



Instituto Técnico para la Acreditación  
de Establecimientos de Salud

# Manual de Acreditación

para Establecimientos  
Ambulatorios de Diagnóstico  
y Tratamiento

Módulo: Diagnóstico por Imágenes

Argentina - 1ª edición - Septiembre de 2002



---

# MANUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

---

## MÓDULO DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

CEDIM, CA.DI.ME e ITAES decidieron potenciar mediante la cooperación recíproca, sus respectivas experiencias institucionales para llevar a cabo el Programa de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento, que se inicia con la edición de este Manual.

PRIMERA EDICIÓN  
Buenos Aires, agosto de 2001

Todos los derechos reservados

Queda hecho el Depósito que marca la ley 11.723

© 1ª Edición 2001: ITAES

Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud  
Personería Jurídica Resol. IGJ 1199/93  
Av. Córdoba 1827 8º C/D, 1120 Buenos Aires, República Argentina.  
Tel/Fax: (54-11) 814-0615 / 0838

I.S.B.N.

**Copyright by Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (CEDIM), Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME) e Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITA-ES).**

**El derecho de propiedad de esta obra comprende para su autor la facultad de disponer de ella, publicarla, traducirla, adaptarla o autorizar su traducción y reproducirla en cualquier forma, total o parcial, por medios electrónicos o mecánicos, incluyendo fotocopia, grabación magnetofónica y cualquier sistema de almacenamiento de información; por consiguiente nadie tiene facultad de ejercitar los derechos precitados sin permiso del autor y el editor, por escrito. Los infractores serán reprimidos con las penas del artículo 172 y concordantes del *Código Penal* (arts. 2, 9, 10, 71 de la Ley 11723)**

# ÍNDICE

Introducción General.....	5
Introducción a este Manual.....	9
Agradecimientos.....	11
Antecedentes internacionales .....	12
La Acreditación en la Argentina.....	12
El ITAES .....	13
CA.DI.ME.....	13
CEDIM .....	14
Principios Internacionales para Formular Estándares de Acreditación .....	15
1. Conceptos Clave .....	16
2. El tipo de los estándares está claramente definido. ....	17
3. El alcance de los estándares está claramente definido. ....	17
4. El contenido de los estándares es integral y está claramente estructurado. ....	17
5. Los estándares se formulan mediante un proceso bien definido. ....	19
6. Los estándares están preparados para medir su cumplimiento. ....	19
INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (ITAES) .....	20
COMISIÓN DIRECTIVA .....	20
Órgano de Fiscalización .....	20
Conducción Ejecutiva .....	20
Colaboradores permanentes .....	20
Miembros Benefactores .....	20
Miembros Correspondientes Extranjeros .....	21
Miembros Honorarios Nacionales .....	21
CÁMARA DE INSTITUCIONES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (CA.DI.ME.) .....	21
COMISIÓN DIRECTIVA .....	21
CÁMARA DE ENTIDADES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO (CEDIM) .....	22
COMISIÓN DIRECTIVA .....	22
NORMAS PARA LA INTERPRETACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL PRESENTE MANUAL.....	23
1. Consideraciones metodológicas.....	23
2. Definiciones.....	25
3. Normas de interpretación.....	26
REGLAMENTO de ACREDITACIÓN.....	28
1. Evaluación y supervisión del Programa de Acreditación.....	28
2. Condiciones para solicitar la Acreditación.....	29
3. Procedimientos previos a la Evaluación.....	30
4. Metodología de evaluación .....	31
5. Dictámenes .....	31
6. Apelación .....	33
PROCESO DE ACREDITACIÓN .....	35
Solicitud.....	35
Evaluación en terreno .....	35
Emisión del dictamen .....	35
ESTÁNDARES.....	37
1 ORGANIZACIÓN.....	37

2 RECURSOS HUMANOS.....	38
3 PLANTA FÍSICA.....	44
4 PRESTACIONES Y EQUIPAMIENTO SEGÚN ESPECIALIDAD.....	51
5 INSUMOS .....	64
6 PROCEDIMIENTOS.....	65
7 CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD.....	71
8 CONTROLES DE CALIDAD.....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	75



## MANUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

### Introducción General

La evolución de las relaciones entre los diferentes actores que conforman nuestro sistema de salud exhibe tendencias novedosas: nuevas modalidades de contratación y arancelamiento, integración patrimonial entre prestadores y financiadores de la atención médica, cambios en las expectativas de los usuarios, transferencia de carteras de beneficiarios, incorporación de tecnología de gestión, quebrantos, ventas y/o integraciones de establecimientos en redes asistenciales.

A este escenario se agrega a fines de la década del 90, la llamada "desregulación de las Obras Sociales", que posibilitaría que las instituciones financiadoras de servicios de salud compitan en un mismo mercado, común a las entidades de la Seguridad Social (Obras Sociales) y a las privadas (medicina prepaga). El panorama descrito hace suponer que el factor "calidad de la atención médica", tendrá un papel protagónico en la regulación de las relaciones intrasectoriales en un futuro inmediato y que los mecanismos de evaluación permanente cobrarán creciente importancia racionalizando la oferta de servicios.

La Acreditación es uno de los métodos o técnicas, comprendido dentro de las modalidades de "evaluación externa por pares", destinadas a evaluar la calidad de la atención médica que brindan los establecimientos de salud.

Puede ser homologado, dentro de las instituciones asistenciales, a lo que la Certificación Profesional es a los médicos. Conformar un procedimiento dinámico que califica a la totalidad del establecimiento: el resultado sólo puede ser **sí** o **no acreditado** y considera desde la planta física hasta el proceso asistencial y el nivel de satisfacción de los usuarios.

Conviene aclarar desde ya, que en adelante las referencias a "Establecimientos de Salud" o "Asistenciales", se refieren siempre a *centros ambulatorios de diagnóstico y tratamiento, ya sea que funcionen como una institución autónoma o que formen parte de un establecimiento polivalente de agudos, con internación*. El Manual no distingue a los establecimientos por el origen principal de su financiación, ni por la naturaleza jurídica a la que pertenezcan, por lo que se incluye en tal definición a los establecimientos estatales, privados, de Obras Sociales, mutuales, comunidades, etc.<sup>1</sup>

La Acreditación se basa en la evaluación por medio de **estándares**, que son un conjunto de datos e indicadores que permiten una visualización accesible y totalizadora de algunos de los aspectos considerados significativos para verificar la existencia de condiciones básicas de calidad y seguridad. Estos estándares, que son conocidos y aceptados por el establecimiento previamente a la evaluación, configuran criterios **trazadores**, no descripciones minuciosas de servicios o sistemas de atención. Evalúan tanto la estructura como el proceso que se aplica, así como también los resultados y el impacto que sobre la población producen las acciones de atención médica.

Ninguno de los estándares de acreditación es capaz por sí solo de brindar una apreciación total de la calidad de un establecimiento dado: para obtenerla es menester reunir múltiples factores, ya que cada uno mostrará aspectos parciales de esa calidad. Como se verá más adelante, en este Manual los estándares contienen una gran cantidad de elementos vinculados entre sí, que contribuyen a alcanzar el concepto esencial sobre su cumplimiento.

Por definición la Acreditación es **periódica**, es decir, no existe una Acreditación de vigencia permanente en sentido temporal, puesto que la calidad de los establecimientos varía con el transcurso del tiempo, tanto favorable como desfavorablemente. Por otra parte, el contenido de los estándares se renueva y perfecciona permanentemente al compás de las variaciones del conocimiento científico: las instituciones acreditadas con una generación de estándares, deberán confrontar con requerimientos más ambiciosos la próxima vez.

Esto obliga a los interesados a esforzarse para mantener lo logrado, a mejorar cada día más y, permite a la entidad acreditadora desarrollar una metodología de exigencias crecientes, al tiempo que cumple también con una función docente. El objetivo estratégico de la acreditación es promover una cultura del **mejoramiento continuo de la calidad**<sup>2</sup>.

También es **voluntaria**, es decir que no se acredita obligatoriamente a todos los establecimientos de un área o jurisdicción dada o elegidos arbitrariamente por el ITAES, ni existe compulsión alguna para someterse al procedimiento. Solamente se aplica sobre aquellos que soliciten explícitamente ser sometidos al proceso de Acreditación, por lo que deben hacerse cargo de la totalidad de

---

<sup>1</sup>En otro Manual se incluye a los establecimientos polivalente de agudos con internación.

<sup>2</sup>Por tal razón este Manual es una herramienta dinámica, que admite correcciones y ampliaciones periódicas.

los gastos y honorarios que demandan las tareas de evaluación. A su vez, son ellos los únicos propietarios de las conclusiones de la evaluación.

Una de las características predominantes que la distinguen de otros métodos, es que generalmente ***es ejercida por una entidad no estatal sin fines de lucro***, integrada en lo posible por representantes de todos los subsectores que forman parte del sistema de salud<sup>3</sup>. La participación de todos ellos asegura imparcialidad y seriedad en la aplicación del método y, especialmente por la integración de los propios prestadores a la entidad, brinda el apoyo político para su accionar específico. Si son los pares quienes juzgan a sus iguales, las posibilidades de discrepancias o conflictos se reducen.

La otra condición esencial para garantizar la objetividad del procedimiento, es que el único vínculo entre la entidad evaluadora y el establecimiento evaluado, no sea otro que la propia evaluación. Este concepto es el que prima en los Estados Unidos de América y viene dando buenos resultados desde hace más de ochenta años<sup>4</sup>, así como en la mayoría de los países en donde se la aplica.

**Confidencialidad.** Los resultados del proceso de Acreditación son comunicados exclusivamente a las autoridades del establecimiento evaluado. Si se han satisfecho los requisitos aplicados, por medio de un Certificado de Acreditación y, en caso negativo, por medio de una comunicación confidencial, en la que se explicitan las razones por las que no se otorga la Acreditación, así como la opinión técnica acerca de las correcciones que se consideren necesarias para la solución de los problemas detectados.

En ninguna circunstancia el ITAES comunica las conclusiones por otros medios, ni a otros interlocutores, salvo en el caso en que las autoridades de la institución autoricen explícitamente al ITAES a difundir el resultado.

En definitiva, el establecimiento es el único responsable de la ulterior difusión de los resultados.

En la redacción de los estándares existe un grupo de pautas que deben ser respetadas. Una de ellas es la facilidad de su verificación: la definición del estándar debe ser breve, para evitar que el exceso literario se contraponga con la necesaria objetividad. Debe ser clara, fácil de interpretar o, en caso de que ello no sea posible, contar con todas las aclaraciones y precisiones que fueren menester<sup>5</sup>. La información necesaria para la evaluación debe estar al alcance de los evaluadores, sin que sea necesario que éstos desarrollen un método de investigación específico para obtenerla.

---

<sup>3</sup>Prestadores, financiadores, usuarios, e incluso el Estado, pero no en su función habitual de regulador, sino como un participante más, cuyos establecimientos, si los hubiere, debieran someterse a idénticos requisitos que los demás, sin prerrogativas ni diferencias de ninguna especie.

<sup>4</sup>Concretamente, desde 1917, en que se llevó a cabo la primera evaluación de prueba.

<sup>5</sup>Es oportuno aclarar que los evaluadores son profesionales con conocimientos técnicos específicos para interpretar la tecnología que deben evaluar.

Uno de los objetivos es reducir al mínimo posible, el período que los evaluadores permanezcan en el establecimiento en el ejercicio de sus funciones, así como mejorar la claridad de sus conclusiones, para arribar al dictamen final más sencillo posible.

La Acreditación no es el único método disponible para evaluar Establecimientos Asistenciales. Existen otras **técnicas de evaluación externa por pares**, disponibles para los servicios de salud, como las Normas ISO, el Premio Nacional a la Calidad o las "visitas especializadas" de sociedades científicas. A criterio del ITAES, así como de la totalidad de los Programas de Acreditación que se están llevando a cabo en todos los continentes, la Acreditación es el procedimiento más idóneo, eficiente y eficaz, para evaluar las particulares condiciones en que se desenvuelven las instituciones que prestan servicios de salud.

