorial corporativa; 2021.
- Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Federación Latinoamericana de Medicina de Emergencias. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 5ta ed. España: Grupo Saned; 2021.
- Torres Yévenes J. Calidad, acreditación y sistemas de acreditación en salud. Chile: Universidad de Talca; 2021.
- Viscaíno Zúñiga P. L, Maldonado Palacios I. A, Cedeño Cedeño R, J. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Ecuador; Ciencia Latina Internacional. 2023; 7 (4): 9723-9762.

ANEXOS

ANEXO N° 1

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES



UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO
XAVIER DE CHUQUISACA
VICERRECTORADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

GUÍA DE EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN SEGÚN NORMATIVA PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA Y URGENCIAS MÉDICAS

FORMULARIO PARA TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Establecimiento de Salud:

Red de Salud:

Nivel de Atención y Caracterización:

Responsable del Servicio de Salud:

Lugar y fecha:

PARTE 1 REQUISITOS BÁSICOS

N°	DESCRIPCIÓN	Cumple = 1 No cumple = 0	OBSERVACIONES
1	EE SS debe tener por lo menos un año de funcionamiento continuado		
2	Señalización interna y externa		
3	Infraestructura debe estar en buenas condiciones de presentación: paredes pintadas, limpias no descascaradas ni con revoque deteriorado, sin humedad ni goteras		

4	Superficies lisas en áreas de circulación restringida		
5	Ausencia de polvo, basura, animales domésticos y vectores		
6	Ausencia de escombros, muebles y equipos dados de baja en dependencias y terrenos aledaños al establecimiento		
7	Disponibilidad de servicios básicos (energía eléctrica, agua potable y medios de comunicación)		
8	En establecimiento de Segundo y Tercer nivel de atención, tanques de reserva de agua y motor para reestablecer la energía en caso de corte de servicios		
9	Personal con identificación, uniforme pulcro y limpio		
10	Instalaciones para circulación vertical de camillas y sillas de rueda (rampas, ascensores) en EE SS de más de una planta		

TOTAL DE REQUISITOS BÁSICOS: 10

REQUISITOS BÁSICOS CUMPLIDOS:

PARTE 2

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

AAP.7 Existen normas y procedimientos para guiar la atención a pacientes de alto riesgo y para la provisión de servicios de alto riesgo (emergencias y urgencias médicas). (OBLIGATORIO)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Cumple = 1 No cumple = 0 No aplica= NA	OBSERVACIONES
1. Las autoridades del establecimiento, definen a los servicios de alto riesgo.	Verificar: · Manual de organización y funciones · Manual de Procesos, operaciones y procedimientos · Normas y Protocolos de atención		
2. Los profesionales médicos identifican a los pacientes de alto riesgo.	Verificar: · Manual de Procesos, operaciones y procedimientos · Normas y Protocolos de atención		
3. Las autoridades elaboran los procedimientos de estos servicios a través de un proceso participativo.	· Instructivo para la elaboración de Manual de Procesos, operaciones y procedimientos · Listado de participantes · Manual de Procesos, operaciones y procedimientos		
4. Se capacita al personal y se utilizan los procedimientos preestablecidos.	Verificar: · Listado de participantes a cursos de capacitación · Normas y protocolos de atención		

AAP.7.2 La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Cumple = 1 No cumple = 0 No aplica= NA	OBSERVACIONES
1. Existe una unidad de emergencias, con acceso externo diferenciado y facilidad de comunicación interna, con espacio y circulación óptima.	· Verificar ambientes		
2. Existe el equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios.	· Verificar in situ		
3. La atención de pacientes de emergencias está regulada por normas y procedimientos.	Verificar: · Manual de Procesos de emergencias · Protocolos de atención		
4. Los pacientes reciben atención de acuerdo a las normas y los procedimientos.	Verificar: · Actas de Comité de auditoría médica		
5. El servicio funciona de manera permanente e ininterrumpida durante todo el año y tiene acceso a los servicios auxiliares de diagnóstico.	Verificar: · Rol de turnos de personal de salud · Funcionamiento de servicios auxiliares de diagnóstico · Panel de información accesible al usuario		

AAP.7.3 La utilización de procedimientos de reanimación se define mediante normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Cumple = 1 No cumple = 0 No aplica= NA	OBSERVACIONES
1. El uso uniforme de procedimientos de reanimación en el establecimiento está regulado por normas y procedimientos.	Verificar: · Manual de Procesos y procedimientos · Normas y Protocolos de atención		

AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital o coma se define en normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Cumple = 1 No cumple = 0 No aplica= NA	OBSERVACIONES
1. La atención a pacientes en coma está regulada por normas y protocolos.	Verificar · Normas y Protocolos de atención		
2. La atención a pacientes con mantenimiento vital está regulada por normas y protocolos.	Verificar · Normas y Protocolos de atención		

AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades contagiosas e inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Cumple = 1 No cumple = 0 No aplica= NA	OBSERVACIONES
1. La atención a pacientes con enfermedades transmisibles está regulada por normas y protocolos.	Verificar · Normas y Protocolos de atención		
2. La atención a pacientes inmunodeprimidos viene regulada por normas y protocolos.	Verificar · Normas y Protocolos de atención		

AAP.7.7 La atención a los pacientes inmovilizados está regulada en normas y protocolos de atención del establecimiento. (OBLIGATORIO)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Cumple = 1 No cumple = 0 No aplica= NA	OBSERVACIONES
1. La inmovilización de pacientes está regulada por normas y protocolos de atención.	Verificar · Manual de Procesos		

AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes vulnerables de edad avanzada y niños. (OBLIGATORIO)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Cumple = 1 No cumple = 0 No aplica= NA	OBSERVACIONES
1. La atención de pacientes en edad avanzada está regulada por normas y protocolos.	Verificar · Normas y Protocolos de atención		
2. La atención de niños está regulada por normas y procedimientos.	Verificar · Normas y Protocolos de atención		

ANEXO N°2
ENCUESTA A LOS FUNCIONARIOS DE HOSPITALES DE TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN

Señor Funcionario, rogamos a usted responder las siguientes preguntas con la mayor sinceridad, el fin del presente cuestionario será el de contribuir a mejorar el desarrollo organizacional de los servicios de Emergencia.

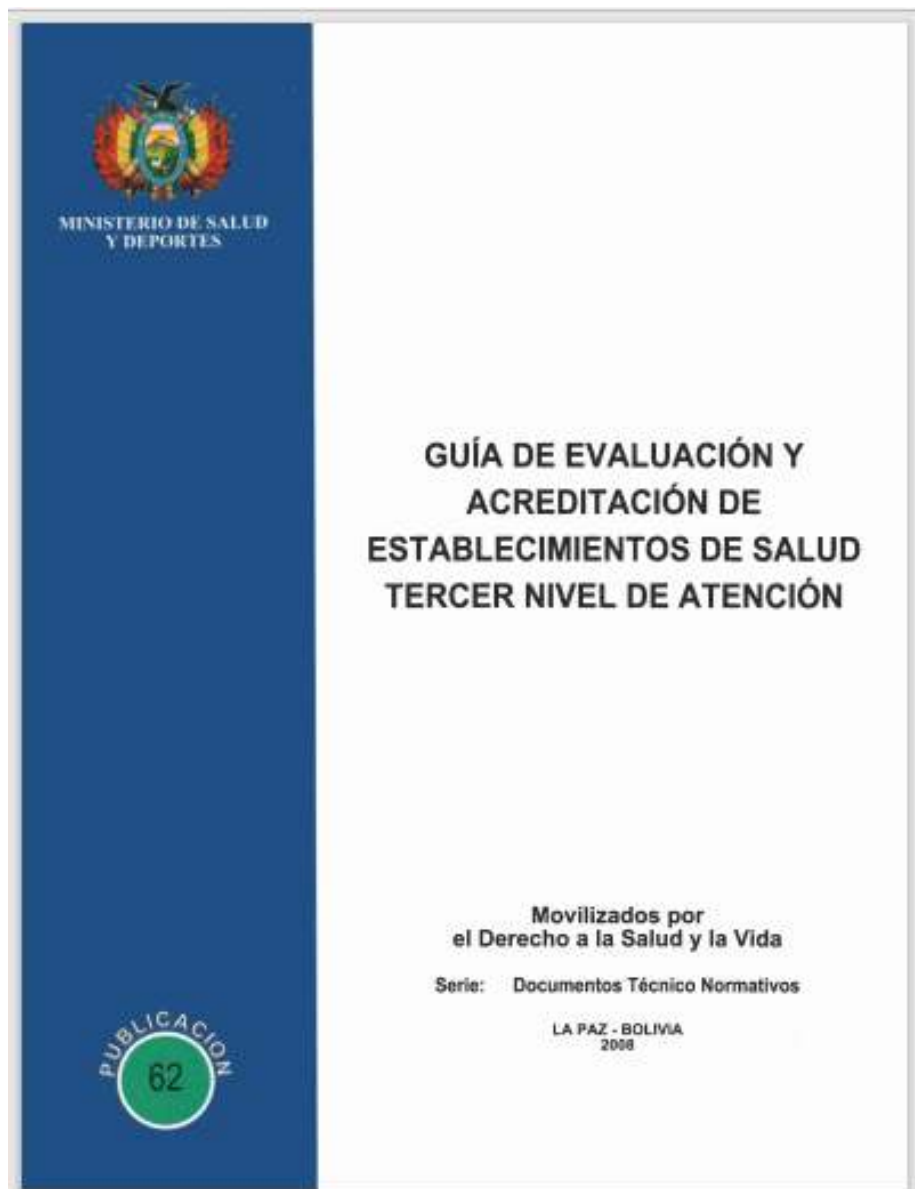
1. Indique las acciones realizadas por el nivel gerencial para el proceso de Acreditación de los Servicios de Emergencia en establecimientos de salud de tercer nivel de atención.
 - a) Cuenta con el comité de acreditación conformado.
 - b) Se realiza la autoevaluación en el servicio de Emergencias
 - c) Se realiza el Plan de acción para el servicio de Emergencias en base a la autoevaluación.
 - d) Desarrollo de las gestiones para el acondicionamiento y dotación de las necesidades identificadas en el Plan de mejora continua para el servicio de Emergencias.
 - e) Cuenta con el apoyo de las autoridades en salud para el desarrollo de los procesos de Acreditación.
 - f) Todos
 - g) Ninguno
2. Indique si conoce y si se aplica las siguientes normas nacionales relacionadas a la evaluación de la estructura y a las funciones de los Servicios de Emergencia.
 - a) Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención
 - b) Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención
 - c) Todos
 - d) Ninguno
3. Determine si el equipamiento y los insumos de los Servicios de Emergencia son suficientes y si están en correspondencia a normas establecidas para sus funciones específicas
 - a) Suficiente
 - b) Insuficiente
 - c) Medianamente suficiente
4. ¿La dotación de Infraestructura y de RR.HH en los Servicios de Emergencia son suficientes y están en correspondencia al requerimiento de hospitales de tercer nivel de atención?
 - a) Suficiente

