



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA/
UNAN-MANAGUA**

¡A la Libertad por la Universidad!
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA
MAESTRÍA ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

**Tesis para optar al Título de
Máster en Administración en Servicios de Salud**

**FACTIBILIDAD ECONÓMICA EN EL MARCO DE LA
CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL NUEVO
HOSPITAL MILITAR – EJÉRCITO DE NICARAGUA**

Autor:

**Pedro Benito Martínez Duarte
Ingeniero en Combustible**

Tutora:

**M.Sc. Lisette Linares
Gerencia de lo Social
Docente e Investigadora
CIES UNAN**

Managua, 12 de enero de 2015.

ÍNDICE

i.	DEDICATORIA.....	2
ii.	AGRADECIMIENTO.....	3
iii.	RESUMEN.....	4
I.	INTRODUCCIÓN.....	5
II.	ANTECEDENTES.....	7
III.	JUSTIFICACIÓN.....	14
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
V.	MARCO TEÓRICO.....	18
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
VII.	RESULTADOS.....	39
VIII.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	54
IX.	CONCLUSIONES.....	55
X.	RECOMENDACIONES.....	56
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	57
XII.	ANEXOS.....	60

Anexo N^o. 1. Nota de Prensa N^o 137/2013 EN. Medios de comunicación social visitan la construcción del nuevo hospital militar.

Anexo N^o. 2. Sistema de gestión de la calidad: Despliegue de los procesos ISO 9001.

Anexo N^o. 3. Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad Basado en procesos.

Anexo N^o. 4. Glosario de Términos.

Anexo N^o. 5. Siglas y Acrónimos

i. **DEDICATORIA**

A mi esposa
Thelma Barahona.

A mis hijos:
Oscar Pabel Neftalí
Izkra Tania Gabriela
Pedro Javier
Rommel Enrique II
Marcela Guadalupe

ii. **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al Ejército de Nicaragua, al Cuerpo Médico Militar y de manera particular, al Comandante en Jefe del Ejército de Nicaragua, General de Ejército Julio César Avilés Castillo y al General de Brigada Jaime René Darce Rivera, por la oportunidad brindada.

A los docentes del CIES, por su empeño para transmitirnos sus conocimientos.

A mi amigo, el Teniente Coronel (r) Máster Alberto Esquivel, por su apoyo incondicional para la elaboración del presente trabajo.

A mi tutora y amiga, Máster Lissette Linares, quien siempre estuvo presta a corregirme, orientarme y guiarme para hacer realidad este trabajo.

iii. RESUMEN

El presente documento, análisis de factibilidad financiera para determinar, de acuerdo a la situación actual del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños (HMEADB), las posibilidades económicas para realizar el proceso de acreditación internacional de la calidad del servicio en salud, en algunos servicios del hospital militar que iniciará operaciones en el transcurso del año 2015, con base en los estándares de la Joint Commission International (JCI) y la Organización Internacional de Estandarización (ISO).

En el trabajo, se llegó a la conclusión que el HMEADB está en capacidad de iniciar el proceso de certificación con la JCI, no obstante, es necesario que transcurran al menos 4 años de funcionamiento para que el nuevo hospital logre crear las bases estructurales (infraestructura, equipamiento), funcionales y de experiencia humana que posibiliten lograr los estándares básicos, centrados en el paciente, y de gestión de la organización sanitaria, premisa indispensable para alcanzar la acreditación internacional correspondiente.

Palabras clave

- Factibilidad financiera
- Acreditación
- Certificación
- Estándares de calidad
- Factibilidad
- Habilitación

I. INTRODUCCIÓN

La certificación internacional sobre la calidad de los servicios en salud que ofrece a la sociedad un hospital, en estas primeras décadas del siglo XXI, no solo es deseable, sino también necesaria por los altos índices de competitividad que se registran en el mercado, ante la amplia variedad de oferta de servicios en este tipo de actividad económica. Lo anterior, es de suma importancia, precisamente por tratarse de la salud, el bienestar del usuario y por extensión, la vida de las personas.

Para lograr este reconocimiento o categoría a escala global, las entidades hospitalarias, sean de propiedad pública o privada, incursionan en procesos de certificación de la calidad del servicio social que prestan. Entre los referentes internacionales que certifican esta condición se encuentran:

- A. La *Norma ISO 9001:2008* elaborada por la *Organización Internacional para la Estandarización (ISO)* quien determina los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones para lograr su certificación, cualesquiera que sean sus dimensiones.

- B. Las actividades de acreditación bajo los estándares de calidad proporcionados por la Joint Commission Internacional (JCI) quien se ocupa de *“la mejora de la calidad de la atención sanitaria en la comunidad internacional”*.¹

¹ Karen Timmons. Presidenta y CEO de Joint Commission Internacional y Joint Commission Resources. *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional*, p. 3.

Con este trabajo de investigación se procedió a determinar la factibilidad económica del nuevo Hospital Militar – Ejército de Nicaragua, para desarrollar los procesos de acreditación antes mencionados.

A su vez, el estudio constituye un requisito para optar al título de Máster Administración en Salud del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN Managua.

II. ANTECEDENTES

A. Procesos de Acreditación

Actualmente, se registra a escala global la tendencia hacia la certificación de la calidad de los bienes y servicios que se generan en cualquiera de los sectores de la producción, tanto en el ámbito privado como en algunas organizaciones gubernamentales. Los servicios de atención a la salud de la población, no se excluyen de esta tendencia general del mercado.

Por lo consiguiente, es unánime el interés, cada vez mayor, de las organizaciones sanitarias en garantizar la acreditación de la calidad de sus servicios. En la mayoría de los países se han iniciado estas actividades, y son muy pocos los que ya realizan funciones de certificación de establecimientos de salud, entre las cuales destacan Estados Unidos de América (EUA), Canadá, Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelanda.

En los EUA, las acciones tendentes a evaluar y mejorar la calidad de la atención médica, de la enseñanza de la medicina y el control de las infecciones, se iniciaron a comienzos del siglo XX de manera aislada por médicos e instituciones privadas.

En 1917, el Colegio Americano de Cirujanos (fundado en 1913) inició la evaluación directa de los hospitales para lo que crearon el manual de "Estándares Mínimos para Hospitales" que se aplicó a 692 hospitales, de los cuales solamente 89 cumplieron los requerimientos; los resultados nunca fueron publicados, se abandonaron y se perdieron en el sótano del hotel Waldorf Astoria de la Ciudad de Nueva York.

Con algunas modificaciones y mejoras se continuó la evaluación hasta 1951 y dio origen a la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, ese organismo amplió sus funciones en 1987 y se transformó en la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* la cual dirigió sus acciones no solo a *valorar las estructuras* sino también a *estimar los procesos e indicadores de productividad*.

En Canadá, desde 1951, se adoptaron los estándares acordados por la Joint Commission on Accreditation of Hospitals y a partir de 1959 creó su propia organización para acreditar hospitales.

Tabla N°. 1

PAISES CON ORGANIZACIONES DE ACREDITACION	
Estados Unidos	Japón
Canadá	Corea
Gran Bretaña	China
Australia	Sudáfrica
Nueva Zelanda	República Checa
Países Bajos	Kirguistán
Lituania	

Fuente: *Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y Administración de la Calidad de los Servicios de Salud. USAID Abril, 1999.*

En 1992, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició un proyecto para fomentar la certificación de organizaciones de salud en América Latina y el Caribe, con este fin se diseñó el *Manual de Acreditación OPS* que tomó en cuenta la situación real de los hospitales latinoamericanos, principalmente en cuanto al

número de camas y la escala de operación, comparada con los grandes hospitales de países desarrollados.

El propósito de ello, era estimular a los gobiernos de los países de la región para que desarrollaran *sus propios criterios* y establecieran sus *estructuras certificadoras*. Los criterios determinados se basaron en la experiencia estadounidense, que ya para entonces, se encontraba en pleno proceso de cambio, por lo que el proyecto de la Organización Panamericana de la Salud pronto se volvió obsoleto.

A pocos años de la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, el resultado no fue favorable, ya que en la mayor parte de los países latinoamericanos, el proceso se interrumpió por múltiples causas y en aquellos en que aún existen rastros, la certificación como se planteó originalmente, no adquirió plena presencia en el sistema de salud respectivo.

Tabla N°.2.

PAÍSES LATINOAMERICANOS CON ORGANIZACIONES DE ACREDITACION EN PROCESO DE CONSOLIDACIÓN	
Argentina	México
Brasil	República Dominicana
Bolivia	Trinidad y Tobago
Guatemala	

La mayoría de académicos y estudiosos de este tema está consciente que la mejora en la calidad que se pretende no se logrará únicamente con la *certificación de hospitales*. Ella es parte de las acciones que deberán iniciarse, tales como la

formación de médicos, tanto en número como en su capacidad para resolver problemas; la *actualización de currícula y programas académicos* de las escuelas de acuerdo a las condiciones actuales del ejercicio de la medicina; introducción de mejoras en la orientación profesional y la selección de los aspirantes.²

En Nicaragua, el Hospital Metropolitano Vivian Pellas (HMVP) inició un proceso de acreditación internacional para obtener el certificado *Joint Commission (JIC)* cuyos estándares de calidad de operación son comparables con los de la *Norma Internacional ISO 9001*. El ingeniero Gilberto Guzmán, Director General de esta organización, expresó en el año 2005 cuando se inició el proceso, que el objetivo que se proponían era proporcionar una mejor atención a sus pacientes y brindar un servicio médico de superior calidad.

Para esa época, se estimó que este proceso de acreditación se extendería por un lapso de tres años, y el Hospital involucrará a todo su personal médico, clínico, administrativo y operativo, de forma tal, que la cohesión de toda la institución permitiría el cumplimiento de altos estándares requeridos. El doctor Enrique Sánchez, Director de Educación Continua del HMVP señaló que representaba un reto, una meta por alcanzar y se encontraban “trabajando en el estudio del manual para la acreditación”. El proceso terminó en 2010 para el HMVP con una inversión que alcanzó los 500 mil dólares.

Luego, en un segundo momento, este mismo hospital se sometió a la verificación de estándares de calidad y en 2013 informó que de los 1 mil 300 elementos que la JCI establece para medir la calidad de un hospital, el Vivian Pellas sólo incumplió 2, cuando la media de los demás hospitales evaluados es de 25 elementos no cumplidos. Refirió también que cumplir este proceso de acreditación

² Octavio Rivera Serrano. *Certificación de Hospitales en México*, p.3.

conllevo, esta vez, una inversión de 100 mil dólares. Por otra parte, la frecuencia que se recomienda para la certificación internacional es cada 3 años.

Según versiones periodísticas, se estima que el HMVP es el único hospital de Nicaragua que cuenta con una certificación de la JCI y uno de los tres a nivel centroamericano; los otros dos son: el Hospital Clínica Bíblica y Hospital CIMA (Centro Internacional de Medicina), que operan en San José, Costa Rica.³

B. Ley General de Salud de Nicaragua y el proceso de acreditación

En el ordenamiento jurídico nacional se establece, mediante la Ley General de Salud (GLS) y su reglamento correspondiente, el marco de actuación de los procesos de acreditación hospitalaria.