No debe esperarse de este método una descripción minuciosa de la institución, ni de sus diferentes componentes. La Acreditación no sustituye -sino complementa- otros procedimientos de **fiscalización sanitaria**, en general implementados por autoridades estatales, aunque puedan ejecutarlos organismos no gubernamentales, como la Habilitación y la Categorización. Cada una de ellos tiene objetivos y criterios diferentes, en función de los cuales deben ser interpretados. La finalidad de la Habilitación es evaluar las condiciones estructurales con que cuenta una institución, para autorizar su funcionamiento. La Categorización, en cambio, tiene por objetivo estratificar la oferta de servicios -según su capacidad resolutoria- con el fin de ordenar a los efectores en redes de derivación, integradas y complementarias.

El objetivo primordial de la Acreditación es evaluar la Calidad de Atención Médica, teniendo en cuenta los atributos básicos definidos por Avedis Donabedian: **eficiencia, eficacia, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad**. La Habilitación procura garantizar a la población que los establecimientos dispongan de las condiciones mínimas de seguridad para el cumplimiento de su cometido.

Por su parte, la Categorización los incluye dentro de una clasificación en rangos predeterminados, a efectos de organizarlos según el desarrollo tecnológico alcanzado o el riesgo vital que pueden asumir. Por consiguiente, de la aplicación complementaria de las tres modalidades, surgirá claridad en la evaluación de un establecimiento de salud, así como los resultados que razonablemente pueden esperarse.

Pero la Acreditación no se limita a establecer la imagen de un corte "transversal" de la realidad institucional, en un momento dado de su evolución. Para convertirse en una herramienta verdaderamente útil en su misión de mejorar la calidad de la atención médica, es imprescindible que desarrolle una actitud docente, procurando implantar una cultura del **mejoramiento continuo de la calidad**. Esto significa brindar orientación al establecimiento, acerca de las pautas que deben seguirse para lograr ese mejoramiento. Esta función se ejerce tanto sobre los establecimientos que no hayan logrado cumplir con los estándares en un momento dado, cuanto sobre los que accedieron efectivamente al Certificado de Acreditación.

En el primer caso el objetivo central es preparar a la institución para que pueda ser acreditada, en una segunda evaluación y, en el segundo, lograr una armonía funcional entre las diferentes áreas que lo componen, enfatizando los mecanismos correctores sobre las más débiles. Al mismo tiempo, ayudar al establecimiento en su preparación para afrontar la próxima evaluación trianual, cuyas exigencias se prevén mayores, e indicarle hacia dónde dirigir sus esfuerzos para mantener actualizada la Acreditación.

## **Introducción a este Manual**

Si se entiende a la calidad de atención médica como un continuum de acciones que abarcan todos los aspectos del quehacer asistencial, es necesario que la tarea de Acreditación –en tanto una de las técnicas modernas de medición de esa calidad- alcance a todos los establecimientos que brindan este tipo de prestaciones, sin importar su tipo, características ni complejidad.

En tal marco conceptual, es evidente que, dada la importancia y el volumen de la tarea que desarrollan, los establecimientos de atención ambulatoria no pueden quedar fuera del campo de acción de la Acreditación, so pena de cometer un grave error por omisión en cualquier programa de acreditación<sup>6</sup>. Por tal razón, con la edición del presente Manual, el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud, inicia su programa en este ámbito asistencial.

La actividad principal del ITAES, desde su fundación, estuvo orientada a proveer a los Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación, un instrumento de evaluación de calidad adecuado a la realidad de nuestro país. Cumplido este objetivo, la Comisión Directiva se abocó inmediatamente a desarrollar otro instrumento, destinado a los Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento.

Se avanzó en esta línea de trabajo, tomando como referencia estándares elaborados por otras instituciones y el aporte desinteresado de expertos vinculados al ITAES. El desarrollo de un nuevo programa, orientado a un sector diferente al de los establecimientos hospitalarios, determinó la necesidad de estructurar un emprendimiento de carácter tripartito que permita contar con el respaldo institucional de las organizaciones intermedias representativas de los establecimientos ambulatorios. Esto es, CEDIM y CA.DI.ME.

El criterio de este Manual es de tipo modular, es decir, si bien se inicia con el capítulo correspondiente a los laboratorios de análisis clínicos, será continuado con la incorporación de los correspondientes a Diagnóstico por Imágenes, Policonsultorios, Servicios de Cirugía Ambulatoria, Centros de Hemodiálisis, Oftalmológicos, etc.

---

<sup>6</sup> Hecho ya comprendido hace más de diez años, cuando la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations cambió su denominación oficial, reemplazando el término "Hospitals" por "Healthcare Organizations".

En realidad, la presencia de CEDIM y CA.DI.ME., apoyando el esforzado desarrollo de la iniciativa del ITAES, se dio desde su propia fundación. Miembros de ambas Cámaras, formaron parte de su Comisión Directiva desde los primeros momentos. Pero recién en 1999 se encararon las conversaciones formales acerca de la vinculación entre las tres entidades y en noviembre de ese año se concretó la firma del Acta-Acuerdo respectivo.

Tanto CEDIM como CA.DI.ME habían elaborado estándares de calidad y venían desarrollando con éxito sendos programas de evaluación para sus respectivos asociados, de tal modo que la participación de las dos entidades en este emprendimiento conjunto es en sí misma un hecho sustancial para el éxito del proyecto.

Tanto CEDIM como CA.DI.ME, a través del desarrollo de sus respectivos programas de evaluación, habían acopiado una prolongada experiencia en metodologías de evaluación y, asimismo, habían inducido programas de *mejoramiento continuo de la calidad* entre sus establecimientos asociados. Esta experiencia posibilitó tanto la comprensión de criterios de orden práctico para la evaluación en terreno, como la valorización de los aspectos más sensibles de la actualización de innovaciones tecnológicas.

Por su parte, el ITAES, a través de su primer Programa de Acreditación fue incorporando instrumentos originales para la ejecución de sus evaluaciones, como el Formulario de Evaluación y Formulario Operativo, que posibilitaron tanto la agilización de los procedimientos y el ajuste de los costos operativos, como la reducción de la probabilidad de arbitrariedades o subjetividades por parte de los evaluadores.

A lo largo de este período se fueron capacitando un número importante de evaluadores de todo el país, vinculados a la mayor diversidad de actividades del campo de la salud. Se posibilitó así cumplir el principio de su Código de Ética, de que los evaluadores residan siempre en ciudades distintas a la del establecimiento evaluado.

Otro importante insumo en la experiencia acumulada por el ITAES, proviene del intercambio con las entidades acreditadoras de todo el mundo, nucleadas a través del Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs of Healthcare Accreditation) de la ISQua (International Society for Quality in Health Care). Este fértil vínculo, permitió al ITAES conocer las experiencias de otros países, colaborar en la redacción de los *Principios Internacionales para la Formulación de Estándares* (incorporados a este Manual) y objetivar su propio estado de desarrollo con respecto a los programas colegas.

Pero, por encima de todos estos beneficios, permitió que la modalidad de evaluación de la *Acreditación de Establecimientos de Salud* cuente con un respaldo internacional que haga posible que todas las experiencias de Acreditación del mundo converjan en principios y criterios comunes. En un mundo que avanza aceleradamente hacia la *globalización*, así como hacia la transnacionalización de las inversiones en salud, la disponibilidad de un *respaldo internacio-*

nal para los programas nacionales de evaluación de la calidad, resulta de fundamental interés.

Teniendo en cuenta el conjunto de factores anteriormente mencionados, CEDIM, CA.DI.ME e ITAES decidieron potenciar mediante la cooperación recíproca sus respectivas experiencias institucionales para llevar a cabo este Programa de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento, destacando fundamentalmente el carácter tripartito de esta iniciativa dado por el trabajo sustancial de sus equipos técnicos y el aporte de sus experiencias en el desarrollo de este Manual.

### **Agradecimientos**

ITAES, CEDIM y CA.DI.ME desean agradecer la inestimable colaboración de los profesionales, que en representación de sus instituciones, actuaron en la elaboración del Documento Final aportando su amplia experiencia y sólido criterio técnico a fin de hacer de éste un importante hito en el camino de la mejora de la calidad de atención Médica en la República Argentina:

- Doctor Enzo Morello (CADIME)
- Dra. Alicia Corinfeld (CEDIM)
- Doctor Ricardo Otero (ITAES)

# BREVE HISTORIA DE LA ACREDITACIÓN

## ***Antecedentes internacionales***

Conceptualmente, el modelo evaluativo en que se basa el Manual que aquí se presenta, es el empleado por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), institución no gubernamental constituida en 1951 por los EE.UU. y Canadá, aunque históricamente su origen se atribuye al impacto producido en la opinión pública americana por el llamado "Informe Flexner" de 1910<sup>7</sup>, a la evaluación hospitalaria encarada por el American College of Surgeons en 1917. En 1959 Canadá constituyó su propio organismo, que actualmente se denomina Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA). Posteriormente, los excelentes resultados logrados por estos países en el mejoramiento de sus hospitales, indujo a otros a adoptar similares mecanismos de evaluación de calidad, entre los que se puede mencionar a Australia, el Reino Unido, Holanda, Cataluña (España), Nueva Zelanda, Italia, Sudáfrica y Corea del Sur.

En 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) celebraron un acuerdo, con el fin de promover la elaboración de un manual de acreditación adecuado a la realidad de los establecimientos públicos y privados de la Región. El documento preliminar se originó en la Argentina, a partir del trabajo de un conjunto de sociedades científicas coordinadas por la de Auditoría Médica y fue aprobado definitivamente en Washington D.C., con la presencia de 22 países en mayo de 1991, bajo el título de Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe (publicación OPS-HSD/SILOS 13, 1992). Este último texto fue tomado como base para la revisión inicial de estándares efectuada para el ITAES.

## ***La Acreditación en la Argentina***

Desde fines de la década del 70, múltiples instituciones mostraron interés en la aplicación del procedimiento de la Joint Commission en nuestro medio. Sólo cabe mencionar aquí, a título de ejemplo, la Guía de Acreditación Periódica implementada por el PAMI en 1980 para establecimientos con internación del 2º nivel de atención, la experiencia piloto llevada a cabo por la Secretaría de Salud en 1985, sobre 25 hospitales públicos y privados de más de 300 camas de la ciudad de Buenos Aires y los diversos ensayos realizados en establecimientos de la Provincia de Buenos Aires a fines de la década del 80.

En 1990 se produjo un acuerdo entre las principales instituciones prestadoras y financiadoras de servicios de salud para la Seguridad Social, que dio origen a la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica,

---

<sup>7</sup>Abraham Flexner: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin N° 4, 1910.

(COMCAM). En el marco de esta entidad se adoptó el Manual mencionado anteriormente y se efectuó una adaptación de sus estándares a las particularidades de nuestro país. Dicho documento también contribuyó al soporte bibliográfico con que se encaró la tarea inicial del ITAES.

Fundamentalmente, y en relación a este emprendimiento, deben destacarse las acciones de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CA.DI.ME) y la Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (CEDIM), que contribuyeron sustancialmente al ordenamiento de sus respectivos sectores y cuyos antecedentes técnicos se constituyeron en la base del presente Manual.

## **EI ITAES**

El ITAES es una organización no gubernamental, surgida por la coincidencia de inquietudes de un conjunto de establecimientos líderes de todo el país, las principales organizaciones intermedias y cámaras de prestadores de atención médica, importantes entidades financiadoras de servicios de salud y algunas sociedades científicas. Jurídicamente es una asociación civil sin fines de lucro, en la que predominan las instituciones prestadoras y financiadoras, aunque también pueden participar sociedades científicas, organismos estatales, consultoras y asociados a título personal.