- b) Insuficiente
 - c) Medianamente suficiente
5. ¿Cuándo realizaron la última autoevaluación del Servicio de Emergencias para acceder a su Acreditación?
- a) Hace 10 años atrás
 - b) Hace 5 años
 - c) Hace 1 año
 - d) Nunca
6. ¿Que considera usted que debe corregirse en los Servicios de Emergencia?
- 1) La coordinación interna
 - 2) Las normas institucionales
 - 3) El Sistema de información al usuario
 - 3) Relaciones humanas

Gracias, su respuesta contribuirá a mejorar los Servicios de Emergencia de Hospitales de Tercer Nivel de Atención

ANEXO N° 3

**GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**



ANEXO N° 4 MEMORIA FOTOGRÁFICA
EMERGENCIAS HOSPITAL SANTA BÁRBARA ADULTOS



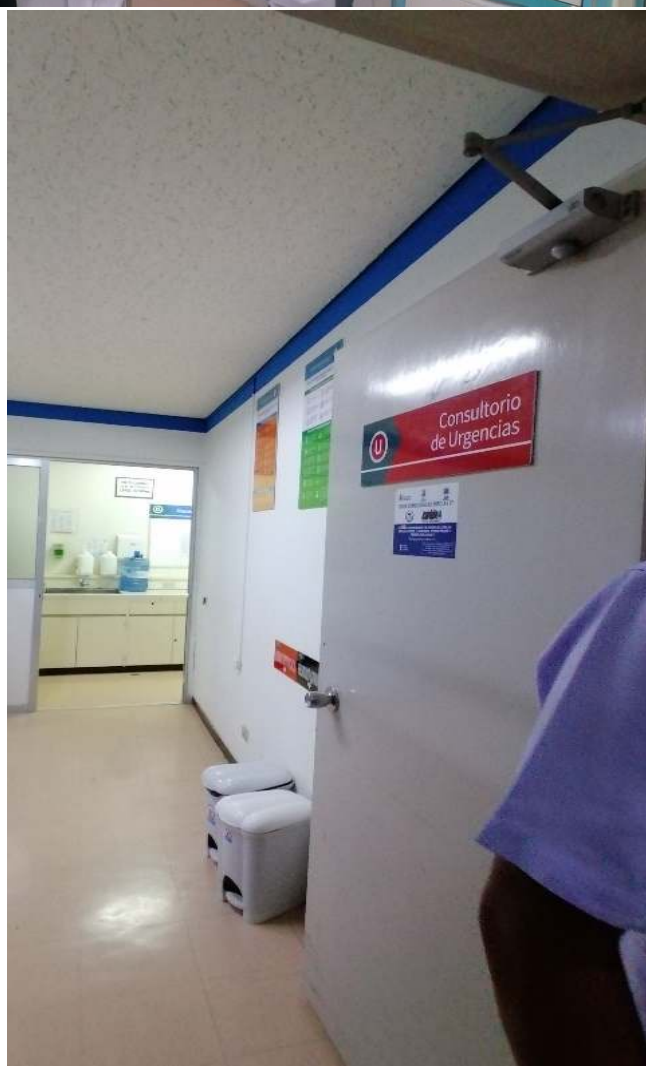
EMERGENCIAS/URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITAL SANTA BÁRBARA



EMERGENCIAS HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO Y NEONATAL



URGENCIAS INSTITUTO GASTROENTEROLÓGICO BOLIVIANO- JAPONÉS



EMERGENCIAS HOSPITAL DEL NIÑO



EMERGENCIAS INSTITUTO CHUQUISQUEÑO DE ONCOLOGÍA