En la Sección II de la Ley y el articulado subsiguiente, se define la Acreditación en los términos siguientes:

“El proceso de acreditación, como proceso voluntario, tiene como objetivo el cumplimiento de una serie de requisitos, a efecto de elevar los estándares mínimos de calidad”.

En el Reglamento de la Ley General de Salud, se complementan y detallan las características del proceso de acreditación, de las unidades proveedoras de servicios de salud.

³ Aleyda Sandoval y Leyda Jarquín. Reportajes en El Nuevo Diario del 8 de octubre de 2005 y del año 2013, respectivamente.

La Acreditación es un proceso voluntario de evaluación, válido por un período de tres años, por medio del cual se valora y reconoce que un establecimiento de salud, cumple con los estándares elaborados. A fin de garantizar la mejoría de la calidad de atención en salud, se crea la Comisión Nacional de Acreditación (CNA), con autonomía orgánica, correspondiéndole diseñar los distintos instrumentos para la implementación del proceso voluntario de acreditación en los establecimientos proveedores de servicios de salud previamente habilitados; la que se regirá por su propio reglamento.

Para la creación de la CNA, se faculta al Titular del Ministerio de Salud (MINSA), para que mediante resolución ministerial, organice una comisión transitoria que establezca los principios básicos de su organización, funcionamiento y evaluaciones respectivos. La CNA, está integrada por un delegado de las siguientes instituciones:

Tabla N° 3. Instituciones que conforman la Comisión Nacional de Acreditación.

N°.	INSTITUCIÓN
1.	Establecimiento de salud del subsector privado.
2.	Asociaciones médicas nicaragüenses.
3.	Ministerio de Salud (MINSA)
4.	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)
5.	Organismos No gubernamentales que trabajan en salud.
6.	Servicios Médicos del Ejército de Nicaragua.
7.	Servicios Médicos de la Policía Nacional en algunos servicios del hospital militar.
8.	Cámara de Empresas Médicas Previsionales.

Son funciones de la Comisión Nacional de Acreditación, las siguientes:

- 1) Organizar y dirigir el proceso de Acreditación.
- 2) Elaborar estándares de acreditación para evaluar estructuras, procesos y resultados.
- 3) Analizar y evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación.
- 4) Realizar una evaluación local a los establecimientos de salud acreditados cada tres años.
- 5) Emitir certificado de acreditación a todo establecimiento de salud que ha cumplido con los requisitos establecidos y haya superado el porcentaje de cumplimiento de estándares previamente determinados por la Comisión de Acreditación (*Ver Anexo N°. 4*)

III. JUSTIFICACIÓN

Para el presente año 2015, está programado que la institución militar del país cuente con un nuevo hospital en la capital, Managua, obra en la que se invierten más de 100 millones de dólares. Ante esta circunstancia, resulta pertinente desarrollar como tesis de graduación en el presente Programa de Maestría en Salud el tema siguiente:

«Factibilidad económica, en el marco de la certificación internacional del nuevo Hospital Militar – Ejército de Nicaragua»

Los resultados de esta investigación pueden servirle, directa o indirectamente, a diversas entidades, aparte de la Dirección Superior del HMEADB, que posean interés análogo en contar con certificación internacional a la calidad de los servicios hospitalarios que sirven. En ese sentido, pueden señalarse:

- A.** Las autoridades superiores representantes de cada unidad hospitalaria, integrantes a su vez de la red sanitaria pública del país, bajo la dirección del Ministerio de Salud.

- B.** La Dirección Superior de los hospitales privados con capacidad y visión para optar por una certificación internacional de sus servicios.

- C.** Rectorías y Consejos Académicos de Instituciones de la Educación Superior que comprenden en su oferta universitaria la carrera de medicina o enfermería, tales como la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua, UNAN León); Universidad Católica (UNICA); Universidad

Politécnica de Nicaragua (UPOLI); Universidad Americana (UAM), la propia Facultad de Medicina del HMEADB, etcétera.

- D.** Centros de investigación sobre problemas de la salud o la calidad de los servicios médicos en Nicaragua. Entre ellos el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) adscrito a la UNAN, Managua.⁴

⁴ Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) – UNAN Managua.
Sitio Web: <http://www.unan.edu.ni/index.php/i-d/92-centros-investigacion/111-cies>

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en las ideas expuestas anteriormente, se procede a plantear el problema fundamental de investigación:

¿En qué medida, la situación económica actual del Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños (HMEADB) está en capacidad de sufragar los costos de un proceso de acreditación internacional de calidad, sobre algunos servicios que prestará el nuevo Hospital Militar que inicia operaciones en 2015?

Interrogantes específicas de investigación

1. ¿Cuáles son los **procesos necesarios** de realizar en la certificación internacional de la calidad de los servicios de salud, de un hospital de III generación, aplicando estándares de la Joint Commission International y de la Organización Internacional para la Estandarización ISO 9001:2008?
2. ¿Cuánto es el **costo** del proceso de **certificación internacional** de la calidad de los servicios de salud de un hospital de III generación, aplicando estándares de la Joint Commission International y de la Organización Internacional para la Estandarización ISO 9001:2008?
3. ¿Cuál es la **factibilidad económica** del HMEADB, para efectuar un proceso de certificación internacional de la calidad de los servicios de salud, mediante la aplicación de los estándares de la Joint Commission International y de la Organización Internacional para la Estandarización ISO 9001:2008.

V. OBJETIVOS

A. General

Analizar la factibilidad económica actual del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños (HMEADB), para desarrollar un proceso de acreditación internacional de calidad, sobre los distintos servicios que prestará el nuevo hospital militar que inicia operaciones en 2015.

B. Específicos

1. Identificar los **procesos necesarios** para la certificación internacional de la calidad del servicio, mediante la aplicación de la Norma propuesta por la ISO 9001:2008 y la Joint Commission International.
2. Valorar los **costos** del proceso de **certificación internacional** de la calidad del servicio, aplicación estándares de la Joint Commission International y de la ISO 9001:2008.
3. Precisar la **factibilidad económica** del HMEADB, para sufragar los costos de un proceso de certificación internacional de la calidad del servicio, mediante la aplicación de los estándares de la Joint Commission International y de la ISO 9001:2008 para la acreditación de los servicios en salud.

V. MARCO TEÓRICO

A. Aspectos generales: conceptos y teoría

En el mes de enero de 2012, inició la construcción del nuevo hospital militar de Nicaragua. El Alto Mando de la institución castrense del país, en agosto del año 2013, divulga amplia información sobre el proceso de edificación del nuevo establecimiento de salud que ofrecerá servicios en la capital, lo que representa una inversión de más de 105 millones de dólares. Para el mes de agosto del año 2014 se planteó cumplir tres grandes cometidos:

- 1) Construcción del edificio,
- 2) Equipamiento del hospital y
- 3) Formación del personal de atención.

La construcción cuenta con el financiamiento del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), el Gobierno de Nicaragua y el BANCOMEX de México.

Las autoridades superiores de esta unidad de salud, afirman que será “la más grande obra de infraestructura hospitalaria que se realiza en el país en más de 50 años. Por las capacidades que tiene, el equipamiento y los recursos humanos, representa una revolución al sistema de atención hospitalaria, y se puede decir sin lugar a dudas, que va a iniciar una nueva era de desarrollo en lo que se refiere a la atención de tercero y cuarto nivel en Nicaragua”. (*Ver Anexo N^o. 1*)

El nuevo hospital es una edificación vertical que cumple con los estándares internacionales de construcción, y ocupa un área de 50 mil metros cuadrados. En el sótano habrá capacidad para albergar 350 vehículos, y el edificio incorporará sistemas innovadores de generación de energía, cableado estructurado, elevadores modernos, y un sistema de seguridad y vigilancia automatizado. La obra consta de 7 estructuras conectadas entre sí, dos de ellas de 5 pisos y el resto de tres plantas. Contará con 476 camas, 100 consultorios para la atención de todo tipo de especialidades médicas, 11 quirófanos para operaciones de alta complejidad, uno de ellos estará acondicionado para tele cirugía que servirá como conferencia a estudiantes de medicina.

Tendrá capacidad para atender a 150 mil asegurados, triplicando así el número de personas que atiende el actual Hospital Militar ubicado en la Loma de Tiscapa. El nuevo hospital tendrá las condiciones para realizar trasplantes de órganos, cirugías cardiovasculares, neurocirugía, cirugía de otorrinolaringología y un sistema de esterilización con plasma y peróxido de hidrógeno que garantiza que el paciente no se infecte al momento de ser intervenido quirúrgicamente.

En este hospital se atenderá a los miembros del Ejército de Nicaragua, a trabajadores afiliados al INSS y parte de la población nicaragüense, puesto que también funcionará como un hospital de referencia del sistema nacional de salud que, a través de programas que definirá el Gobierno Central, de igual manera, atenderá a pacientes privados.

El hospital empleará a más de 2 mil personas entre médicos, personal de enfermería, administrativo, de limpieza, y lavandería. La moderna tecnología de punta del equipamiento, facilitará la realización de investigaciones médicas al personal.

Los términos técnicos y teorías básicas que servirán de referencia para la elaboración de este estudio son los siguientes:

B. Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

Es una estructura operacional de trabajo, bien documentada e integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, la maquinaria o equipos, y la información de la organización de manera práctica y coordinada y que asegure la satisfacción del cliente y bajos costos para la calidad.

En otras palabras, un SGC representa una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (Recursos, Procedimientos, Documentos, Estructura organizacional y Estrategias) para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización. Si bien este concepto nace en la *industria de manufactura*, estos pueden ser aplicados en cualquier sector de actividad económica. (Ver Anexo N^o. 4)

C. Acreditación de atención sanitaria, según la Joint Commission International (JCI)

Es un proceso en el cual una entidad, separada y diferente de la organización de atención sanitaria, por lo general no gubernamental, evalúa la organización sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

Por lo general, la acreditación es voluntaria. Los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. La acreditación proporciona un compromiso visible, por parte de la organización, de mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente, asegurar un entorno de atención seguro y trabajar permanentemente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal. La administración ha obtenido la atención mundial como evaluación efectiva de la calidad y como herramienta de gestión.⁵

D. Estándares centrados en el paciente

En primer lugar, esta sección de los estándares de calidad de los servicios hospitalarios, según se establece por la JCI, se ocupa de los *Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente*.⁶ A continuación se mencionan los procesos que se evalúan para lograr la acreditación de la calidad del servicio:

1. Las necesidades del paciente que la organización sanitaria puede cubrir,
2. El flujo eficiente de servicios al paciente y

⁵ Estándares para la Acreditación de Hospitales de JCI. I Parte, p. 4.