A través del presente documento, el ITAES se propone brindar a la sociedad en general, y al Sector Salud en particular, un instrumento objetivo de evaluación externa por pares, con el fin de garantizar la presencia de condiciones básicas de calidad y seguridad, tanto para la satisfacción de los usuarios y aseguradores de servicios de atención médica, como para la orientación de las inversiones futuras de los prestadores que se sometan a esta evaluación.

## **CA.DI.ME.**

La Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico es una organización gremial empresaria, que referencia y representa al conjunto de las unidades prestadoras en todas las especialidades diagnósticas y de tratamiento de todo el país.

Se conformó en 1980 sobre la base de la Asociación de Institutos y Organismos Médicos sin Internación, que había sido fundada en 1975 y su objetivo institucional es asistir a los prestadores en su desenvolvimiento como empresa, otorgando apoyo a la gestión administrativa, operativa y técnico profesional.

Promueve la revalorización de las prestaciones de diagnóstico médico, determinantes en el desarrollo del nivel clave del sector salud: La Atención Primaria. El adecuado empleo de los medios de diagnóstico asegura un correcto tratamiento y esto reduce notablemente los costos finales de las prestaciones de salud.

Se subraya el carácter empresario de este subsector, porque los últimos adelantos científico-técnicos sumados al desarrollo económico del sistema presta-

cional, determinaron que las actividades prestadoras se organizaran a través de empresas, con una tendencia a la polivalencia.

Para CA.DI.ME. es de fundamental importancia la calidad total en lo referente a las actividades diagnósticas. Por ello trabaja para mejorar y revalorizar todo lo relacionado con esta temática, además de potenciar con su labor a todas las áreas del Sector Salud.

La entidad asume un rol integral, pero con énfasis en el suministro de las herramientas que optimicen los recursos de las empresas y de la calidad de sus servicios (Ver [www.cadime.com.ar](http://www.cadime.com.ar))

Mantiene contacto permanente con organismos y entidades del exterior, como consultoras privadas, organismos públicos, universidades, y entidades similares a la Cámara en diferentes zonas de América Latina, Estados Unidos y Europa.

Participa activamente en el Instituto Argentino de Normalización (IRAM) y en el Organismo Argentino de Acreditación (OAA), ambas organizaciones integrantes del Sistema Nacional de Calidad.

## **CEDIM**

La Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio está integrada por las instituciones prestadoras que aspiran a alinearse en el crecimiento del sector, con conceptos de calidad y seriedad, con la acreditación y categorización de los recursos humanos y físicos. Acreditación y Categorización, labor docente, calidad prestacional, exigencia de control sobre el Diagnóstico por Imágenes y los Tratamientos Ambulatorios y defensa de valores dignos de retribución, son parte de sus esfuerzos, en el convencimiento de que toda la población quiere ser asistida con los mejores recursos humanos, físicos y científicos.

CEDIM reconoce su origen, a partir de la unificación en 1988 de la Cámara de Prestadores de Tomografía Computada (CAPRETAC) y la Cámara de Prestadores de Medicina Nuclear (CAPREMEN). Nació agrupando cinco subespecialidades: Radiología, Tomografía Computada, Medicina Nuclear, Ecografía y Resonancia Magnética y, a mediados de 1990 incorporó Hemodinamia, Procedimientos Invasivos y Terapia Radiante, adquiriendo desde 1996 su actual denominación. Cuenta con el auspicio y apoyo de la Federación Argentina de Asociaciones de Radiología y Terapia Radiante (FAARDIT) y de la Sociedad Argentina de Radiología (SAR).

Además de su función gremial en el ámbito de las relaciones laborales, CEDIM edita la Revista "El Prestador", que es su publicación oficial. En ella que participan los más destacados especialistas de la actividad, información general de interés para el sector y el apoyo de las más importantes empresas proveedoras de insumos y servicios.

En el ámbito de CEDIM también funcionan Secretarías Técnicas que trabajan en aspectos arancelarios y prestacionales, categorización de equipos por criterios de complejidad y acreditación de servicios con un enfoque de calidad de atención médica. Esta última actividad es la que continúa ahora asociada a CA.DI.ME. e ITAES. Asimismo, realiza tareas de consultoría de la gestión empresarial y de la selección de recursos humanos, actualiza en forma permanente un Nomenclador de prácticas diagnósticas y dispone de instrumentos técnicos, como matrices de costos, tasas de utilización regionalizadas y valores de mercado de los insumos.

## **Principios Internacionales para Formular Estándares de Acreditación<sup>8</sup>**

*Nota preliminar: el documento que se transcribe a continuación, es uno de los componentes principales del Proyecto ALPHA. Fue presentado por primera vez en el Simposio de Acreditación previo a la 14ª Conferencia Internacional de la ISQua, llevada a cabo en Chicago en 1997. A continuación se hizo una ronda de consultas a las entidades acreditadoras participantes en el Proyecto. La versión consolidada, fue aprobada en el Simposio de Acreditación previo a la 15ª Conferencia de la ISQua, Budapest, 1998. Fue nuevamente revisado en el Simposio previo a la 16ª Conferencia de Melbourne en 1999. El ITAES tuvo una activa participación en todas las etapas de elaboración y actualmente forma parte del Comité, encargado de la revisión permanente y el perfeccionamiento de estos principios.*

Formular estándares de calidad para servicios de salud, es considerado por la mayoría de los países -e incluso por regiones dentro de los países- como lo que mejor satisface sus necesidades particulares en cada momento. La mayoría de los estándares, también se basan firmemente en lo que consideran prácticas aceptables, los mismos que deberán aplicarlas. En otras palabras, los estándares de atención de la salud deben ser adecuados, aceptables y creíbles.

Dado que los países / regiones son muy diversos y el desarrollo de sus sistemas de salud difiere ampliamente, la ISQua decidió desarrollar una matriz de principios internacionales, que pueden ser usados para sustentar el desarrollo de sus propios estándares -como una guía consolidada- por las diversas entidades

El primer anteproyecto de principios internacionales fue aprobado en el Simposio de Acreditación de Chicago en 1997. En esa oportunidad, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los EE.UU., se encargó de facilitar las tareas de la ISQua, examinando el borrador del documento de trabajo. Luego se pidió a las entidades acreditadoras que compararan sus propios estándares de acreditación con el anteproyecto. Con posterioridad a la etapa

---

<sup>8</sup> International Society for Quality in Health Care (ISQua), Agenda for Leadership in Programs of Healthcare Accreditation (ALPHA).

de evaluación y a la extensa discusión de Budapest en 1998, el documento quedó consolidado y se presenta ahora, mediante la siguiente matriz de principios.

**Se invita a las entidades acreditadoras a que adecuen a estos principios sus instrumentos de aplicación.**

### **1. Conceptos Clave**

Deben requerirse ciertos conceptos que sustenten todos los estándares, sin tener en cuenta cómo se presenta su contenido. Estos conceptos deben contemplar:

#### **Enfoque de los estándares:**

- Requisitos claramente documentados para que los pacientes se involucren en el proceso de atención.
- Respeto por los derechos de los pacientes (se dan explicaciones claras con respecto a las alternativas de tratamientos; se proporciona a los pacientes la posibilidad de optar durante el proceso de atención). Nota: esto puede variar de acuerdo a los valores de cada país y a la etapa de desarrollo en que se encuentre la entidad acreditadora.
- Enfoque en el usuario

#### **Responsabilidad<sup>9</sup> de los prestadores de servicios de salud:**

- Responsabilidad por la calidad de la atención del paciente
- Mejora continua
- Se requiere monitoreo de la calidad (un método sistemático de monitorear la calidad de la atención, para lo cual existe documentación y acciones a seguir).

#### **Gerenciamiento:**

- Óptima utilización del recurso
- Gestión del riesgo (procesos específicos para minimizar y/o eliminar riesgos para los pacientes y el personal)
- Procedimientos claros de gerenciamiento
- Participación amplia en la planificación estratégica (un proceso claro para asegurar la participación extendida)

#### **Gestión de la cobertura<sup>10</sup>:**

- Vinculación con otros prestadores de servicios de salud de la comunidad (para asegurar una adecuada coordinación y derivaciones apropiadas, dentro y fuera de la organización de servicios de salud)

---

<sup>9</sup> El término empleado en el texto original es "accountability", cuya traducción más aproximada es "responsabilidad", en el sentido social antes que individual, de "actitud de servicio" (N. del T.).

<sup>10</sup> En este caso, el término original es "outreach", que es la denominación que tiene en el Servicio Nacional de Salud británico, el trabajador social que orienta a los pacientes en el uso de los servicios. También quiere decir "extender" o "superar". Aquí fue considerado como la orientación al paciente para utilizar los servicios fuera del establecimiento, o "gestión de la cobertura" (N. del T.).

## **2. El tipo de los estándares está claramente definido.**

Los estándares están clasificados en primer lugar como: estructura, proceso y/o resultado. Debe reconocerse que los estándares pueden no ser totalmente de uno u otro tipo, pero debe ser posible identificar el tipo predominante. También debe notarse que, dado que ningún tipo es superior a otro, tanto uno como otro pueden ser apropiados, según las circunstancias históricas y el país en que se apliquen.

- Estándares de estructura: las condiciones estructurales de una organización para brindar servicios de calidad, como p. ej. la existencia de un comité ejecutivo de personal médico.
- Estándares de proceso: describen cómo se debe realizar una actividad, como p. ej. el registro de títulos del personal médico.
- Estándares de resultados: un grado o nivel de actuación aceptable, lo grado según ciertos requisitos y/o especificaciones preestablecidos, como p. ej. que la tasa de inmunizaciones debe encontrarse en un nivel determinado.

## **3. El alcance de los estándares está claramente definido.**

¿Los estándares contemplan el funcionamiento global o el espectro de actividades de una organización de servicios de salud o enfocan por partes las actividades / prestaciones de la organización? ¿Los estándares están enfocados en departamentos / servicios o en grupos de pacientes/clientes? Debe existir el propósito de extender la cobertura y mejorar los servicios de salud dentro de toda la organización, ya sea un establecimiento único, una red o sistema regional o, incluso, un plan de salud.

## **4. El contenido de los estándares es integral y está claramente estructurado.**

El contenido puede construirse a partir de diversas pero aceptables maneras.

### **4.1. Estructura básica de los estándares**

La estructura básica de los estándares debería incluir requisitos tales como:

- Gobierno definido de la organización con una función claramente establecida
- Gerenciamiento definido de la organización
- Estándares relativos al cuerpo médico (organización, normas de atención, evaluación, competencias)
- Estándares relativos a enfermería (organización, normas, evaluación, competencias)
- Estándares de farmacia
- Estándares de historias clínicas
- Estándares de seguridad

- Derechos básicos de los pacientes (consentimiento)

#### **4.2. Estándares Departamentales / funcionales**

Si una organización de servicios de salud está ordenada por departamentos y/o funciones (unidades específicas de prestaciones; p. ej. farmacia, diagnóstico por imágenes, lavandería, quirófano, etc.), podrían aplicarse estándares adecuados para cada departamento / función (incluyendo departamentos médicos y no-médicos, como dirección y gerencia). Los estándares departamentales podrían tratar temas como:

- La función del departamento (misión o definición de propósitos)
- ¿qué tareas cumple el departamento? (funciones y actividades claramente especificadas)
- ¿a quién presta servicios el departamento? (grupos poblacionales atendidos, servicios a otros departamentos, servicios no prestados)
- ¿cuáles son las normas de procedimientos que guían la prestación de servicios en el departamento? (pueden especificarse normas importantes y procedimientos)
- ¿quién presta servicios dentro del departamento? (capacidades requeridas al personal; evaluación de su desempeño)
- ¿cómo es evaluada la prestación de servicios? (garantía de calidad; mejoramiento de la calidad; etc.)