⁶ La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de *coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo*, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente. Fuente: <http://www.who.int/patientsafety/es/>

3. El traslado o el alta adecuados del paciente a su domicilio o a otro entorno de atención.⁷

E. Estándares de gestión de la organización sanitaria

Comprende la descripción del enfoque global para la mejora de la calidad y seguridad del paciente. La *reducción permanente de los riesgos para el paciente y personal* es integral a la mejora general de la calidad del servicio hospitalario. Tales riesgos pueden encontrarse en los *procesos clínicos* como en el *entorno físico*. En ese sentido, los procesos que se incluyen en este caso, son los siguientes:

1. El liderazgo y la planificación del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente
2. El diseño de nuevos procesos clínicos y de gestión
3. La medición del funcionamiento de los procesos, mediante la recogida de datos
4. El análisis de los datos
5. La implementación y consolidación de cambios que tengan como resultado la mejora

Consecuentemente, se subraya en esta teoría de los Sistemas de Gestión de Calidad y, particularmente el que propugna la JCI, que tanto programa de mejora de la calidad de la gestión, como el de seguridad del paciente:

1. Son conducidos por líderes
2. Procuran cambiar la cultura de la organización

⁷ Estándares... JCI I Parte, p. 42.

3. Identifican de forma proactiva y reducen el riesgo y la variabilidad
4. Usan los datos para centrarse en cuestiones prioritarias
5. Procuran demostrar mejoras sostenibles⁸

F. La calidad del servicio hospitalario y la seguridad del paciente

Ambas variables se encuentran arraigadas en el trabajo diario de cada uno de los profesionales de la organización sanitaria y demás miembros del personal administrativo y de apoyo. En tanto los médicos y el personal de enfermería evalúan las necesidades del paciente y prestan atención, los estándares antes descritos contribuyen a entender cómo llevar a cabo mejoras reales para ayudar a sus pacientes y reducir los riesgos.

De igual forma, la gerencia (Dirección Superior) el personal de apoyo y demás trabajadores pueden aplicar los estándares a su trabajo diario, para entender cómo pueden hacer más eficientes los procesos, cómo pueden usarse los recursos de modo más inteligente y cómo pueden reducirse los riesgos físicos.

Se enfatiza que la planificación, el diseño, la medición, el análisis y las mejoras continuas de los procesos clínicos y de gestión deben estar bien organizados y contar con un claro liderazgo a fin de obtener los máximos beneficios.

⁸ Estándares... JCI, II Parte, p. 139.

G. Normas de la Organización Internacional para la Estandarización, ISO 9001:2008

Éstas comprenden los contenidos siguientes:

1. Capítulo 1 al 3: *Guías y descripciones generales*.
2. Capítulo 4: *Sistema de gestión*: contiene los requisitos generales y particulares para gestionar la documentación.
3. Capítulo 5: *Responsabilidades de la Dirección*: contiene los requisitos que debe cumplir la dirección de la organización, tales como definir la política, asegurar que las responsabilidades y autoridades están definidas, aprobar objetivos, el compromiso de la dirección con la calidad, etc.
4. Capítulo 6: *Gestión de los recursos*: la Norma distingue 3 tipos de recursos sobre los cuales se debe actuar: RR.HH., infraestructura, y ambiente de trabajo. Aquí se contienen los requisitos exigidos en su gestión.
5. Capítulo 7: *Realización del producto/servicio*: aquí están contenidos los requisitos puramente de lo que se produce o brinda como servicio (la norma incluye servicio cuando denomina "producto") desde la atención al cliente, hasta la entrega del producto o el servicio.
6. Capítulo 8: *Medición, análisis y mejora*: aquí se sitúan los requisitos para los procesos que recopilan información, la analizan, y que actúan en consecuencia. El objetivo es mejorar continuamente la capacidad de la organización para suministrar productos y/o servicios que cumplan con los requisitos. El objetivo declarado en la norma, es que la organización busque

sin descanso la satisfacción del cliente a través del cumplimiento de los requisitos.

ISO 9001:2008 tiene muchas semejanzas con el famoso “PDCA”: acrónimo de Plan, Do, Check, Act (**Planificar, Hacer, Verificar, Actuar**). La norma está estructurada en *cuatro grandes bloques*, completamente lógicos, y esto significa que con el modelo de sistema de gestión de calidad basado en ISO se puede desarrollar en su seno *cualquier actividad*, sin importar si el producto o servicio lo brinda una organización *pública o privada*, cualquiera que sea su tamaño. (Ver Anexos Nº. 3 y 4)

El proceso de acreditación internacional de las instituciones médicas es una preocupación para la Organización Mundial de la Salud quien, en su Asamblea Mundial realizada en su sede, Ginebra – 2006, evaluó la necesidad de mejorar la calidad de los hospitales a nivel internacional, eso incluye prevención de infecciones, mejor tratamiento médico, mejor tecnología y mejor atención al paciente.⁹

Los procesos de acreditación internacional representan un compromiso claro, firme y sostenido por la búsqueda de la excelencia en la atención al paciente, garantizando un entorno seguro y un trabajo sistemático en la reducción de riesgos para los pacientes, el cuerpo médico y el personal de la institución.

⁹ La 59ª Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 22 al 27 de mayo de 2006, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 116ª reunión. Sus debates se publican en tres volúmenes que contienen, entre otras cosas, el material siguiente: (1) Resoluciones y decisiones, y anexos: documento WHA59/2006/REC/1. (2) Actas taquigráficas de las sesiones plenarias y lista de participantes: documento WHA59/2006/REC/2. (3). Actas resumidas e informes de las comisiones: documento WHA59/2006/REC/3.

H. Análisis financiero

1. Definición

El Análisis Financiero es el conjunto de técnicas utilizadas para diagnosticar la situación y perspectivas de una organización. El objetivo fundamental del análisis financiero es poder tomar decisiones adecuadas en el ámbito correspondiente de la empresa. Estas técnicas, se basan principalmente en la información contenida en los **estados financieros** y pretenden realizar un **diagnóstico de la entidad**, que permita obtener conclusiones sobre la marcha del negocio y su evolución futura.

El análisis debe aportar perspectivas que reduzcan el ámbito de las conjeturas, y por lo tanto las dudas que se plantean cuando se trata de decidir. Con el análisis, se transforman grandes masas de datos en **información selectiva** ayudando a que las decisiones se adopten de forma sistemática y racional, minimizando el riesgo de errores. El análisis financiero, no es solamente relevante para quienes desempeñan la responsabilidad financiera en la empresa. Su utilidad se extiende a todos aquellos agentes interesados en la empresa, su situación actual y la evolución previsible de esta. Distinguimos por lo tanto **dos diferentes perspectivas** en lo que al interés del análisis se refiere:

Perspectiva interna: El análisis financiero será de capital importancia para quienes dirigen la empresa. A través del análisis podrán tomar decisiones que corrijan desequilibrios, así como analizar y anticipar tanto riesgos como oportunidades. En definitiva el correcto conocimiento de las **variables, económico, financieras** de la

empresa permitirán su gestión diaria además de la planificación de su desarrollo futuro.

2. Los aspectos financieros de una organización

Existen muchas razones para entender y evaluar los aspectos financieros de una empresa. Para los propietarios y ejecutivos, la comprensión de los aspectos financieros es esencial para tomar buenas decisiones en el futuro. Los **inversores potenciales** también pueden interesarse en los aspectos financieros de una empresa como un medio para obtener herramientas que les ayuden a predecir los rendimientos futuros. (Pedraza, 2006)

Para desarrollar un **plan financiero** se deben considerar algunos elementos de política financiera como son:

- a) La inversión que requiere la empresa en nuevos activos
- b) El grado de **apalancamiento financiero**
- c) La cantidad de efectivo a pagar a los accionistas
- d) La cantidad de **capital de trabajo** y liquidez que se requieren de forma continua.

3. Planificación financiera

Los autores (Stephen et al., 1996) definen la planificación financiera como la declaración de lo que se pretende hacer en un futuro, y debe tener en cuenta el **crecimiento esperado; las interacciones entre financiación e inversión;** opciones sobre **inversión y financiación** y líneas de negocios; la prevención de

riesgos, definiendo lo que puede suceder ante diferentes acontecimientos y la factibilidad ante objetivos y metas.

Por su parte Weston (2006) plantea que la planificación financiera implica la elaboración de **proyecciones de ventas, ingresos y activos** tomando como base **estrategias alternativas de producción y mercadotecnia**, así como la determinación de los recursos que se necesitan para lograr estas proyecciones.

Otros la definen (Brealey y Myer, 1994) como un proceso de análisis de las influencias mutuas entre las alternativas de inversión y de financiación; proyección de las consecuencias futuras de las decisiones presentes, decisión de las alternativas a adoptar y por ultimo comparación del comportamiento posterior con los objetivos establecidos en el plan financiero.

La planificación financiera es **una técnica que reúne un conjunto de métodos, instrumentos y objetivos** con el fin de establecer en una empresa **pronósticos y metas económicas y financieras por alcanzar**, tomando en cuenta los medios que se tienen y los que se requieren para lograrlo.

También se puede decir que la planificación financiera es un procedimiento en tres fases para decidir qué acciones se deben realizar en lo futuro para lograr los objetivos trazados: **planear** lo que se quiere hacer, **llevar a cabo lo planeado** y verificar la eficiencia de cómo se hizo. La planificación financiera a través de **un presupuesto** dará a la institución, una **coordinación general de funcionamiento**.

Para el autor la planificación financiera es un proceso de estimar la demanda de recursos (compras, activos, mano de obra, ventas, etc.) teniendo como base las distintas alternativas posibles para alcanzar las metas, auxiliándose de herramientas y técnicas financieras y matemáticas.

La planificación financiera es un aspecto que reviste gran importancia para el funcionamiento y, por ende, la supervivencia de la empresa.

Son tres los elementos clave en el proceso de planificación financiera:

- a) La **planificación del efectivo** consiste en la elaboración de presupuestos de caja. Sin un nivel adecuado de efectivo y pese al nivel que presenten las utilidades la empresa está expuesta al fracaso.

- b) La **planificación de utilidades**, se obtiene por medio de los estados financieros proforma, los cuales muestran niveles anticipados de ingresos, activos, pasivos y capital social.

- c) Los **presupuestos de caja y los estados pro forma** son útiles no sólo para la planificación financiera interna; sino que forman parte de la información que exigen los prestamistas tanto presentes como futuros.

4. Importancia relativa del análisis de estados financieros

Son un componente indispensable de la mayor parte de las decisiones sobre préstamo, inversión y otras cuestiones próximas. La importancia del análisis de estados financieros radica en que **facilita la toma de decisiones a los inversionistas o terceros que estén interesados en la situación económica y financiera de la organización.**

Es el elemento principal de todo el conjunto de decisión que interesa al responsable de préstamo o el inversor en bonos. Su importancia relativa en el conjunto de decisiones sobre inversión depende de **las circunstancias** y del **momento del mercado**. Los tipos de análisis financiero son el **interno y externo**, y los tipos de comparaciones son el análisis de corte transversal y el análisis de serie de tiempo.

5. Los principales entornos en cuanto a la evaluación financiera de la empresa:

- a) **Rentabilidad:** Es la eficiencia de los capitales aplicados. Suele relacionar este concepto el resultado de los capitales con el riesgo de esa inversión.

- b) **Solvencia:** Es la capacidad de la empresa para hacer frente a sus pagos. A muy corto plazo esto se mide por la **liquidez**. Analizar la solvencia es comprobar si la empresa podrá pagar sus deudas.

- c) **Eficacia:** Combinación de factores productivos que permite obtener los objetivos de la empresa.

- d) **Eficiencia:** Combinación de factores productivos que permite lograr a la empresa sus objetivos a menor coste posible (naturalmente, el mínimo coste óptimo es una meta un tanto ideal y por tanto el lector no debe ser tampoco tan exigente).

- e) **Garantía:** Capacidad o suficiencia de los activos reales, para responder de las deudas de la empresa.

6. La capacidad productiva

Sus técnicas de interpretación son 2: El análisis y la comparación.

7. Objetivo de los estados financieros

Es proporcionar información útil a inversores y otorgantes de crédito para predecir, comparar y evaluar los flujos de tesorería. Proporcionar a los usuarios información para predecir, comparar y evaluar la capacidad de generación de beneficios de una empresa.

8. Estados financieros básicos

Los principales estados financieros que ayudan a conocer la situación financiera de una empresa son los siguientes:

- a) Balance general
- b) Estado de resultados
- c) Estado de cambios en la situación financiera
- d) Estado de cambios en el capital

a) Balance general

Es el estado financiero que muestra los **activos, pasivos y el capital contable** de una empresa a una fecha determinada. En este estado financiero se muestra cómo están distribuidos los bienes de una empresa (activos), cuánto se debe (pasivos), si las deudas son a corto o largo plazos, cuánto dinero han invertido los socios en la empresa (capital contable), etcétera.

b) Estado de Resultados

El estado financiero que muestra los **ingresos y egresos** de una empresa un periodo determinado. A diferencia del Balance General, éste es un estado financiero dinámico, ya que abarca las operaciones desde una fecha hasta otra fecha, dentro del mismo año. Es decir, el Estado de resultados muestra la cantidad total de ingresos y egresos desde el primero hasta el último día del periodo que abarca.

c) Estado de cambios en la situación financiera con base en el efectivo

Este estado financiero muestra los cambios de una empresa en cuanto a la distribución de sus recursos económicos, así como en sus obligaciones y su capital. Al igual que el estado de resultados, es un estado financiero dinámico, ya que muestra los cambios sufridos en un periodo determinado.

d) Estado de cambios en el capital contable

Como su nombre lo indica, este estado financiero muestra los cambios existentes en la integración del capital contable, tal es el caso de **incrementos en el capital social**, utilidades acumuladas, dividendos pagados, etcétera.

Al igual que el estado de resultados y el estado de cambios en la situación financiera, es un estado financiero dinámico, es decir, muestra los cambios sufridos en un periodo determinado.

En consecuencia, los estados financieros reflejan todo el conjunto de conceptos y funcionamiento de las empresa, toda la información que en ellos se muestran deben servir para conocer todos los **recursos, obligaciones , capital, gastos, ingresos, costos** y todos los cambios que se prestaron en ellos o al termino del ejercicio económico, también para **apoyar la planeación y dirección del negocio, la toma de decisiones** el análisis y la evaluación de los encargados de la gestión, **ejercer control sobre los rubros económicos internos** y para contribuir a la evaluación del impacto que esta tiene sobre los factores sociales externos.

Estos deben ser útiles para la toma de decisiones de inversión y de crédito medir la solución y liquidez de la compañía así como su capacidad para generar recursos y evaluar el origen y características de los recursos financieros así como su rendimiento.¹⁰

¹⁰ Álvarez Zenderos, Luis Alerto. *"Análisis financiero para las empresas"*. 5 de noviembre de 2014 Fuente: <http://www.gestiopolis.com/finanzas-contaduria-2/analisis-financiero-para-las-empresas.htm>

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

A. La investigación que se diseñó para este estudio, se tipifica con base a los siguientes criterios de clasificación:

1. *Por su extensión en el tiempo, es de corte transversal.* Es decir, su estudio comprende el año 2014 con la decisión del Alto Mando – Ejército Nacional EN para la construcción del nuevo Hospital Militar, para la estimación de sus proyecciones, en cuanto a posibilidades financieras de acreditación internacional en el año 2015.
2. *Por el nivel de profundidad del conocimiento,* representó un estudio de carácter **descriptivo**. Por esta razón, no se pretendió abordar variables causa – efecto, sino que se sometieron a estudio los *factores* que incidían directamente--favorable o desfavorablemente-- en las posibilidades económicas de acceder la acreditación de la calidad de los servicios sanitarios para el hospital en cuestión.
3. **Área de estudio:** Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños (HMADB).
4. **Universo de estudio:** estuvo constituido por el HMADB en su conjunto.
5. **Muestra:** dos servicios específicos: servicio de lavandería y servicio de cocina comedor.

6. Unidad de Análisis: los servicios lavandería y cocina comedor.

7. Criterios de Selección:

Se seleccionaron dos servicios representativos a conveniencia.

8. Variables de Estudio

Objetivo 1:

- a) Factores de la calidad internacional en los servicios de Lavandería y Cocina Comedor de unidades hospitalarias.
- b) Factores de la calidad nacional en los servicios de Lavandería y Cocina Comedor de unidades hospitalarias.

Objetivo 2:

Tarifas de costos internacionales de certificación de la calidad de servicios hospitalarios.

Objetivo 3:

Utilidades del ejercicio financiero anual del hospital.

9. Fuentes de información: Ley General de Salud, estándares para la acreditación de hospitales, información financiera del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños.

10. Técnicas de recolección de datos

Entre las técnicas de investigación de gabinete, se implementaron las siguientes:

- a) Revisión documental.** Se procedió a estudiar fuente documental de orden primario, tales como los Estándares para la Acreditación de Hospitales, publicados por la Joint Commission International (JCI) y por la ISO 9001. Lectura y análisis de los estados financieros del HMDB en cuanto al nivel de percepción de ingresos fijos por servicios (INSS y otras entidades demandantes), la factibilidad de obtención de fondos externos de una agencia internacional, se consultaron manuales de acreditación de los servicios sanitarios del MINSA que ha venido publicando desde el año 1996 (*Ver Anexo N°. 4*)
- b) Búsqueda de información en line.** Consulta sobre estándares de Certificación e información relacionada con otros hospitales de Centroamérica que han sido certificados por la JCI, particularmente dos unidades prestadoras de salud de Costa Rica.
- c) Observación sistemática.** Esta técnica pudo aplicarse mediante la realización de una visita a unidades hospitalarias ---revisando posibilidades de cumplimiento de estándares de calidad internacional--. En el propio HMADB, se valoraron secciones de la organización, tales como: a) Emergencia, b) Imagenología, c) Cuidados Intensivos, d) Quirófanos, e) Eliminación de desechos sólidos y líquidos, f) Infraestructura y equipos, g) relaciones interpersonales, h) liderazgo ético organizacional, etcétera.

11. Instrumento de recolección de Información. *Por la modalidad en el abordaje de las fuentes de información, este estudio fue de carácter mixto, dado que se tomaron en cuenta fuentes documentales, en primer lugar, al revisar literatura directamente relacionada con el tema, mediante la investigación de gabinete. Por otra parte, se le dio prioridad a la búsqueda*

de *información en formato digital*, sobre los procesos de certificación internacional de unidades hospitalarias. En alguna medida, también se consultaron *fuentes primarias*, sobre todo funcionarios, médicos y especialistas con experiencia en alguna rama de la administración hospitalaria, para conocer de ellos su valoración con respecto a la factibilidad económica de someterse a estándares de certificación de la calidad de todo un hospital o de algunos de sus servicios.

12. Consideraciones Éticas. La elaboración de este estudio contó con la aprobación de la Dirección Superior del HMEADB.

VII. RESULTADOS

Los resultados de la investigación tienen un cometido básico y de inmediata aplicación, pues servirán para valorar la factibilidad económico – financiera de costear la acreditación internacional para la certificación de la calidad hospitalaria de los servicios del nuevo hospital.

PRIMER APARTADO: PROCESOS NECESARIOS PARA LA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL

A. Acreditación con base a cumplimiento de estándares

Los estándares se organizan en torno a las funciones importantes comunes de todas las organizaciones sanitarias. La organización funcional de los estándares es, por el momento, la más ampliamente utilizada en el mundo entero y ha sido validada por estudios científicos, pruebas y su aplicación.

Los estándares están agrupados por las funciones relacionadas con la prestación de atención al paciente y las relacionadas con la presentación de una organización segura, efectiva y bien manejada. Estas funciones se aplican a toda la organización, como también a cada departamento, unidad o servicio dentro de la organización. El proceso de evaluación reúne información sobre el cumplimiento de los estándares en toda la organización y la decisión de acreditación se basa en el nivel general de cumplimiento encontrado en toda la organización.

B. ¿Cómo Solicitar la Acreditación?

Una organización sanitaria que desee estar acreditada comienza el proceso de acreditación completando y entregando la solicitud para la evaluación. Este documento ofrece información esencial sobre la organización de atención sanitaria, incluida la titularidad de propiedad, datos demográficos, tipos y volúmenes de los servicios prestados. La solicitud de evaluación:

1. Describe la organización que procura obtener la acreditación.
2. Requiere que la organización entregue a agencia acreditadora todas las historias clínicas e informes oficiales de las entidades habilitadoras, reglamentarias y demás organismos gubernamentales.
3. Autoriza a la agencia acreditadora para que acceda a cualquier historia clínica e informe sobre la organización que la misma no posea.
4. Cuando la agencia acreditadora y la organización solicitante finalizan todos los requisitos y aceptan, establecen los términos de la relación entre la organización prestadora de servicios de salud y agencia acreditadora.

C. Programación de la Evaluación y Planificación de la Agenda

La agencia acreditadora y la organización eligen la fecha para la evaluación, normalmente dentro de los 90 días a partir de haber recibido la solicitud, y preparan la agenda para la evaluación juntos para cubrir las necesidades de la organización y cumplir con los requisitos de una evaluación eficiente. Para reducir los costos de traslado de los evaluadores, la agencia acreditadora hace todo lo posible por coordinar la programación de las evaluaciones de organizaciones prestadoras de servicios de salud es relacionadas entre sí o independientes, a fin de realizar procesos de evaluación simultáneos en un país o región específica.

La compañía evaluadora asigna a cada organización un especialista en servicios de acreditación, que actúa como contacto principal entre la organización y agencia evaluadora. Esta persona es la que se encarga de coordinar la planificación de la evaluación y se dispone para responder las preguntas que la organización prestadora de salud pueda tener sobre las políticas, procedimientos o asuntos relacionados con la acreditación.

El especialista en servicios de acreditación trabaja con la organización para preparar una agenda de la evaluación basándose en el tamaño, tipo y complejidad de la organización de atención sanitaria. La agenda especifica los sitios a visitar dentro de la organización, el tipo de entrevistas a realizar, el personal a entrevistar y los documentos que se deben entregar a los evaluadores.