#### **4.3. Proceso de Atención del Cliente / paciente**

Los estándares deben centrarse en el paciente, es decir, seguir al paciente desde el momento de su admisión en un establecimiento de salud hasta el momento de su alta o de su traslado a otro establecimiento. Estos estándares podrían abordar componentes específicos del proceso de atención del paciente:

- Admisión
- Evaluación de las necesidades de atención del paciente
- Programación de la atención
- Prestación de servicios
- Evaluación de la atención
- Programación del alta / traslado

Estos estándares podrían aplicarse a determinados grupos de pacientes, como los que requieren atención clínica, atención quirúrgica, atención oncológica, obstetricia y ginecología, salud mental, rehabilitación, etc. Los estándares también podrían aplicarse, tanto a los pacientes internados como a los ambulatorios o a los derivados.

## **5. Los estándares se formulan mediante un proceso bien definido.**

Debe emplearse y documentarse un proceso dividido en 6 etapas al formular los estándares:

- Existe una bien definida participación de pares (los que aplicarán los estándares) cuando se formulan los estándares.
- Existe un proceso de consultas para asegurar que los principales referentes sectoriales<sup>11</sup> tengan la oportunidad de opinar sobre los estándares.
- Existe un reconocimiento y cumplimiento, cuando corresponda, de las leyes vigentes y de las regulaciones del Gobierno regional o nacional.
- Existen evidencias de una investigación apropiada, que asegura que los estándares están actualizados y se basan en informaciones vigentes y prácticas.
- Existe un proceso que garantiza que los estándares se prueban a través de experiencias piloto, antes de su aplicación plena.
- Existe un proceso definido para evaluar y revisar los estándares en períodos regulares.

## **6. Los estándares están preparados para medir su cumplimiento.**

La medición del cumplimiento de los estándares puede hacerse a través de diferentes procedimientos; tanto mediante el empleo de escalas matemáticas sofisticadas, como por medio de condiciones verbales de satisfacción. El cumplimiento puede ser verificado por los evaluadores (expertos externos que visitan la organización), o a través de un proceso previo de auto-evaluación, combinado con la verificación posterior del evaluador.

Lo más importante es que haya una descripción clara, sobre cómo debe ser medido el cumplimiento por los evaluadores. Se recomienda que exista un procedimiento, que incluya un conjunto básico de indicadores de medición.

ISQua cree que tomados en conjuntos, estos 6 principios proporcionan a las entidades acreditadoras nacionales, una base sólida para la formulación de estándares de atención de la salud. ISQua reconoce que se requiere cierta variedad y flexibilidad, según la evolución de cada entidad acreditadora y las diferencias culturales. Sin embargo, estos principios constituyen una guía común y consistente para el desarrollo de estándares.

---

<sup>11</sup> El término original es "key stakeholders", que está referido a los principales líderes del Sector, tanto a los que cumplen funciones directivas formales, como a los que tienen atributos de dirigentes sin detentar cargos directivos (N. del T.).

# INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (ITAES)

## **COMISIÓN DIRECTIVA**

Dr. Durlach, Ricardo	Presidente	Hospital Alemán y ACAMI
Dr. González, Héctor B.	Vicepresidente	Sanatorio Otamendi.
Dr. Suárez Ordóñez, Marcelo	Secretario	Grupo Oroño, Rosario, Santa Fe
Dr. Límoli, Miguel	Prosecretario	SADAM
Dr. Dillon, Horacio	Tesorero	OSDE
Dr. Gontán, Osvaldo	Protesorero	Medicus S.A.
Dr. Di Lucca, Juan C.	Vocal Titular	Universidad Austral
Dr. Edo, Jorge	Vocal Titular	ADECRA
Dr. Emery, Jorge	Vocal Titular	Hospital Británico, Buenos Aires
Dr. Gallesio, Antonio	Vocal Titular	Hospital Italiano de Buenos Aires
Dr. Graña, Dante	Vocal Titular	ASAM
Dr. Mariona, Fernando	Vocal Titular	San Pacific S.A.
Dra. Mercado de Sala, María	Vocal Titular	Inst. Modelo de Cardiología, Córdoba
Dra. Osán, María Cristina	Vocal Titular	ASACAM
Dr. Vilella, Juan Carlos	Vocal Titular	Centro Médico Vilella, Buenos Aires
Dr. Villasante, Ángel F.	Vocal Titular	CEDIM
Dr. Barrios, Héctor	Vocal Suplente	Atención Médico-Psicológica
Dr. García Mónaco, Héctor	Vocal Suplente	Sociedad Argentina de Radiología
Dr. González, Daniel	Vocal Suplente	HSBC
Dr. Giménez, Luis	Vocal Suplente	Omint

ACAMI: Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas

SADAM: Sociedad Argentina de Auditoría Médica

OSDE: Organización de Servicios Directos Empresarios

ADECRA: Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina

ASACAM: Asociación de Auditoría y Calidad Médica de Córdoba

CEDIM: Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio

ASAM: Atención de Salud Mental

## **Órgano de Fiscalización**

Dr. Rezzónico, Ricardo	Titular	Fundación Favaloro
Dr. Bond, Martín	Suplente	Fundación Favaloro

## **Conducción Ejecutiva**

Dr. Arce, Hugo E.	Director General
Dr. Otero, Ricardo A.	Coordinador Técnico

## **Colaboradores permanentes**

Dr. Lozada Allende, Carlos	Asesor Legal
Cont. Pinazo, Edith G.	Asesora Contable
Sra. Hermosí, Delia	Administradora
Lic. Terlizzi, Stella	Secretaria de Comisión Directiva
Lic. Castro, Beatriz	Metodóloga

## **Miembros Benefactores**

Hospital Alemán  
Hospital Británico  
Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento S.A.

Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE)  
Sanatorio Otamendi S.A.

***Miembros Correspondientes Extranjeros***

Lic. Carol Gilmore (EE.UU.)  
Lic. Lluís Bohigas (España)  
Dr. Humberto de Moraes Novaes (Brasil)  
Dr. Eduardo Martínez (Italia)

***Miembros Honorarios Nacionales***

Dr. Camilo Marracino  
Dr. Carlos Martini  
Dr. José María Paganini

**CÁMARA DE INSTITUCIONES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO  
(CA.DI.ME.)**

***COMISIÓN DIRECTIVA***

Presidente: Sr. Guillermo Gómez Galizia  
Vicepresidente 1º: Dr. Martín Iturraspe.  
Vicepresidente 2º: Dr. Juan Carlos Vilella.  
Vicepresidente 3º: Dr. Horacio Soriano.  
Secretario: Dr. Adolfo Kalinov.  
Prosecretario: Sr. José Laurensio.  
Tesorero: Dr. Enrique Moreau.  
Protesorero: Dr. Alberto Ederly.  
Vocal Titular: Dr. Elías Grauman.  
Vocal Titular: Dr. Marcelo Milkes.  
Vocal Titular: Sr. Damián Noé.  
Vocal Titular: Dr. Eduardo Guareschi.  
Vocal Titular: Dr. Damián Lehrer.  
Vocal Titular: Dr. Gustavo Schikendantz.  
Vocal Suplente: Sra. Elsa María Catarineu.  
Vocal Suplente: Sr. Daniel Llinares  
Vocal Suplente: Dr. Mario Pecelis.  
Vocal Suplente: Dr. Ramón Mosquera.  
Titular Órgano de Fiscalización: Sr. Ángel Berra.  
Titular Órgano de Fiscalización: Sr. Arturo Morgan.  
Titular Órgano de Fiscalización: Dr. Raúl Álvarez  
Suplente Órgano de Fiscalización: Sra. Margarita Cristina Reinoso.  
Gerencia: Doctor Hernan A. Grecco.

# CÁMARA DE ENTIDADES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO (CEDIM)

## **COMISIÓN DIRECTIVA**

PRESIDENTE	Dr. Marcelo Kaufman	Invest. Médicas SA	Capital Federal
VICEPRESIDENTE	Dr. Sergio Moguillansky	Cl. Rad. Dr. Moguillansky	Cipolletti
SECRETARIO	Dr. Juan Carlos Botto	CEDIT	Santa Fe
TESORERO	Dr. Eduardo Cosci	Imagen SA	Sgo. del Estero
DIRECTOR EJECUTIVO	Dr. C.P.N. Cesar Paz	ARGUS SA	San Miguel
VOCALES TITULARES	Dr. José Luis San Román	Diag. Imágenes H.Italiano	Capital Federal
	Dr. Ernesto Briggs	Resonancia SA	Mendoza
	Dra. CP Ana M. Pérez Ibáñez	Centro Diagnóstico Médico	Bahía Blanca
	Dr. José Carlos Morales	Fund. Científica del Sur	Lomas de Zamora
	Dr. Antonio Manccini	Emprend. de Salud	Capital Federal
	Dr. Mario E. Tourn	Instituto Gamma SA	Rosario
	Dr. Roberto Rojas	DMI Dr. Rojas	Capital Federal
VOCALES SUPLENTE	Prof. Angel Villasante	San. Otamendi & Miroli SA	Capital Federal
	Dr. Carlos Oulton	C. Tom. Comp. Córdoba	Córdoba
	Dr. René Conci	C. Rad. "Conci-Carpinella"	Córdoba
	Dr. Ricardo Román	IMAT SA	Capital Federal
	Dr. Emilio Kuschnir	Lab. Radio. Cám. Gamma	Córdoba
REVISORES DE CUENTAS Titulares	Dr. CP José Renzulli	CEDIT	Santa Fe
	Lic. Dolores Rossi	Enrique M. Rossi SA	Capital Federal
	Dr. CP Carlos Gianella	FLENI	Capital Federal
Suplentes	Dr. Carlos Rossi	Cl. de Camara Gamma	Rosario
	Dr. Pedro Ginocchi	Diagn. por Resonancia SA	Resistencia
PAST PRESIDENT	Dr. Mario E. Tourn	Instituto Gamma SA	Rosario
	Prof. Angel F. Villasante	San. Otamendi & Miroli SA	Capital Federal
	Dr. Carlos A. Oulton	Centro T. Comp. Córdoba	Córdoba
	Dr. Luis María Lemoine	Terap. Rad. Cumbres SA	Rosario
GERENCIA	Dra. CP Alicia Corinfeld		

# NORMAS PARA LA INTERPRETACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL PRESENTE MANUAL

## 1. Consideraciones metodológicas<sup>12</sup>

- 1.1. La elaboración de requisitos de calidad de atención médica constituye un instrumento normativo con **objetivos previamente definidos**, destinado a evaluar instituciones asistenciales. En este sentido, la objetividad del instrumento de evaluación utilizado depende más de la claridad de los objetivos que de la imparcialidad con que se seleccionan los indicadores que deben verificar los evaluadores.
- 1.2. La realización de un Programa de Acreditación está vinculada en la Argentina a una racionalización de la oferta de servicios -que se ha configurado como tendencia histórica en la última década- mediante un mecanismo de selección basado en la evaluación de la calidad de la atención médica. Este proceso de racionalización es una consecuencia previsible de la expansión de la capacidad instalada asistencial, a expensas de establecimientos de infraestructura precaria o por la remodelación de edificios construidos con otra finalidad. De este modo, el Manual ha sido elaborado teniendo como meta establecer **condiciones básicas de calidad y seguridad**, compatibles con el promedio de la capacidad instalada vigente, que permitan ofrecer una guía para el **mejoramiento continuo de la calidad**, a las instituciones que deseen avanzar en este sentido. No se procuraron normas de excelencia asistencial, sino un "piso aceptable" de calidad, en permanente mejora.
- 1.3. Para elaborar los estándares de acreditación, se partió de un conjunto de criterios, que conviene mencionar previamente:
  - 1.3.1. El análisis de la relación costo/beneficio no debe ser ajeno a la consideración de los procedimientos de evaluación de calidad de atención médica. Un procedimiento excesivamente detallado, puede ser muy costoso en cuanto a la inversión necesaria en personal calificado para efectuar cada evaluación.
  - 1.3.2. La detección de indicadores de calidad en un establecimiento no debe procurar una descripción exhaustiva y detallada de la totalidad de los datos representativos de la realidad existente, si el análisis puede efectuarse en forma sencilla, y aún permitir arribar a conclusiones eficaces.