Evaluadores internacionales altamente calificados realizarán la evaluación. JCI hará todo lo posible para ofrecer evaluadores que tengan fluidez en los idiomas que se hablen en la organización. Si no hay evaluadores de JCI disponibles que tengan las aptitudes lingüísticas apropiadas, JCI trabajará con la organización para identificar intérpretes calificados.

Pueden surgir circunstancias en las que la organización o JCI deban posponer la evaluación programada o puedan querer cancelar la evaluación programada. Vea “Política sobre la estructura tarifaria de la acreditación de JCI” a continuación para conocer más detalles.

D. Valoraciones sobre los procesos necesarios para lograr la acreditación internacional

Como resultado de la revisión documental, la revisión de experiencias de acreditación de unidades de salud, mediante navegación en la web y consultas a personas con conocimiento en la materia, sobre todo de hospitales ubicados en América Latina y particularmente de la región centroamericana, se logró determinar que los procesos necesarios de prever y echar a andar en el nuevo Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños para el período 2015 – 2018 son los siguientes:

Preparar condiciones, físico – materiales y tecnológicas para proceder a la evaluación del proceso de acreditación a un plazo de 3 a 4 años. Esto implica también el trabajo de capacitación del capital humano: todas las categorías de personal que se dispone a trabajar en el nuevo HMEADB con el fin de fortalecer la cultura de calidad en la atención al usuario.

Se mencionan algunos ejemplos de los requisitos establecidos por la JCI, en el proceso de acreditación para la certificación de las unidades hospitalarias.

1. *“El Objetivo Internacional de Seguridad del paciente 3 (IPSG.3), Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. La evaluación y la puntuación de este objetivo se centra sólo en los electrolitos concentrados. La evaluación y la puntuación se basan actualmente en la totalidad de la medicación de alto riesgo según se define en la política del centro.*
2. *El Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente 4 (IPSG.4), Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. A fin de ayudar a interpretar y aplicar este objetivo, la intención*

contempla en la actualidad una definición de cirugía que comprende los procedimientos invasivos.

- 3. ACC.1.1.1, Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas tendrán prioridad en su evaluación y tratamiento. Se ha añadido un nuevo Elemento de Medición 5 para subrayar la necesidad de estabilizar a los pacientes de urgencias antes de derivarlos a otro centro empleando un proceso de clasificación basado en evidencias.*

- 4. ACC.3.3, Las historias clínicas de pacientes ambulatorios que reciban una atención continuada contienen un resumen de todos los diagnósticos significativos conocidos, alergias medicamentosas, medicación actualizada y cualquier procedimiento quirúrgico y hospitalización previa. Este es un estándar nuevo que refuerza la integración de la información relativa a los pacientes ambulatorios en caso de que estos reciban tratamiento en curso en varios centros.*

- 5. ACC.3.5, La organización tiene un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes que solicitan alta voluntaria en contra del consejo médico. Este es un estándar nuevo que sirve para que baje el riesgo sufrido por el paciente que pide el alta con un tratamiento incompleto o insuficiente y que ayuda al hospital a sacar información de su seguimiento.*

- 6. ACC.5, El proceso de derivación, traslado o alta pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, tiene en cuenta sus necesidades de transporte.*

- 7. PFR.2, La organización apoya los derechos de los pacientes y de sus familias a participar en el proceso de atención. Un nuevo elemento de*

medición exige que el centro brinde o facilite una segunda opinión cuando lo solicite el paciente.

- 8.** *AOP.5.3.1, Hay un proceso para informar de los resultados críticos de pruebas diagnósticas. Este es un estándar nuevo que realza la importancia del proceso de seguridad del paciente en cuanto a la reseña de resultados de análisis críticos.*
- 9.** *MMU.4, EM6, Las órdenes de medicación iniciales se comparan con la lista de medicamentos tomados antes del ingreso. Este nuevo elemento de medición es un paso importante en cuanto a seguridad de la medicación y es necesario para facilitar el proceso de conciliar la medicación de cada paciente.*
- 10.** *QPS.5, La organización tiene un proceso interno para validar los datos. Este estándar se ha vuelto a redactar para subrayar que el centro es responsable de recoger y validar los datos de la mejora de la calidad.*
- 11.** *QPS.5.1, Cuando la organización publica sus datos o los muestra en su página web, los líderes de la organización garantizan la validez de los datos. Este estándar contempla actualmente que cuando un centro publica o hace públicos sus datos, la dirección del centro verifica la fiabilidad de éstos mediante su propio proceso interno de validación de datos o recurriendo a una tercera parte independiente.*
- 12.** *QPS.6, La organización emplea un proceso definido para identificar y gestionar eventos centinela. La definición de “suceso centinela” incluye*

ahora “rapto de neonatos o equivocarse de padres al dar de alta a un neonato”.

- 13.***QPS.11, Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal. Este estándar se ha ampliado de manera significativa para que incluya un marco global de gestión de riesgos como herramienta destinada a reducir los acontecimientos adversos.*
- 14.***PCI.7.1.1, Hay una política y procedimiento implementados que identifican el proceso para gestionar dispositivos caducados y define las condiciones en las que se pueden volver a utilizar dispositivos y materiales desechables, siempre que la ley y las normativas lo permitan. La reutilización de dispositivos de usar y tirar era antes un elemento de medición de CIN.7.1; sin embargo, la importancia del tema y la prevalencia de dicho problema han provocado que se creara un estándar individual al respecto.*
- 15.***GLD.3.3.1, Los servicios subcontratados o prestados mediante algún otro tipo de acuerdo se incluyen en el programa de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización. Este nuevo estándar abunda en los requisitos de GLD.3.3 referentes a que la dirección es responsable de extender y supervisar los contratos.*
- 16.***GLD.3.3.2, Los profesionales independientes que ejercen sin estar contratados por la organización tienen las credenciales necesarias para los servicios prestados al paciente. Este estándar abunda considerablemente en los requisitos necesarios para garantizar que todos los profesionales independientes se han sometido a evaluación mediante un procedimiento tan*

específico como el contemplado por los estándares FCP relativos al personal facultativo.

17. GLD.6 *La organización establece un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas comerciales, financieras, éticas y legales y que proteja a los pacientes y sus derechos.*

Un nuevo Elemento de Medición 3 establece que “La dirección atiende a la normativa ética nacional e internacional cuando el centro desarrolla el marco de conducta ética”. Este requisito procura introducir la idea de la normativa internacional dentro de la filosofía y del debate sobre la ética en cada centro sanitario.”

Lo anterior permitirá satisfacer, gradualmente, los Requisitos Generales para tener derecho a la evaluación por parte de la agencia acreditadora. Para el caso de la JCI, son los siguientes:

- a) La organización funciona actualmente como prestadora de atención sanitaria en el país y **está habilitada**.
- b) La organización asume, o tiene intenciones de asumir, la responsabilidad de **mejorar la calidad** de la atención y los servicios.
- c) La organización ofrece servicios que cumplen con los estándares de la agencia acreditadora.

Una vez creadas las condiciones descritas en el inciso A, solicitar el proceso de **evaluación para el proceso de calidad**. Esta decisión comprende la valoración del cumplimiento por parte del HMEADN de los estándares de calidad y la declaración de intención. Todo ello, con base en los subprocesos siguientes:

- a) Entrevistas con el personal y los pacientes, más otros datos obtenidos de fuentes personales;
- b) Observaciones dentro del hospital acerca de los procesos de atención al paciente por parte de los evaluadores;
- c) Políticas, procedimientos, guías de práctica clínica y demás documentos proporcionados por las autoridades superiores del HMEADB y
- d) Resultados de autoevaluaciones cuando éstas formen parte del proceso de acreditación.

SEGUNDO APARTADO: COSTOS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL

Durante el año 2013, la cuota promedio para un hospital correspondiente a una **evaluación completa de acreditación** por parte de la JCI se cifró en 45 mil dólares estadounidenses.

El costo de la evaluación depende del tamaño y la complejidad de la organización de atención de la salud, los que determinan el tamaño del equipo de evaluación y la cantidad de días necesarios para realizar la evaluación.

Además de la cuota de evaluación, la organización de atención de la salud también se paga el costo de transporte y alojamiento en un hotel para el equipo de evaluación de JCI, lo cual no está incluido en la cuota de evaluación.¹¹

¹¹ Joint Commission International. *“El camino de la acreditación. Hospitales. ¿Por qué la acreditación?”*. Fuente: <http://es.jointcommissioninternational.org/improve/get-accredited-hospitals/>

Como podrá deducirse, los costos para iniciar el proceso de acreditación pasan primero por esta cuota inicial promedio de más de 80 mil dólares incluyendo, lo que representa el derecho a que la unidad prestadora de servicios en salud sea valorada para saber si reúne los requisitos previos indispensables para ser sometida luego al proceso de acreditación propiamente dicho.

Con base en el análisis practicado a los Estados Financieros del HMEADB, se estimaron flujos proyectados a 4 años plazo. Para ello, es pertinente recordar que las agencias acreditadoras otorgan certificaciones de calidad del servicio para el lapso promedio de 3 años, la que se presenta en la siguiente tabla.

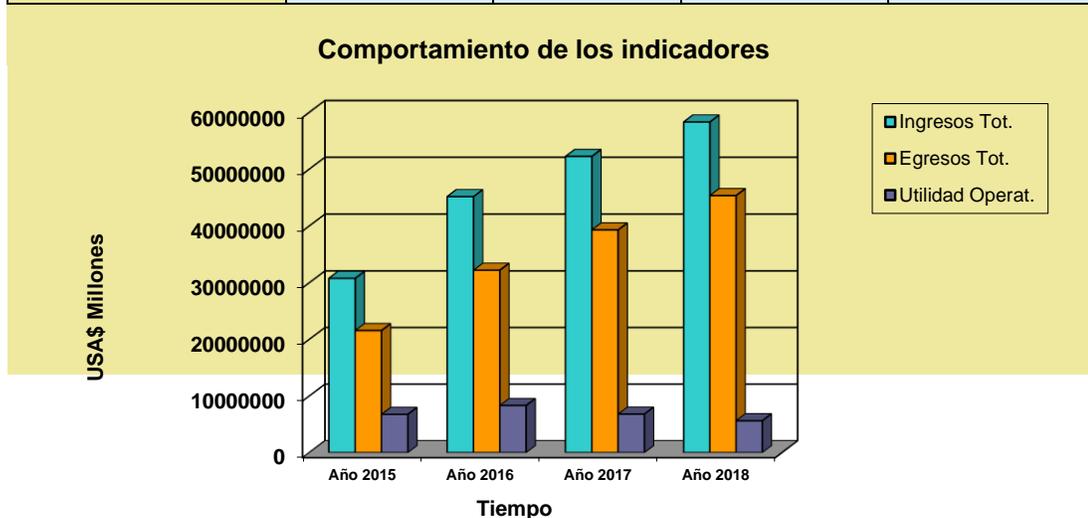
Tabla Nº. 4: PROYECCIÓN DE UTILIDADES DEL 2015 AL 2018

	PERIODOS			
	2015	2016	2017	2018
Ingresos				
Ingresos INSS	13,920,000.00	21,600,000.00	26,040,000.00	28,800,000.00
Ingreso Riesgo	4,664,400.00	5,970,000.00	7,144,800.00	8,391,600.00
Ingreso PAME	5,572,083.60	9,905,927.86	9,905,927.86	9,905,927.86
Oncología y Hemodiálisis	3,780,000.00	4,536,000.00	5,896,800.00	7,665,840.00
Ingresos Presupuestarios	1,700,000.00	1,800,000.00	1,900,000.00	2,000,000.00
Ingresos Financieros	260,568.00	260,568.00	260,568.00	260,568.00
Cuentas por Cobrar	895,000.00	1,100,000.00	1,100,000.00	1,291,066.90
Ingresos Totales	30,792,051.60	45,172,495.86	52,248,095.86	58,315,002.76
Egresos				
Costos y gastos INSS	11,424,000.00	19,152,000.00	24,696,000.00	28,980,000.00
Costos y gastos Riesgos	3,052,560.00	3,843,000.00	4,542,720.00	5,284,440.00
Costos y gastos PAME	1,950,229.26	3,467,074.75	3,467,074.75	3,467,074.75
Costos y gastos Oncología y Hemodiálisis	1,134,000.00	1,360,800.00	1,769,040.00	2,299,752.00
Otros gastos Administrativos	4,000,000.00	4,400,000.00	4,840,000.00	5,324,000.00
Total costos y gastos de Operativos	21,560,789.26	32,222,874.75	39,314,834.75	45,355,266.75
Utilidad Operativa	9,231,262.34	12,949,621.11	12,933,261.11	12,959,736.01
Gastos Financieros (BCIE)				
Financiamiento (créditos 6 MILLONES)	385,642.50	1,425,686.28	1,425,686.28	1,425,686.28
Financiamiento (crédito 4,250.000 INSS)	960,000.00	960,000.00	960,000.00	960,000.00
Total Gastos financieros	2,478,367.50	4,621,451.36	6,123,891.10	7,291,216.24
UTILIDAD NETA	6.762,895.76	8.328,169.75	6.809,370.01	5.638,519.75

Las utilidades netas totales del HMEADB ascienden, durante los próximos 4 años, a 27 millones 538 mil 955.27 dólares.

Grafica N°. 1. Comportamiento de Ingresos

	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
Ingresos Totales	30,792,051.6	45,172,495.86	52,248,095.86	58,315,002.76
Egresos Totales	21,560,789.26	32,222,874.75	39,314,834.75	45,355,266.75
Utilidad Operativa	9,231,262.34	12,949,621.11	12,933,261.11	12,959,736.01
Utilidad Neta	6,762,895.76	8,328,169.75	6,809,370.01	5,638,519.75



En la gráfica se muestra el comportamiento de ingresos totales (representado por la columna color celeste), en composición de principales 7 rubros. Éstos son los siguientes:

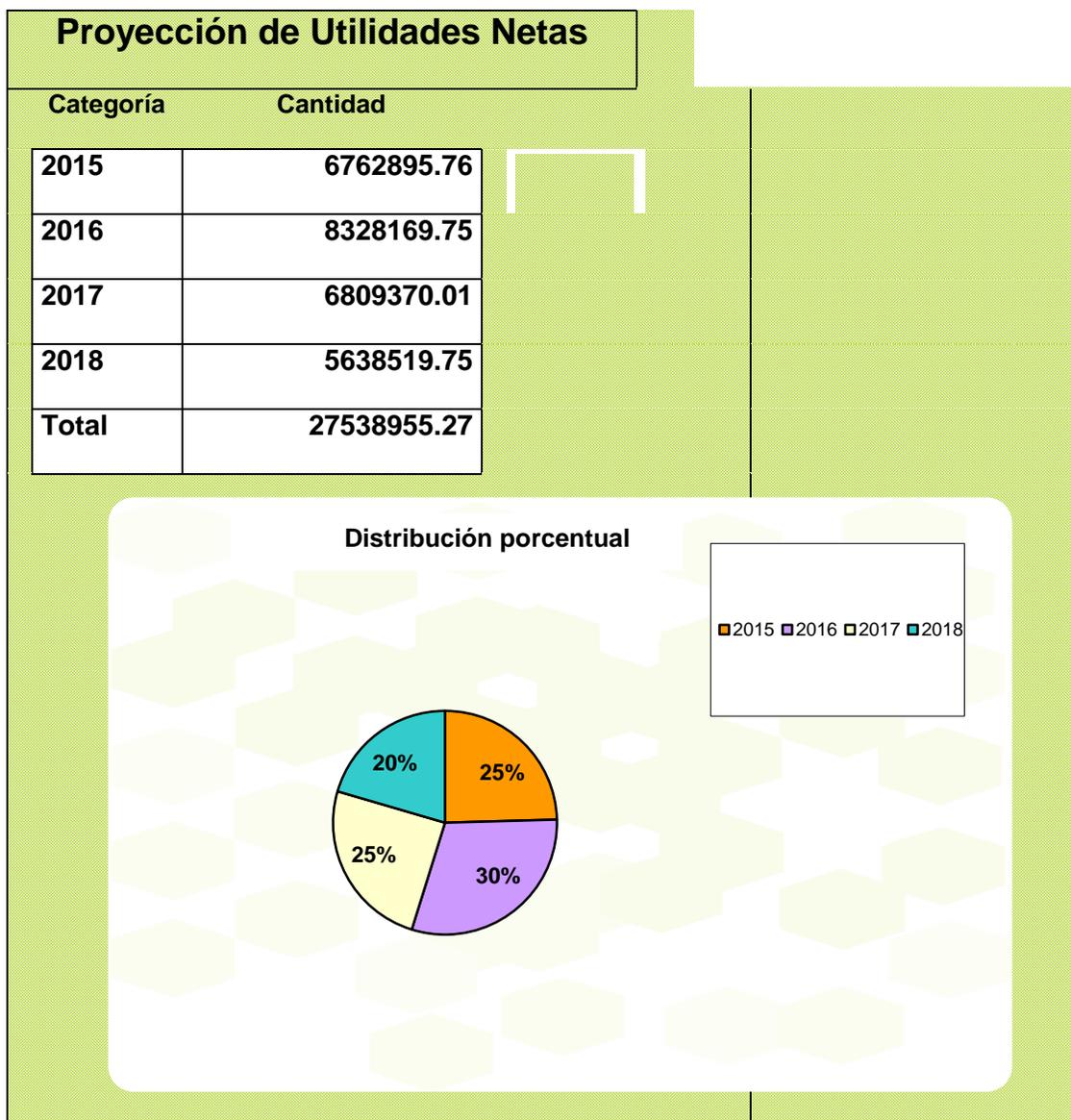
- 1) Ingresos INSS
- 2) Ingreso Riesgo
- 3) Ingreso PAME
- 4) Oncología y Hemodiálisis
- 5) Ingresos Presupuestarios
- 6) Ingresos Financieros

A continuación, se muestra el comportamiento que describen los egresos totales del HMEADB, a cuatro años plazo, (representado con la columna, color naranja). En la composición de este indicador se incluyen:

- 1) Costos y gastos INSS
- 2) Costos y gastos Riesgo
- 3) Costos y gastos PAME
- 4) Costos y Gastos Oncología y Hemodiálisis
- 5) Otros gastos administrativos

La tercera columna se presenta el comportamiento de la utilidad neta anual.

Gráfica Nº. 2. Proyección porcentual de utilidades



La utilidad neta anual describe un comportamiento que oscila entre el 20% que se prevé alcanzará durante el último año 2018, hasta el 30%, que se estima ascenderán las utilidades netas, durante el segundo año 2016. Todo esto dentro del marco de tiempo en que se enfoca el estudio: el cuatrienio 2015 – 2018.

TERCER APARTADO: VIABILIDAD ECONÓMICA DEL HMADB, PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE UN PROCESO DE CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL

Contrastando los costos iniciales promedio, que anuncian las agencias de acreditación de unidades prestadoras de servicios de salud, con las utilidades netas del HMEADB proyectadas a 4 años plazo, a partir de su entrada en funcionamiento en el año 2015, se concluye a grosso modo que la organización demandante del servicio de acreditación internacional está en capacidad de contratar los servicios de agencias prestigiosas como la Joint Commission International.

No obstante, la práctica de los procesos de acreditación estudiados en Centroamérica y particularmente del único hospital certificado de Nicaragua, por la evaluación de unos pocos **servicios de apoyo** a la atención de pacientes, implica para los tomadores de decisión del HMEADB, la necesidad de preparar gradualmente al establecimiento, su personal, los activos financieros, los pacientes, el entorno social, etcétera, para asumir con responsabilidad y en mejores condiciones el desafío de la acreditación para dentro de los próximos 4 a 5 años subsiguientes al año 2015.

VIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Es importante mencionar, que durante los primeros tres años subsiguientes a 2015, año en que se inicia el funcionamiento del nuevo Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños, se considera necesario proceder a garantizar el cumplimiento de la Normativa 013 de la Dirección General de Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud, para la “Habilitación de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud”.

Las proyecciones financieras para el período 2015 al 2018 inclusive, se estiman con utilidades que van desde los 5 millones 638 mil, 519 hasta los 8 millones 328 dólares estadounidenses.

Los montos de estas cantidades proyectadas perfilan la viabilidad que, mediante un proceso de preparación gradual e integral de toda institución, se realicen las inversiones necesarias para estar en capacidad de cumplir a futuro con los estándares para la acreditación de la Joint Commission International, en los servicios específicos de apoyo a la atención del paciente.

IX. CONCLUSIONES

En principio, se considera que el objetivo general presentado en el proyecto de investigación, se logró alcanzar en gran medida, por cuanto la información obtenida y procesada conforme al diseño de los objetivos específicos planteados. Lo anterior se fundamenta en los siguientes argumentos:

- A.** Según el objetivo planteado, se identificaron los procesos necesarios y las áreas sujetas de evaluación que se requieren para certificación y la preparación con responsabilidad gerencial para reunir los Requisitos Generales previos frente al proceso de acreditación internacional.

- B.** Las estimaciones de utilidades que respaldan la factibilidad del proyecto de inversión a mediano plazo fueron establecidas mediante el cotejo y procesamiento de datos en la proyección anual para el período 2015 – 2018.

- C.** Se logró establecer la factibilidad financiera del HMEADB, para sufragar los costos de contratación de una agencia internacional de primer nivel, que se encargue de llevar a cabo el proceso de acreditación de la calidad del servicio de salud que presta a la sociedad.

X. RECOMENDACIONES

Los resultados de este estudio pueden servir de referencia a diversas entidades homólogas del HMEADB, para la toma de decisiones en materia de acreditación internacional de las unidades de prestación de servicios en salud. Las recomendaciones están dirigidas a las autoridades superiores del HMEADB:

- A.** Preparar el proceso de habilitación hospitalaria que exige el Ministerio de Salud a las unidades prestadoras de servicios en salud.

- B.** Prever la creación de una comisión, de carácter funcional, para elaborar el Manual de Evaluación interna del HMEADB, con base en los estándares de calidad de los servicios en salud, propios de la JCI.