---

<sup>12</sup>Extraído y modificado del Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales de la Argentina, COMCAM, Buenos Aires, Septiembre de 1992.

- 1.3.3. La simplificación del procedimiento de acreditación hace necesaria la utilización de **datos e indicadores esencialmente cualitativos**, cuya verificación no requiera prolongados recuentos de eventos, sino la observación de ciertos elementos, cuya presencia permita inferir condiciones de calidad.
- 1.3.4. Los indicadores a seleccionar deberán ser fácilmente verificables en lo posible por la sola observación, evitando aquellos que impliquen extensas revisiones de documentación.
- 1.3.5. Los estándares procurarán evaluar -dentro de un mismo servicio- aspectos de estructura, proceso y resultados, buscando datos e indicadores dinámicos, que reflejen con la mayor amplitud la calidad de las prestaciones. Aunque la evaluación de resultados ofrece frecuentes dificultades -dado que los propios establecimientos evaluados suelen no llevarla a cabo- los indicadores preferentemente consideran condiciones estructurales previas al acto médico, así como la calidad con que se desenvuelve el proceso de atención.
- 1.3.6. Los servicios considerados en el presente Manual, Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio de Análisis Clínicos, dependen de manera sustantiva de la infraestructura tecnológica disponible. En este caso, si bien se han contemplado aspectos de calidad del proceso de atención, los estándares tienen un fuerte componente en contenido descriptivo del equipamiento requerido.
- 1.4. El enfoque de la oferta local de servicios, como red formal o informal en funcionamiento, induce a considerar como parte de un establecimiento, a los servicios que eventualmente se encuentran fuera de su planta física, incluso sin pertenecer patrimonialmente al mismo propietario. De manera que la **disponibilidad local de servicios**, es un recurso de la institución asistencial que debe ser incluido en la evaluación. En estos casos, estas especiales características estructurales no eximen al establecimiento evaluado de su responsabilidad sobre la calidad de las prestaciones que ofrece el servicio de que se trate.
- 1.5. Los objetivos del presente instrumento de evaluación, se limitan a los Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento, sin perjuicio de la denominación genérica que posea (Centro de Diagnóstico, Instituto, Servicio, etc.).
- 1.6. Adoptando un enfoque sistémico, los establecimientos forman parte de una red de servicios de atención de la salud, asociados geográficamente, ya sea por una organización planificada o como consecuencia de un ordenamiento espontáneo de los efectores

asistenciales existentes. Este criterio, que abarca la totalidad de la oferta de servicios disponibles en un territorio determinado, ha sido denominado **sistemas locales de salud** (SILOS), por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

## 2. Definiciones

En la redacción de los estándares se emplean algunos términos cuyo significado debe ser claramente establecido. Éstos son:

- 2.1. **Tarea del centro ambulatorio de diagnóstico por imágenes:** A los fines del presente manual, consiste en obtener imágenes del organismo humano mediante el uso de radiaciones, ionizantes o no, producidas por fuentes externas a efectos de utilizar la información producida para el diagnóstico, pronóstico, prevención o tratamiento de cualquier enfermedad o discapacidad o para la evaluación del estado de salud de la persona humana.
- 2.2. **Condiciones previas para ingreso al programa de Acreditación:**
  - La Dirección debe estar a cargo de un profesional certificado para tal efecto.
  - El centro funciona desde por lo menos un (1) año antes de la fecha de evaluación.
- 2.3. **Norma activa:** Es la que cumple con las siguientes condiciones
  - 2.3.1. Se encuentra escrita. Puede ser de difusión o consenso científico, de publicación oficial, desarrollada específicamente en el establecimiento o provenir de fuentes internacionales;
  - 2.3.2. Cuenta con la aprobación y respaldo de la Dirección para su aplicación en el establecimiento; esta aprobación se evidencia a través de la rúbrica de la norma por parte de la Dirección del establecimiento;
  - 2.3.3. Está disponible permanentemente en el o en las áreas en las que debe ser aplicada, y
  - 2.3.4. Es conocida por quienes deben aplicarla.
- 2.4. **Guardia activa:** Significa la permanencia en el establecimiento de al menos un profesional o técnico -dependiendo del servicio de que se trate- durante las 24 horas del día, 365 días al año.
- 2.5. **Legajo actualizado:** Se trata de una carpeta que cumple las siguientes condiciones:
  - 2.5.1. Existe una por cada persona que se desempeña en la institución, sin importar las tareas que desarrollen ni el tipo de relación laboral

- 2.5.2. Cada carpeta cuenta con:
- 2.5.2.1. Datos personales del empleado (nombre y apellido, domicilio, teléfono).
  - 2.5.2.2. Tareas que desarrolla.
  - 2.5.2.3. Curriculum actualizado (hasta por lo menos un año antes de la fecha de evaluación)
  - 2.5.2.4. Profesionales (técnicos, médicos, ingenieros, enfermeras): copia autenticada del título profesional y número de matrícula habilitante cuando así correspondiera.
  - 2.5.2.5. Personal no calificado: igual a 2.5.2.1, más indicación de las tareas que desarrolla. El personal administrativo de atención al público debe contar con antecedentes de capacitación o experiencia previa en tales labores.
  - 2.5.2.6. Documentación respecto de reconocimientos laborales o sanciones.
  - 2.5.2.7. Horarios de trabajo.

- 2.6. **Servicios tercerizados:** El ITAES no discrimina entre servicios propios y tercerizados, los que serán considerados parte del establecimiento asistencial, estén o no incluidos en el mismo conjunto edilicio. Por ello, los establecimientos bajo evaluación son responsables de que estos servicios cumplan las condiciones y criterios de calidad expuestos en los respectivos estándares. En todos los casos el establecimiento deberá contar con documentación que avale la relación (contrato, convenio, etc.). En esta documentación deberán figurar:

- Responsabilidades de contratante y contratado;
- Nombre del responsable del servicio, con título y matrícula profesional en los casos en que corresponda, así como sus medios de comunicación;
- Normas de procedimiento por las que se regirá la labor técnico profesional del servicio tercerizado y,
- En los casos en que corresponda, programa de guardias, aclarando si se trata de activas o pasivas, listado de profesionales involucrados con copias de títulos profesionales, certificaciones de especialidad y matrículas habilitantes, así como registro de las acciones desarrolladas por el servicio sobre los pacientes y/o sus muestras
- Aportar y mantener permanentemente actualizado un listado del personal dedicado, con los datos que se exigen en el apartado de legajos para quienes tienen relación directa con el establecimiento.

### 3. Normas de interpretación

- 3.1. El presente Manual está destinado a establecer los criterios mediante los cuales se definirá el resultado final de la acreditación, a partir de los estándares evaluados, teniendo en cuenta que el conjunto de los datos relevados debe desembocar en una decisión taxativa sobre si el establecimiento queda o no acreditado.
- 3.2. Para cada interpretación de los resultados de la evaluación, deberán considerarse los siguientes criterios:
  - 3.2.1. Los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles.
  - 3.2.2. Los requisitos preliminares definen las limitaciones para acceder al Programa de Acreditación;
  - 3.2.3. El asesoramiento de los evaluadores a las autoridades del establecimiento, deberá estar orientado hacia la manera de canalizar los esfuerzos para lograr una mejoría en el nivel de calidad de los servicios, así como en sentido de las modificaciones a introducir, en el caso de una eventual denegatoria de la Acreditación.

# REGLAMENTO de ACREDITACIÓN<sup>13</sup>

## 1. Evaluación y supervisión del Programa de Acreditación

- 1.1. A partir del inicio del Programa de Acreditación de Establecimientos Ambulatorios, el ITAES respetará la vigencia de los Certificados de Acreditación otorgados por CA.DI.ME. y CEDIM, por lo que las organizaciones que los ostenten sólo deberán requerir reacreditaciones a ITAES a partir de las respectivas fechas de vencimiento.
- 1.2. El Programa de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento estará bajo la observación y seguimiento permanentes de la **Comisión de Evaluación y Supervisión**, integrada por representantes técnicos de CA.DI.ME, CEDIM y el ITAES. Esta Comisión tendrá las siguientes funciones:
  - 1.2.1. Definir los criterios para seleccionar los evaluadores que participarán en el presente Programa de Acreditación.
  - 1.2.2. Definir los contenidos básicos que tendrán las actividades de capacitación de dichos evaluadores.
  - 1.2.3. Designar el cuerpo de evaluadores que participarán en el Programa de Acreditación bajo su área de responsabilidades.
  - 1.2.4. Otorgar la aprobación final de los Manuales a ser editados en el marco del presente Programa.
  - 1.2.5. Evaluar el presupuesto operativo del desarrollo del Programa, así como establecer los aranceles de los servicios de acreditación.
  - 1.2.6. Intervenir en primera instancia, en los casos de observaciones al procedimiento de acreditación o de apelación al resultado del proceso de acreditación, elevando el correspondiente dictamen a la Comisión Directiva del ITAES.
- 1.3. Los estándares de calidad del presente Programa de Acreditación, serán revisados y modificados al menos cada 3 (tres) años, sin perjuicio de que la Comisión de Evaluación y Supervisión registre y estudie las posibles modificaciones que vayan surgiendo por adelantos tecnológicos o por la observación de la marcha del Programa. Cuando condiciones excepcionales lo aconsejen y de común acuerdo, la Comisión podrá aconsejar la renovación completa de los Manuales vigentes, antes de que se cumpla el plazo de 3 años.

---

<sup>13</sup>Adaptado del Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales de la Argentina, COMCAM, Buenos Aires, Septiembre de 1992 y del Manual de Acreditación de CADIME PGC/99

## 2. Condiciones para solicitar la Acreditación

- 2.1. A los fines del presente Manual, puede someterse a la acreditación del ITAES todo establecimiento que se encuentre ubicado dentro del territorio de la República Argentina y responda a la definición de Establecimiento Ambulatorio de Diagnóstico y Tratamiento.

También se aplicará este Manual a Centros de Diagnóstico por Imágenes que formen parte de un Establecimiento Polivalente de Agudos con Internación, si la institución en su conjunto no solicita la acreditación. En caso contrario, se aplicará el Manual para Establecimientos Polivalentes. Se entiende por:

2.1.1. Establecimiento: a la unidad asistencial que reúne al conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos bajo una misma conducción, independientemente de la razón social o dependencia administrativa que tengan, que se encuentren ubicados en un conjunto edilicio que funcione como tal, sin distinción de relaciones económico-administrativas entre los componentes.

2.1.2. Ambulatorio: al establecimiento

2.1.2.1. que provee servicios asistenciales de diagnóstico y/o tratamiento en forma ambulatoria,

2.1.2.2. que no cuenta con áreas de internación, aún cuando posea alguna cama de recuperación para procedimientos invasivos o reciba pacientes referenciados transitoriamente desde establecimientos de internación.

- 2.2. **Requisitos Preliminares para solicitar la Acreditación**: el establecimiento deberá:

2.2.1. No encontrarse ubicado en zonas de aislamiento geográfico, entendiéndose por éstas a las localidades

2.2.1.1. con población menor a 15.000 habitantes y

2.2.1.2. cuyo tiempo de derivación a centros de mayor nivel es superior a una hora.

2.2.2. Estar habilitado por la autoridad sanitaria Nacional, Provincial y/o Municipal, según corresponda. Esto implica el reconocimiento de que todas las instalaciones fueron debidamente ejecutadas acorde con las leyes y reglamentos que las regulan. La Acreditación no es substitutiva de esas reglamentaciones, ni releva de la responsabilidad de su cumplimiento.