- C.** Prestar especial atención a las estimaciones presupuestarias y a los registros financieros, como premisa indispensable para decidir el momento de las condiciones necesarias previas a la contratación de los servicios de una agencia internacional de acreditación de la calidad del servicio en salud.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Zenderos, Luis Alberto (2014). *“Análisis financiero para las empresas”*. Fuente: Portar de Gestiópolis.com <http://www.gestiopolis.com/finanzas-contaduria-2/analisis-financiero-para-las-empresas.htm>

- Carranza, Miguel (2013). *“Nuevo Hospital Militar para agosto de 2014. La más grande obra de infraestructura de su tipo en más de 50 años, dice su Director”*. En El Nuevo Diario. Managua. Sección País. Fuente: <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/294506-nuevo-hospital-militar-agosto-de-2014>

- Chile. Revista de Psicología Universidad de Chile (2010). *Resumen de Normas de la American Psychological Association (APA) Manual de estilo de Publicaciones adaptado para el español por Editorial El Manual Moderno. 2ª Edición,* 11 pp. Fuente: http://www.facso.uchile.cl/psicologia/_docs/2010/07/normas_apa.pdf.

- EUA. Joint Commission International (2011). *“Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International”*. Illinois. Departamento de Publicaciones Joint Commission Resources. 4ª. ed. vigente. I y II Parte, 232 pp. Fuente: <http://www.jointcommissioninternational.com>

- EUA. Organización Internacional para la Estandarización, ISO (2008). *Manual de la Calidad ISO 9001:2008*. Minnesota. Edén Prairie Minnesota, 35 pp. Fuente: <http://www.normas9000.com/index.html>

- EUA. Organización Internacional para la Estandarización, ISO (2008). *Las Ventajas del ISO 9001*. Edén Prairie Minnesota. 18 diapositivas.

- Govea Villaseñor, Jorge (2006). *“ISO 9000 en el sector salud”*. Tomado del VIII Congreso de PYMES organizado por COMPITE, de la ponencia de la Coordinación de Investigación y Desarrollo en Calidad del IMSS por Jorge Govea Villaseñor 55ava Asamblea Mundial de la Salud. Fuente: https://www.google.com.ni/webhp?hl=es&gws_rd=ssl#hl=es&q=jorge+govea+villase%C3%B1or+VIII+Congreso+de+PYMES

- Herrero, Alicia. *Acreditación Servicios de Farmacia Hospitalaria*. Madrid. Hospital Universitario La Paz. Comunidad de Madrid, 30 diapositivas.

- Jarquín, Leyda (2013). *Certifican por segunda vez al hospital “Vivian Pellas”*. En El Nuevo Diario. Managua. Fuente: <http://www.elnuevodiario.com.ni/google?cx=partner-pub-5341492145438364%3A3696712619&cof=FORID%3A11&ie=UTF-8&q=hospital+Vivian+Pellas&x=0&y=0>

- Nicaragua. UNAN (2014). *“Guía metodológica para el diseño del protocolo y del informe final”*. Managua. Programa de Maestría en Administración de Salud con mención en Gerencia Hospitalaria 2013 – 2014, 4 pp.

- Nicaragua. Asamblea Nacional (2002). *“Ley N°. 423. Ley General de Salud”*. Managua. La Gaceta Diario Oficial N°. 91 del 17 de Mayo del 2002.

- Nicaragua. Asamblea Nacional (2003). *“Decreto N°. 001-2003. Reglamento de la Ley General de Salud”*. Managua. La Gaceta Diario Oficial. Números 7 y 8 del 10 y 13 de enero del 2003.

- Nicaragua. UNAN (2014). *Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud*. Managua. Sitio Web: <http://www.unan.edu.ni/index.php/i-d/92-centros-investigacion/111-cies>

- Permuy Villanueva, Pedro Pablo (1996). et. al. *Las Normas ISO en el entorno sanitario*. Galicia. Consejería de Sanidad. 18 pp.
- Piura López, Julio (2008). *Metodología de la investigación. Un enfoque integrador*. Managua. Xerox. 6ª. ed. 2008.
- Pons, Jean-Claude y Sivardière, Patrick (2002). *Manual de Capacitación Certificación de Calidad de los Alimentos Orientada a Sellos de Atributos de Valor en Países de América Latina*. FAO. Oficina Regional de la FAO para América Latina y El Caribe. <http://www.fao.org/docrep/004/ad094s/ad094s03.htm>
- Sandoval, Adelia (2005). *Hospital Metropolitano Vivian Pellas rumbo a la acreditación*. En El Nuevo Diario. Managua. Edición N°. 9034. Fuente: Fuente: <http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2005/10/08/empresas/2900>
- Suiza. Organización Mundial de la Salud – ONU (2007). *Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*. Ginebra. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente, 36 pp.
- Suiza. Organización Mundial de la Salud – ONU (2006). *59 Asamblea Mundial de la Salud. Actas resumidas e informes de las comisiones*. Ginebra. 22 – 27 de mayo 2006. Fuente: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC3/A59REC3_sp.pdf

XII. ANEXOS

Anexo N°. 1. Nota de Prensa N°. 137 EN.



**EJÉRCITO DE NICARAGUA
NOTA DE PRENSA N° 137/2013
MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL VISITAN LA CONSTRUCCIÓN DEL
NUEVO HOSPITAL MILITAR**

El viernes 16 de agosto de 2013, miembros del Hospital Militar Escuela “Doctor Alejandro Dávila Bolaños”, encabezada por el Jefe del Cuerpo Médico Militar y Director de este hospital, General de Brigada Jaime René Darce Rivera, realizaron un recorrido con los medios de comunicación social nacionales y extranjeros por la construcción del nuevo Hospital Militar, cuyo proyecto está previsto finalizar en el mes de junio del año 2014, estableciéndose como una revolución del sistema de salud de Nicaragua.

Durante esta visita, los amigos periodistas tuvieron la oportunidad de conocer los avances de dicha construcción, que a la fecha se encuentra en un cincuenta por ciento, las características de sus instalaciones y las áreas de atención médica con que contará una vez terminado. El hospital tendrá 476 camas, de las cuales 64 serán de cuidados intensivos, además se emplearán 2,150 trabajadores, entre médicos, enfermeros, técnicos, ingenieros, personal de apoyo administrativo, de cocina y de aseguramientos.

“Estamos iniciando una nueva etapa en cuanto a lo que es la atención hospitalaria en Nicaragua. Este será el hospital más grande y mejor equipado que hay en Nicaragua y quizás el más moderno del área centroamericana. Para el año 2015 esperamos contar con todas las especialidades y subespecialidades para ofrecer atención médica de tercer y cuarto nivel (procedimientos médicos complejos)”, manifestó el General de Brigada Darce Rivera.

Dado en la ciudad de Managua, a los dieciséis días del mes de agosto del año dos mil trece.

**COMANDANCIA GENERAL
DIRECCIÓN DE RELACIONES PÚBLICAS Y EXTERIORES**

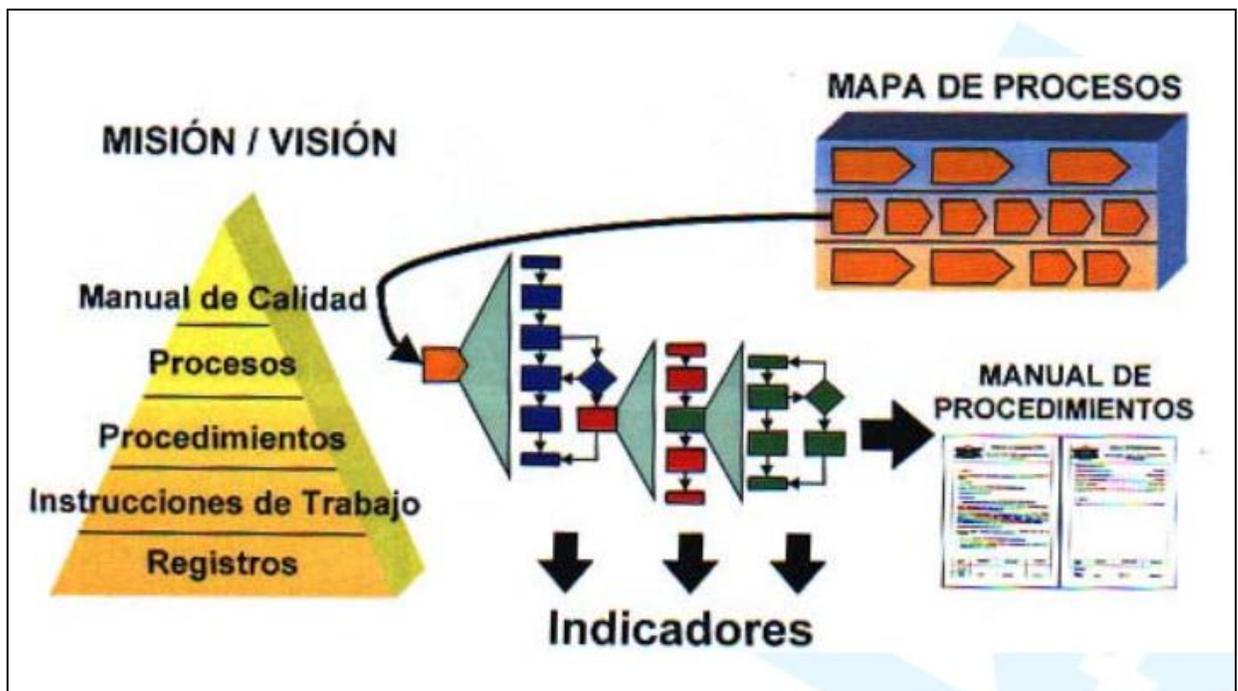
Anexo N°. 2. A. Sistema de gestión de la calidad: Despliegue de los procesos ISO 9001.