2.2.3. Contar asimismo con la habilitación específica de todos los servicios e instalaciones especiales (con emisión de radiaciones ionizantes), en los casos en que existan normas legales vigentes que así lo indiquen.

- 2.2.4. Haber funcionado en forma continua durante por lo menos un año antes de la solicitud de acreditación.
- 2.2.5. Garantizar que todo profesional que tenga acceso al uso de las instalaciones, revistando o no en relación de dependencia, se encuentre habilitado para ejercer sus actividades específicas.
- 2.2.6. Asegurar que todos los servicios, incluidos los que eventualmente estuviesen ubicados fuera de la planta física del establecimiento, respondan a su conducción asistencial o, en caso de ser contratados, que exista una relación formal que asegure la continuidad de su funcionamiento.

Será responsabilidad del establecimiento que solicite la acreditación requerir las autorizaciones que correspondan a los proveedores contratados, a efectos de que los evaluadores del ITAES puedan verificar los estándares que se refieran a dichos servicios. La imposibilidad de llevar a cabo tales evaluaciones, por carecer de autorización específica u otro impedimento, dará lugar a que el ITAES considere que esos estándares no han sido satisfechos.

- 2.3. **Condiciones Implícitas de Calidad:** para ingresar al programa de Acreditación deberán estar exentos de las siguientes condiciones que son consideradas excluyentes:

- 2.3.1. Ubicación edilicia en zona inundable.
- 2.3.2. Carencia de rampas o ascensores para pacientes, circulación técnica y para el público, claramente diferenciadas.
- 2.3.3. Disponibilidad de agua potable interrumpida o restringida en algunas horas del día.
- 2.3.4. Presencia dentro de las instalaciones del establecimiento de animales domésticos o roedores y otros vectores.
- 2.3.5. Carencia de métodos sistemáticos de control de plagas.
- 2.3.6. Filtraciones en cielorrasos y/o paredes, especialmente en áreas restringidas.
- 2.3.7. Deterioros en revoques, pintura y/o carpintería.
- 2.3.8. Acumulación de basura y/o escombros fuera de los lugares especialmente destinados a ese fin.

### 3. Procedimientos previos a la Evaluación

- 3.1. Las autoridades del establecimiento deberán dirigirse al ITAES, CADIME o CEDIM indistintamente manifestando su intención de someterse a la evaluación. CADIME, CEDIM e ITAES quedan facultadas para la venta del presente Manual de Acreditación.
- 3.2. Una vez en conocimiento del Manual y del Reglamento, el establecimiento cumplimentará el Formulario Solicitud de Acreditación,

***certificando satisfacer los requisitos preliminares y las condiciones implícitas de calidad.***

- 3.3. Una vez aprobada su solicitud, el establecimiento abonará el arancel estipulado.
- 3.4. En un plazo no mayor de cuatro (4) semanas, el establecimiento será notificado de la fecha en que se iniciará la evaluación.
- 3.5. Las autoridades del establecimiento deberán:
  - 3.5.1. Comunicar al personal la fecha en que se harán presentes los evaluadores.
  - 3.5.2. Instruir debidamente al personal para que conteste a todos los requerimientos efectuados por el equipo evaluador.
  - 3.5.3. Disponer de toda la documentación e información necesaria mencionada en los estándares del Manual de Acreditación.
  - 3.5.4. Disponer de un espacio adecuado para el análisis de la documentación por parte de los evaluadores.
  - 3.5.5. Posibilitar que el equipo de evaluación, se reúna con los directivos, para instruirlos y aclarar dudas respecto al procedimiento.

#### **4. Metodología de evaluación**

- 4.1. Durante el relevamiento del establecimiento, el equipo evaluador constatará la correspondencia entre los datos obtenidos y los requisitos de los respectivos estándares y volcará los resultados y observaciones que correspondieran en los formularios de trabajo.
- 4.2. Las técnicas empleadas en la recolección de datos serán:
  - 4.2.1. Visitas y recorridas de las instalaciones, incluyendo todas y cada una de sus dependencias.
  - 4.2.2. Observación de las estructuras, evaluación de los procesos y, eventualmente, de resultados.
  - 4.2.3. Entrevistas con el nivel de conducción, con el personal que cumple funciones en el establecimiento así como encuestas entre los pacientes y/o familiares.
  - 4.2.4. Análisis de la documentación facilitada por el establecimiento.
  - 4.2.5. Análisis de protocolos y registros.
- 4.3. Con posterioridad a la visita, el equipo evaluador procesará los datos obtenidos, documentos o cualquier otro material relevante recibido de las dependencias del establecimiento evaluado, y recomendará a la Comisión de Evaluación y Supervisión, la emisión del dictamen que considere conveniente.

#### **5. Dictámenes**

- 5.1. **Acreditación Plena:**

Cuando el establecimiento cumpla con todos y cada uno de los estándares.

5.1.1. Tendrá una validez de 3 (tres) años.

5.2. **Acreditación Transitoria:**

Cuando el establecimiento no cumpla totalmente los estándares de hasta 3 (tres) áreas de evaluación<sup>14</sup>, y se considere posible la corrección de sus deficiencias en un plazo breve, la Comisión de Evaluación y Supervisión recomendará a la Comisión Directiva del ITAES otorgar una Acreditación Transitoria.

5.2.1. La Acreditación Transitoria tendrá un plazo máximo de 12 (doce) meses, a contar de la fecha de emisión del Certificado. Durante el mismo el ITAES podrá realizar nuevas evaluaciones, a solicitud o no del establecimiento, aunque exclusivamente para evaluar la puesta en marcha y evolución de las tareas destinadas a subsanar las deficiencias, que impidieron el otorgamiento de la Acreditación Plena.

5.2.2. El período citado podrá ser acortado cuando a juicio del ITAES existan razones para tal proceder, tanto por haberse finalizado las tareas correctivas como por no haberse ejecutado en absoluto, o bien en los casos en que la misma considere que su plazo de terminación, superará la duración máxima de la Acreditación Transitoria.

5.2.3. Cuando el establecimiento que haya obtenido una Acreditación Transitoria cumpla con los requisitos para alcanzar la Acreditación Plena, le será otorgado un Certificado en tal sentido. En estos casos, la Acreditación Plena absorberá la duración de la Transitoria, esto es, la vigencia se contará a partir de la fecha de la primera evaluación.

5.3. **No Acreditado:**

En los casos en que la Comisión de Evaluación y Supervisión considere que el establecimiento no cumple las condiciones para ser acreditado y las deficiencias no pueden ser corregidas dentro del plazo de 1 (un) año, notificará los resultados de la evaluación otorgando un plazo de 15 (quince) días corridos, para que aporte información complementaria que permitiese modificar la resolución.

Cuando el establecimiento no aporte elementos que justifiquen una nueva evaluación, o notifique cambios que a juicio de la Comisión de Evaluación y Supervisión, impliquen una modificación de la situación existente en los servicios evaluados favorablemente durante el relevamiento original, la Comisión Directiva proce-

---

<sup>14</sup> A los fines de esta disposición, se consideran áreas de observación a cada uno de los apartados de los capítulos de Estándares de Estructura y de las Etapas de los Estándares de Proceso. Ejemplo: son áreas de evaluación "Organización Institucional", "Flujograma" y "Recurso Humano" entre los primeros y "Otorgamiento de Turnos", "Control del Equipamiento" y "Generación y Entrega del Informe", entre los segundos.

derá a emitir una resolución de **No Acreditado**, en base a lo actuado por la Comisión de Evaluación y Supervisión. En este caso, deberá mediar no menos de 1 (un) año para solicitar una nueva evaluación, que deberá cumplir nuevamente con todos los requisitos exigidos.

- 5.4. Cuando los establecimientos incluidos en el punto 5.2, notifiquen haber cumplimentado las modificaciones que motivaron la postergación, o aporte elementos que lo justifiquen, se procederá a una nueva constatación en terreno. En base a ésta se tomará la decisión definitiva, siempre a través de los pasos Comisión de Evaluación y Supervisión - Comisión Directiva del ITAES.
- 5.5. El Dictamen será comunicado a las autoridades del establecimiento, en forma confidencial y fehaciente por la Comisión Directiva del ITAES, en un plazo no mayor a 10 (diez) días corridos a partir de la fecha de su emisión.
- 5.6. La facultad de dar a conocer públicamente el resultado de la evaluación quedará a cargo de la conducción del establecimiento, *exclusivamente durante y no más allá* del período de vigencia de la Acreditación.

## 6. Apelación

- 6.1. Los dictámenes negativos de la Comisión Directiva del ITAES podrán ser apelados ante la misma dentro los 30 (treinta) días corridos, a partir de la fecha de su notificación fehaciente, y cuando el establecimiento interesado considere que existen elementos que puedan hacer variar la primitiva decisión.
- 6.2. En primera instancia, intervendrá la Comisión de Evaluación y Supervisión, que concederá audiencia a las autoridades del establecimiento dentro de los 40 (cuarenta) días posteriores a la solicitud de apelación, comunicando para ello la fecha y hora de la reunión con no menos de 20 (veinte) días de antelación.
- 6.3. Las autoridades del establecimiento podrán concurrir a la audiencia acompañadas por asesores y deberán proporcionar información oral o escrita y ofrecer testimonios durante la audiencia, así como hacer observaciones al procedimiento en terreno. Asimismo la Comisión de Evaluación y Supervisión podrá citar a todos o a cualquiera de los miembros del equipo evaluador que realizó la tarea de campo.
- 6.4. No serán considerados ninguna presentación o testimonio, relacionados con medidas tomadas por el establecimiento con posterioridad a la fecha de notificación fehaciente del Dictamen negativo.
- 6.5. Después de haber comenzado una audiencia, la Comisión de Evaluación y Supervisión podrá suspender transitoriamente la misma con el propósito de evaluar la presentación.
- 6.6. Una vez analizados los antecedentes y la información y testimonios presentados durante la audiencia, la Comisión de Evaluación

y Supervisión, en un lapso no mayor de 20 días de la fecha de iniciación del procedimiento de apelación u observación, elevará su correspondiente dictamen a la Comisión Directiva del ITAES, aconsejando la conducta a seguir respecto al Dictamen Final.

- 6.7. El Dictamen Final emitido en segunda instancia por la Comisión Directiva del ITAES será inapelable.
- 6.8. En el caso de decidirse por la afirmativa, se emitirá el correspondiente Certificado de Acreditación, que tendrá idénticas características y otorgará los mismos derechos que todo el que haya sido emitido sin apelación previa.
- 6.9. En Cualquier caso de duda o discrepancia en la interpretación de las normas contenidas en el este Manual, se aplicará lo dispuesto en los Acuerdos de fecha 25/11/99 y 23/8/01 celebrados entre CEDIM, ITAES y CA.DI.ME.

## **PROCESO DE ACREDITACIÓN**

### ***Solicitud***

1. El establecimiento completa el formulario de solicitud, con carácter de declaración jurada, acompañando
  - 1.1. Fotocopia de la habilitación del establecimiento;
  - 1.2. Fotocopia de cada una de las habilitaciones personales y/o especiales que se requieran en la jurisdicción para la utilización de radiaciones ionizantes, de acuerdo con el tipo de prestaciones que se brindan;
  - 1.3. Fotocopia de la designación del Director Médico.
  - 1.4. Fotocopia de la Inscripción en Aseguradora de Riesgos del Trabajo.
  - 1.5. Fotocopia del Certificado de póliza de seguro de mala praxis.
  - 1.6. En las circunscripciones que corresponda:
    - 1.6.1. Fotocopia del Certificado de Inscripción como Generador de Residuos Peligrosos.
    - 1.6.2. Fotocopia del Contrato con empresa de tratamiento de residuos peligrosos.
2. El ITAES determina, y comunica al establecimiento
  - 2.1. Aptitud del establecimiento para ser sometido a la evaluación;
  - 2.2. Fecha de la evaluación en terreno;
  - 2.3. Composición del equipo evaluador;
  - 2.4. Arancel a percibir y forma de pago.
3. El establecimiento da su consentimiento fehaciente a los puntos 2.2 a 2.4. Puede recusar a todos o alguno de los componentes del equipo evaluador, sin expresión de causa, en cuyo caso, el ITAES procederá a su reemplazo y nueva comunicación al centro solicitante.