Normas ISO 9001:2008:

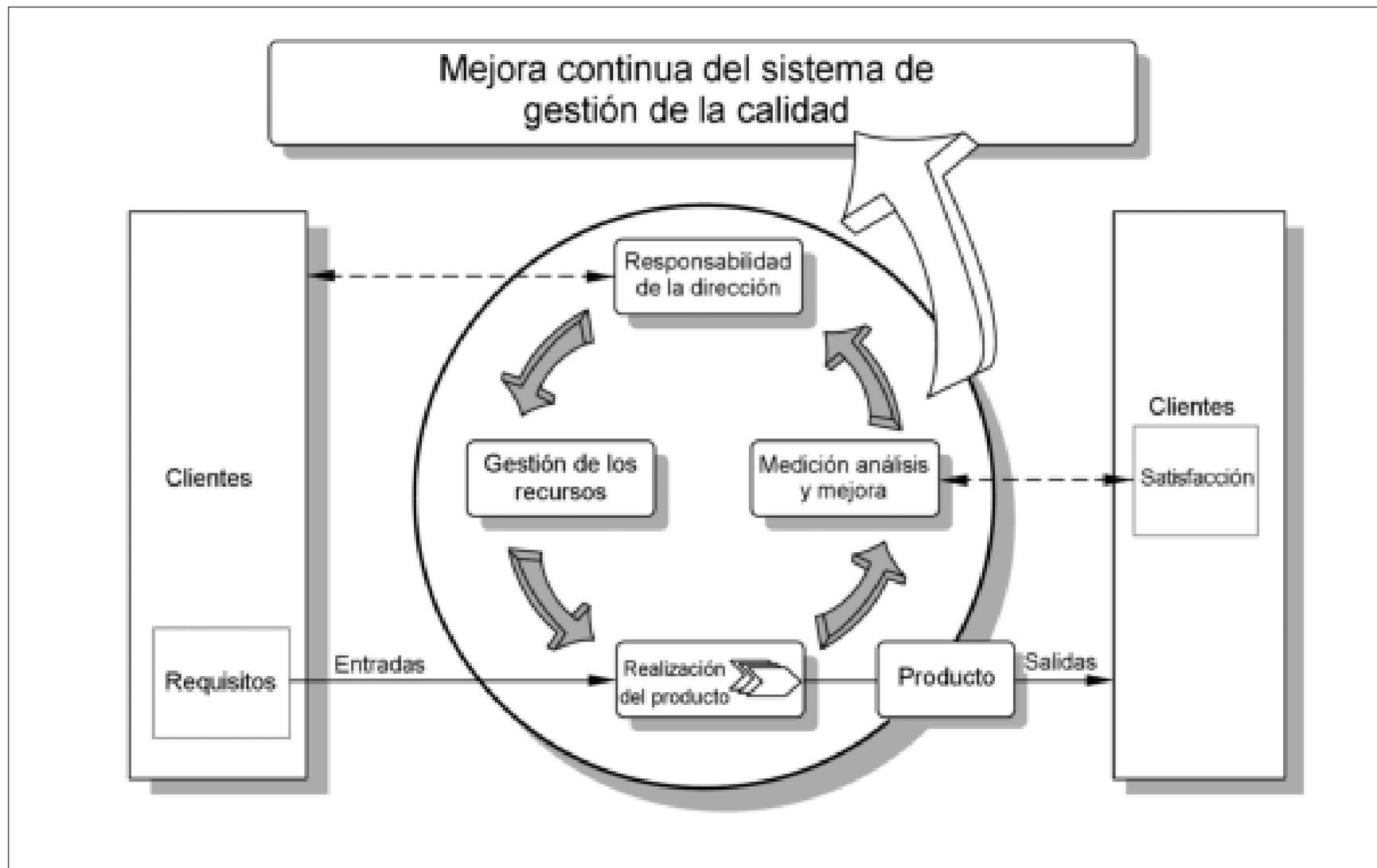
Requisitos:

- ✚ Sistemas de gestión de la calidad
- ✚ Responsabilidad de la Dirección
- ✚ Gestión de los Recursos
- ✚ Gestión de los Procesos (realización del producto/servicio)
- ✚ Medición, análisis y mejora.

Gráfica N°. 1. B. Sistema de gestión de la calidad: Despliegue de los procesos ISO 9001.



Anexo N°. 3. Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en Procesos



Anexo N°. 4. Glosario de Términos

ACREDITACIÓN. A. Es el procedimiento de evaluación de los recursos médicos institucionales, de carácter voluntario, confidencial y periódico que tiende a garantizar la calidad de la atención por estándares previamente conocidos y aceptados (Fuente: Manual de acreditación de clínicas y hospitales. Ministerio de Salud. Gobierno de Nicaragua, p. 5)

B. Por otra parte, la acreditación es un proceso en el cual una entidad, separada y diferente de la organización de atención sanitaria, por lo general no gubernamental, evalúa la organización sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención. Por lo general, la acreditación es voluntaria. Los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. La acreditación proporciona un compromiso visible, por parte de una organización, de mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente, asegurar un entorno de atención seguro y trabajar permanentemente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal. La acreditación ha obtenido la atención mundial como evaluación efectiva de la calidad y como herramienta de gestión. (JCI)

C. La acreditación garantiza el reconocimiento mutuo de los organismos de certificación a nivel internacional. Un **Organismo de acreditación** es un organismo tercero que procede a la acreditación de un organismo de certificación

La acreditación **es relevante** para los organismos de certificación **porque:**

- 1) Declara que los organismos acreditados son competentes e imparciales;

- 2) Les permite, a nivel internacional, conseguir la aceptación de sus prestaciones y el reconocimiento de sus competencias.
- 3) Unifica y simplifica los numerosos trámites de reconocimiento de los operadores;
- 4) Evita a las empresas exportadoras los reiterados controles que deben pasar para tener acceso a los mercados internacionales;
- 5) Establece y promueve la confianza a nivel nacional e internacional al comprobar la competencia de los operadores en cuestión.

C. Los costos de acreditación del mismo modo varían según el organismo que la realiza, el número de sistemas de certificación a acreditar, el número de categorías de productos certificados, el tamaño del organismo de certificación, etc. Concretamente, una acreditación cuesta por lo menos **50.000 dólares** y puede llegar en algunos casos a más de **100.000 dólares**.

Asimismo, los costos de acreditación no deberían sólo representar un porcentaje de la facturación del organismo de certificación. Respecto del **aspecto financiero**, es importante recalcar que **no se puede tener una certificación o una acreditación creíble a bajo costo**.

Se necesitan obviamente **medios financieros** para tener un personal competente, una **duración de auditoría suficiente**, un **número y una calidad suficiente de análisis**.

Una baja desenfrenada de los precios de certificación provocada por un exceso de competencia entre organismos acreditados solo puede conducir a una **certificación de calidad mediocre**.

CERTIFICACIÓN. Es el procedimiento mediante el cual un organismo da una **garantía** por escrito, de que un producto, un proceso o un servicio están **conforme a los requisitos especificados**.

La certificación es en consecuencia el medio que está dando la garantía de la conformidad del producto a normas y otros documentos normativos. La certificación se materializa en un certificado: El **certificado** es un **documento** emitido conforme a las reglas de un **sistema de certificación**, que indica con un nivel suficiente de confianza, que un producto, proceso o servicio debidamente identificado, está conforme a una norma o a otro documento normativo especificado.

- 1) Un **sistema de certificación** es el conjunto de las actividades implementadas para evaluar la conformidad del producto a requisitos especificados.
- 2) Un **Sistema de certificación por tercera parte** es aquél administrado por un **Organismo de certificación** con sus propias reglas de procedimiento y de administración y que tiene el fin de proceder a una certificación.
- 3) Un **Organismo de certificación** es un organismo tercero que procede a la certificación. Un certificado se emite a un "titular" o "beneficiario de una certificación" o "beneficiario de una licencia".
- 4) Un **beneficiario de una licencia** es una persona natural o jurídica al que un organismo de certificación otorga una licencia.
- 5) Una **licencia** es un documento emitido conforme a las reglas de un sistema de certificación mediante el cual un organismo de certificación, otorga a un proveedor (u operador) el derecho a utilizar certificados o marcas para sus productos, procesos o servicios conforme a las reglas de ese sistema particular de certificación.
- 6) El término **proveedor** se refiere a la parte que tiene la responsabilidad de asegurar que unos productos cumplen o eventualmente siguen cumpliendo los requisitos en los cuales se basa la certificación.
- 7) El operador (o proveedor o beneficiario de la certificación o de la licencia) tiene en consecuencia muchas veces dos documentos distintos emitidos por el organismo de certificación:

- a) Una licencia que lo autoriza a utilizar los certificados y referirse a la certificación (en el membrete por ejemplo).
- b) Un certificado mencionando el o los productos conformes al pliego de condiciones.

Finalmente, se puede decir que un organismo de certificación administra un sistema de certificación por tercera parte, con el fin de proceder a la certificación de un producto, lo que se materializa por la emisión de dos documentos: un certificado para el producto y una licencia a nombre del operador. La idea fuerza de la certificación, de la acreditación y de la aprobación es: "**Dar confianza**".

Fuente: Jean-Claude Pons Patrick Sivardière (2002). *Manual de Capacitación - Certificación de Calidad de los Alimentos Orientada a Sellos de Atributos de Valor en Países de América Latina*. FAO. Oficina Regional de la FAO para América Latina y El Caribe. <http://www.fao.org/docrep/004/ad094s/ad094s03.htm>

CICLO DE DEMING. (de Edwards Deming) También conocido como círculo PDCA (del inglés *plan-do-check-act*, esto es, planificar-hacer-verificar-actuar) o **espiral de mejora continua**, es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por **Walter A. Shewhart**. Es muy utilizado por los sistemas de gestión de la calidad (SGC) y los sistemas de gestión de la seguridad de la información (SGSI).

Los resultados de la implementación de este ciclo permiten a las empresas una **mejora integral de la competitividad**, de los **productos y servicios**, mejorando continuamente la calidad, reduciendo los costes, optimizando la productividad, reduciendo los precios, incrementando la participación del mercado y aumentando la rentabilidad de la empresa u organización. Fuente: W. Edwards Deming (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: la salida de la crisis*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

ESTÁNDARES. Son los requisitos y exigencias previamente conocidas y aceptadas, por los cuales medimos la calidad de la atención. Su configuración se

define de un nivel mínimo a niveles de satisfacción y exigencias crecientes, más elaboradas, de manera tal que permitan la clasificación de los establecimientos por niveles de calidad. (Fuente: Manual de acreditación de clínicas y hospitales. Ministerio de Salud. Gobierno de Nicaragua, p. 5)

FACTIBILIDAD. Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas. Generalmente, la factibilidad se determina sobre un proyecto. Estos resultados se entregan a la gerencia, quienes son los que aprueban la realización del sistema informático. El estudio de factibilidad es una tarea que suele estar organizada y realizada por los analistas de sistemas. El estudio consume aproximadamente entre un 5 % y un 10 % del costo estimado total del proyecto, y el período de elaboración del mismo varía dependiendo del tamaño y tipo de sistema a desarrollar. Fuente: <http://es.wikipedia.org/wiki/Factibilidad>

HABILITACIÓN. Proceso por el cual el MINSA evalúa el conjunto de requisitos de estructura física, dotación y ubicación de equipo, flujo medico funcional y recursos humanos acordes a la oferta de servicio que un establecimiento de servicios de salud debe poseer para su funcionamiento (Fuente: Ministerio de Salud de Nicaragua)

Anexo N°. 5. Glosario de Términos

BCIE:	Banco Centroamericano de Integración Económica.
CIES:	Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud.
CNA:	Comisión Nacional de Acreditación.
EN:	Ejército de Nicaragua.
EUA:	Estados Unidos de América.
HMEADB:	Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños.
HMVP:	Hospital Metropolitano Vivian Pellas.
INSS:	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.
JCI:	Joint Commission International.
ISO:	Organización Internacional para la Estandarización, por sus siglas en inglés.
LGS:	Ley General de Salud.
JCI:	Joint Commission Internacional.
MINSA:	Ministerio de Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SGC:	Sistema de Gestión de Calidad.
UNAN:	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.