### ***Evaluación en terreno***

1. En la fecha y hora establecidos en el punto 2.2. se presentará el Evaluador, el que, a través de las técnicas usuales de evaluación, completará los formularios (componentes del FOp) que fueren aplicables, acorde con las características del centro bajo evaluación.
4. El Director Médico o responsable designado por éste firman al pie de las planillas junto con el evaluador correspondiente.
5. En sede del ITAES se cargan y elaboran los datos relevados en terreno, luego de finalizado lo cual se obtiene la salida correspondiente (FEv).
6. Con la salida mencionada en el punto anterior, o Evaluador, en caso de ser único completa el Informe de Evaluación, conteniendo una Propuesta de Dictamen.

### ***Emisión del dictamen***

1. El Informe de Evaluación y la Propuesta de Dictamen son discutidas por el Comité de Evaluación y Supervisión, el que, de aprobar la metodología, re-

comendará a la CD la emisión del correspondiente Dictamen. En caso contrario, el Comité solicitará todas las aclaraciones necesarias de parte del Evaluador a efectos de poder aprobar la evaluación en terreno. La actuación del Comité quedará establecida en la correspondiente acta.

2. En la primera reunión de CD siguiente a la evaluación en terreno se considerará la recomendación del Comité de Evaluación y Supervisión, emitiéndose el correspondiente Dictamen Final.
3. Se comunica oficialmente el Dictamen al centro evaluado, entregándose, de corresponder,
  - 3.1. Certificado de Acreditación,
  - 3.2. Diploma de Acreditación,
  - 3.3. Sello "ITAES ACREDITADO" en soporte magnético,
  - 3.4. Solicitud de autorización para difusión del carácter de acreditado en la Revista ITAES.

# ESTÁNDARES

## 1 ORGANIZACIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
1.1.- El servicio está centralizado administrativamente.	La Dirección Médica ejerce la máxima autoridad, aunque puede estar secundada por una autoridad administrativa y/o una Sub Dirección. Las principales decisiones (adopción de normas de todo tipo, asignación de responsabilidades, estímulos y/o sanciones al personal, contratación con financiadores, designación y remoción del personal, etc.) son comunicadas por escrito.	Habilitación del Director Médico. Ejemplos de comunicación de decisiones.
1.2.- Posee un Organigrama que permite identificar actividades y responsabilidades de cada uno de los integrantes.	El Organigrama refleja la distribución formal de responsabilidades, actividades y funciones	Organigrama, con definición de niveles de responsabilidad según funciones.
1.3.- Posee normativas que definen cada uno de los procesos técnicos y administrativos del Centro y se notifica fehacientemente a los responsables de aplicarlas.	Existen normas activas para los procesos técnicos y administrativos. Se dispone de un formulario de notificación al personal.	Normas activas técnicas y administrativas. Formulario de notificación

## 2 RECURSOS HUMANOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
2.1.- La responsabilidad de la calidad prestacional recae sobre el Director Médico.	El Director Médico aprueba, supervisa, actualiza y controla las metodologías que se aplican en la resolución de las prestaciones.	Normas técnicas.
2.2.- El Director Médico tiene una dedicación de por lo menos 30 horas semanales.	El Director Médico se encuentra presente en el centro todos los días hábiles, y suma al menos 30 horas semanales. En los horarios en que el Director Médico está ausente, existen medios para comunicarse con él, de modo de consultar o resolver inconvenientes que requieran de su nivel de decisión.	Horario de trabajo del Director Médico. Medios de comunicación con el Director Médico fuera de sus horarios de trabajo.
2.3.- El Director Médico es Médico, Especialista en Radiología o Diagnóstico por Imágenes y su Curriculum revela actualizaciones profesionales y gerenciales. Su experiencia médica no es menor a 5 años.	Debe existir Curriculum actualizado del Director Médico. La actualización se refiere a que debe mencionar las actividades en que el Director ha participado por lo menos hasta los dos años previos al momento de la evaluación. El legajo muestra permanente concurrencia a cursos u otros tipos de actividades docentes, en temas relacionados con las especialidades de imagenología y administración o gerenciamiento de servicios de salud.	Legajo con títulos y curriculum del Director Médico.
2.4.- Cada especialidad está a cargo de un Médico Especialista.	Cada una de las especialidades que se desarrollen en el centro debe estar a cargo de un profesional médico especializado. Las especialidades a que se hace referencia y las especializaciones son:	Legajos con curricula actualizados de los responsables de las secciones y de todos los demás los profesionales y técnicos actuantes.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiología y Mamografía: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico Radiólogo o Especialista en Diagnóstico por Imágenes con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especialidad.</li> </ul> </li> <li>• Radiología Intervencionista: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico Radiólogo especializado o Médico especializado en Neurroradiología o Hemodinamia con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especialidad.</li> </ul> </li> <li>• Radiología Odontológica: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Técnico Radiólogo matriculado con curso de Radiología Odontológica aprobado.</li> </ul> </li> <li>• Ecografía y ecodoppler: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico Ecografista o especialista en Diagnóstico por Imágenes con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especialidad.</li> </ul> </li> <li>• Ecocardiografía: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico Ecografista o especialista en Diagnóstico por Imágenes o Cardiólogo. En todos los casos con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en cardiología.</li> </ul> </li> <li>• Ecografía intervencionista: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico Ecografista o especialista en Diagnóstico por Imágenes con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especiali-</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>dad y no menos de 1 (un) año de experiencia en ecografía intervencionista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico especialista en Anatomía Patológica, que deberá estar presente o asegurar su rápida intervención durante la realización de los procedimientos.</li> <li>• Tomografía Axial Computada: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico Radiólogo o Especialista en Diagnóstico por Imágenes con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especialidad, más</li> <li>➤ Médico especialista en Neurología o Neurocirugía con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especialidad.</li> </ul> </li> <li>• Tomografía axial computada intervencionista: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico Radiólogo o especialista en Diagnóstico por Imágenes con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especialidad y no menos de 1 (un) año de experiencia en intervencionismo.</li> <li>➤ Médico especialista en Anatomía Patológica, que deberá estar presente o asegurar su rápida intervención durante la realización de los procedimientos.</li> </ul> </li> <li>• Resonancia Nuclear Magnética: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médico Radiólogo o especialista en Diagnóstico por Imágenes</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	con no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especialidad.	
2.5.- En los casos en que se desarrollen actividades intervencionistas debe estar normatizado el circuito de extracción, conservación, envío y recepción de las muestras.	Las normas para radiología intervencionista deberán definir por lo menos, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medios de conservación de muestras,</li> <li>• Metodología de traslado,</li> <li>• Receptores de las muestras.</li> </ul>	Normas activas para radiología intervencionista.
2.6.- Por lo menos el 50% de los Profesionales Médicos tienen más de 3 años de actividad profesional en la especialidad.	Debe existir legajo con curricula actualizados de todos los profesionales del establecimiento.	Legajos con curricula actualizados de los profesionales actuantes en el centro.
2.7.- Durante todo el período de la actividad diaria del centro existe un médico responsable de la atención. Además, dispone de <ul style="list-style-type: none"> <li>• un sistema que permita dar respuesta a demandas de urgencia.</li> <li>• profesionales con experiencia en reanimación de pacientes.</li> <li>• médico anesthesiologo.</li> </ul>	En los horarios de funcionamiento durante los que el Director Médico no se halle presente, deberá estar presente otro profesional médico. De contar con un sólo profesional, y éste ejerce las tareas de Director Médico, deberá estar presente en la institución durante todo el horario de atención a pacientes. Deberá contar con un sistema de guardias pasivas que permita dar respuesta a demandas de urgencia. Los profesionales deberán contar con la capacitación necesaria (Curso de RCP Básico con actualización anual) a fin de practicar reanimación a los pacientes que lo requieran. Las prácticas que deban realizarse bajo anestesia general deberán contar con la actuación de un Médico Especialista en Anestesiología.	Horarios de trabajo de los médicos. Cronograma de médicos con guardia pasiva Legajos de los profesionales actuantes.
2.8.- Los técnicos del ser-	Los legajos de los técni-	Legajos actualizados de

<p>vicio demuestran idoneidad en la actividad que realizan.</p>	<p>cos del centro demuestran su capacitación e idoneidad. No deben contener sanciones repetidas por errores técnicos.</p>	<p>los técnicos.</p>
<p>2.9.- Dotación técnica</p>	<p>Debe tener una dotación técnica acorde a los horarios de atención y el marco legal vigente.</p>	<p>Listado del personal técnico.</p>
<p>2.10.- Personal administrativo</p>	<p>El personal administrativo debe estar entrenado en atención al público y en asesoramiento acerca de la preparación (períodos mínimos de ayuno, ingesta de ciertas sustancias, etc.). En caso de contar con equipamiento computarizado para los sistemas administrativos, el personal debe contar con capacitación como usuario de PC. Se refiere al manejo de los programas más comunes de procesamiento de datos y planillas de cálculo. Si el centro dispone de un programa administrativo propio, se deberá contar con manual operativo y el personal deberá estar entrenado en su manejo.</p>	<p>Manual Operativo del sistema computarizado, de existir éste. Legajos de personal en los que se demuestre experiencia o capacitación en el uso de PC.</p>
<p>2.11.- La empresa dispone de una política para la gestión del recurso humano profesional y no profesional. Esta política se expresa a través de una normativa general que incluye definiciones sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección</li> <li>• Misión y funciones</li> <li>• Horarios de trabajo</li> <li>• Vestimenta</li> <li>• Presentación personal</li> <li>• Programa de Capaci-</li> </ul>	<p>La normativa debe establecer los requisitos generales que deberá cumplir el personal, así como los mecanismos de capacitación permanente. La temática del Programa de Capacitación dependerá de las necesidades de la Empresa, pero deberá contener obligatoriamente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un curso básico de Reanimación Cardiopulmonar para todo el per-</li> </ul>	<p>Normas activas de administración del recurso humano. Programa de capacitación permanente del personal, con normas y registros o certificados de concurrencia.</p>

<p>tación permanente.</p>	<p>sonal asistencial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un programa de capacitación en bioseguridad.</li> </ul> <p>Sus normas establecen, por lo menos, cómo se efectuará la capacitación, dónde será realizada, quién será el responsable de su cumplimiento y con qué frecuencia se llevarán a cabo las actividades.</p>	
<p>2.12.- Hay personal dedicado y capacitado para la limpieza de equipos e instalaciones.</p>	<p>El personal recibe capacitación específica respecto de las metodologías de limpieza equipos e instalaciones.</p> <p>Existen normas activas para la decontaminación, lavado y eventual esterilización del material.</p>	<p>Normas activas de decontaminación y limpieza</p>
<p>2.13.- Cuenta con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• normas de prevención de riesgos del trabajo,</li> <li>• primeros auxilios en casos de accidentes y</li> <li>• elementos de protección personal</li> </ul> <p>El establecimiento se encuentra inscripto en una ART y se dispone de los mecanismos de denuncia de accidentes de trabajo.</p>	<p>El personal conoce los mecanismos de acción ante posibles accidentes de trabajo (electrocución, caídas, etc.), así como los de evacuación ante incendios y otras catástrofes.</p> <p>El personal asistencial cuenta con elementos de radioprotección (dosímetros personales, etc.)</p> <p>La ART efectúa visitas de relevamiento del establecimiento y sus recomendaciones son cumplidas</p>	<p>Normas de prevención de accidentes, de primeros auxilios y de evacuación.</p> <p>Contrato con una ART.</p> <p>Normas de denuncia de accidentes de trabajo.</p> <p>Constancia de visitas de la ART.</p>

### 3 PLANTA FÍSICA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>3.1.- Cuenta al menos con las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espera</li> <li>• Secretaria</li> <li>• Una sala de estudios simples</li> <li>• Una sala de estudios contrastados.</li> <li>• Vestidor/es para pacientes.</li> <li>• Una sala de revelado.</li> <li>• Depósito de material no expuesto y líquidos reveladores y fijadores.</li> <li>• Sala de informes.</li> </ul>	<p>Las áreas de espera y secretaría pueden estar separadas en forma virtual. En cambio, las áreas de estudios, revelado, depósitos de materiales sensibles e informes deben estar separadas físicamente entre sí y de las dos primeras, de modo de asegurar privacidad visual y auditiva, e impedir el ingreso de personas no autorizadas.</p> <p>Las áreas de revelado, depósitos de materiales sensibles e informes tienen acceso restringido al personal del centro.</p> <p>Todas las áreas están claramente señalizadas.</p> <p>Las señalizaciones incluyen las restricciones al ingreso, cuando ello corresponda.</p>	<p>Señalización de las diversas áreas.</p> <p>Normas de restricción de acceso a las áreas de procesamiento.</p>
<p>3.2.- El área de espera cuenta con sanitario anexo destinado al público.</p>	<p>El sanitario destinado al público tiene acceso directo desde la sala de espera.</p>	<p>Señalización del sanitario para público.</p>
<p>3.3.- Dicha área está funcionalmente relacionada con secretaría y da acceso a las áreas de estudios.</p>	<p>Desde el área de espera se accede directamente a la secretaría; a las áreas de estudios se accede a través de una puerta que asegure privacidad visual y auditiva.</p>	
<p>3.4.- Los recursos de la sala de espera son suficientes y confortables acordes a la cantidad de pacientes / día atendidos y posee ventilación e iluminación adecuada.</p>	<p>Deben existir asientos suficientes de acuerdo con la cantidad de pacientes asistidos diariamente.</p> <p>Los asientos se encuentran en correctas condiciones de higiene y mantenimiento.</p> <p>La iluminación, natural o</p>	

	<p>artificial, es suficiente para leer durante todo el horario de atención.</p> <p>Cuenta con ventilación natural o forzada, con equipamiento de calefacción o refrigeración de acuerdo con el clima de la zona en que se desempeña.</p>	
<p>3.5.- El área de recepción de pacientes y/o entrega de protocolos está señalizada y resulta de fácil accesibilidad.</p>	<p>Existe señalización clara del área de atención al público.</p> <p>Esta área dispone de acceso directo desde la sala de espera y del ingreso principal del centro.</p>	<p>Señalización de las áreas.</p>
<p>3.6.- Existe un sistema que permite la comunicación permanente de las diversas áreas entre sí.</p>	<p>Todas las áreas, incluyendo las administrativas cuentan con teléfonos, intercomunicadores o equipamiento similar para relacionarse entre sí.</p>	
<p>3.7.- La secretaria cuenta con los recursos suficientes y necesarios para la confección de protocolos legibles.</p>	<p>Existe un sistema computarizado para la emisión de protocolos de resultados, o alternativa válida.</p>	<p>Protocolos de resultados.</p> <p>Sistema de emisión de protocolos.</p>
<p>3.8.- La (o las) sala/s de estudios simples se halla/n comunicada/s con la sala de espera u otros locales con acceso al público a través de una puerta que asegura privacidad visual y auditiva.</p>	<p>En caso de que las puertas que comunican la/s sala/s de estudios con la sala de espera u otros locales con acceso al público tengan vidrios, éstos deberán estar pintados o ser de tipo translúcido, pero en ningún caso transparente. El material con que están construidas debe impedir su traspaso por el sonido de una conversación a niveles habituales.</p>	
<p>3.9.- La sala de estudios contrastados cuenta con facilidades para la higiene de manos del personal. Dispone de mesada adecuada a la preparación de sustancias de contraste que asegure condiciones</p>	<p>Debe disponer de pileta con disponibilidad permanente de agua y jabón.</p> <p>La mesada de preparación debe estar contigua a la pileta.</p>	

de higiene del tipo de las correspondientes al manipuleo de materiales estériles.		
3.10.- La/s sala/s de estudios disponen de vestidor para pacientes.	<p>El vestidor debe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estar anexo a cada una de las salas de estudios,</li> <li>• estar directamente comunicado con cada una de las salas de estudios,</li> <li>• disponer de llave en la puerta de acceso, silla o similar, espejo, perchero y armario para efectos personales,</li> <li>• iluminación y temperatura ambiente confortables.</li> </ul>	
3.11.- La (o las) sala/s de estudios contrastados cuenta/n con acceso directo a un sanitario para pacientes.	<p>La/s sala/s dedicadas a estudios contrastados dispondrán de sanitarios para pacientes, cuya puerta de acceso se abra directamente a la/s sala/s. Estos sanitarios deberán estar adaptados para su uso por discapacitados y constarán, como mínimo, con inodoro, pileta y bidé o similar. No deberán faltar elementos de higiene básicos (jabón, toallas -de papel o equipo secamanos- y papel higiénico). El sanitario para pacientes está claramente identificado como tal.</p>	Señalización del / los sanitario/s para pacientes.
3.12.- Todas las salas de estudios son de tamaño suficiente como para permitir la libre deambulaci3n de pacientes y personal.	<p>No existen barreras físicas para el desplazamiento del personal dentro de las diferentes áreas, más allá de las l3gicas que imponen la existencia de mesadas, equipos, etc.</p>	
3.13.- Los servicios de radiología intervencionista o con atenci3n de pacientes críticos cuentan con un área de recuperaci3n para su asistencia pre y post	<p>El área de recuperaci3n deberá</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser de acceso restringido</li> <li>• Disponer del equipamiento necesario para</li> </ul>	<p>Normas activas de procedimientos del área de recuperaci3n. Legajo del responsable. Dotaci3n de enfermería.</p>

estudio.	<p>la asistencia de los pacientes críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Carro de paro con laringoscopio y tubos endotraqueales,</li> <li>○ Monitor Desfibrilador</li> <li>○ O<sub>2</sub>, medicamentos sueros y descartables.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Contar con normas activas de procedimiento.</li> <li>● Estar a cargo de un profesional (médico o enfermero) entrenado en el manejo de estos pacientes.</li> <li>● Contar con apoyo de enfermería.</li> </ul>	
3.14.- Los comandos de los equipos se encuentran separados de la/s sala/s de estudios.	El/las área/s de comandos está/n separada/s de la/s sala/s de estudios, aunque con acceso directo desde ella/s. Está/n claramente identificada/s como de acceso restringido, de modo de impedir el acceso a personas no autorizadas.	Señalización de la/s área/s de comandos, en las que se especifiquen las restricciones de ingreso.
3.15.- Existe por lo menos una sala de revelado (cuarto oscuro), equipado con <ul style="list-style-type: none"> <li>● reveladora automática de materiales sensibles y/o películas (según el tipo de estudios que se efectúen en el centro) o</li> <li>● reveladora seco a seco en especialidades que lo permitan (RMN, TAC, Ecografía).</li> </ul>	La/s sala/s de revelado se encuentra adyacente a la/s sala/s de estudios y su ingreso está suficientemente identificado como para impedir el acceso de personas no autorizadas. La reveladora seco a seco puede ubicarse en el cuarto claro o en área próxima a la consola técnica.	Señalización de la/s sala/s de revelado, en las que se identifiquen las restricciones de ingreso. Especificaciones técnicas del equipamiento.
3.16.- Lo/s cuarto/s oscuro/s cuenta/n con condiciones de estanqueidad al ingreso de luz externa. Debe/n disponer de señales externas de aviso de revelado en proceso, de modo de evitar el ingreso accidental de luz externa.	Apagadas las luces del cuarto oscuro y cerrados/su/s acceso/s no deben existir filtraciones de luz provenientes del exterior. Las luces de seguridad y la señalización externa de revelado en proceso deben funcionar correctamente.	

<p>3.17.- Todas las salas de estudios se encuentran comunicadas con la/s sala/s de revelado a través de sistemas que permitan la rápida viabilización de materiales sensibles en ambos sentidos.</p>	<p>Se dispone de accesos tipo “trampa” o similares, que permiten el intercambio de materiales fotosensibles entre la/s sala/s de estudios y revelado, de modo de impedir el acceso de luz a éstas últimas.</p>	
<p>3.18.- Existe un depósito de material no expuesto y líquidos reveladores y fijadores que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encuentra comunicada con la/s sala/s de estudios y revelado;</li> <li>• Cuenta con condiciones ambientales suficientes para permitir un correcto almacenamiento de los insumos;</li> <li>• Cuenta con ingreso suficientemente identificado como para impedir el acceso de personas no autorizadas.</li> </ul>	<p>Los insumos se encuentran al abrigo de la humedad, luz y otras radiaciones. Sus cajas no evidencian golpes ni maltrato. No hay cajas abiertas accidentalmente.</p>	<p>Señalización del depósito de material no expuesto, en la que se especifiquen las restricciones de ingreso.</p>
<p>3.19.- Los ambientes destinados a estudios, revelado, depósito de materiales e informes cuentan con techos, paredes y suelos lisos y fáciles de lavar, impermeables y resistentes a los líquidos reveladores y otras sustancias utilizados cotidianamente en el centro.</p>	<p>Los revestimientos serán impermeables y lavables. Deben resistir la acción de sustancias químicas, desinfectantes, jabones, detergentes, etc., en especial las salas de estudios contrastados</p> <p>Los zócalos y ángulos entre paredes y techos están contruidos según el modelo sanitario.</p> <p>El mantenimiento de los revestimientos debe ser tal que no se encuentren descascarados o fallas similares.</p>	
<p>3.20.- Todos los ambientes cuentan con suministro de electricidad seguro y de suficiente capacidad para la actividad que se desarrolla.</p>	<p>Existe/n sistema/s alternativo/s de iluminación en todas las áreas.</p> <p>Existe sistema de energía ininterrumpida para las áreas de asistencia de pacientes críticos.</p> <p>Existe sistema de energía</p>	<p>Circuitos eléctricos con aclaración de las medidas de seguridad.</p> <p>Señalización en las áreas pertinentes.</p>

	<p>ininterrumpida para los sistemas computarizados. Los sistemas de seguridad incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Separación del circuito en subsectores según áreas o equipamiento;</li> <li>• Señalización en las áreas con riesgo eléctrico;</li> <li>• Al menos un equipo de fusibles, disyuntor y llave térmica por cada subcircuito;</li> <li>• Los mecanismos de seguridad de cada subcircuito tienen capacidad suficiente para la carga a que están sometidos;</li> <li>• Puesta a tierra efectiva del sistema eléctrico (jabalina construida e instalada de acuerdo a las necesidades del servicio).</li> </ul>	
<p>3.21.- Las salas de estudios, revelado e informes están provistas de climatización e iluminación suficiente y adecuada para las actividades que se realizan.</p>	<p>Existen sistemas de acondicionamiento ambiental que aseguren adecuado confort al personal y pacientes. La iluminación artificial debe asegurar condiciones correctas de trabajo (lectura de instrumentos, visualización de pacientes, etc.).</p>	
<p>3.22.- Existe una sala destinada al análisis detallado de los estudios y emisión de informes por parte de los médicos especialistas</p>	<p>La sala de informes cuenta con negatoscopios (y demás equipamiento necesario, según las actividades que se desarrollen en el Centro) en cantidad y calidad adecuadas al tipo de estudios que se realizan.</p> <p>Dispone de escritorios y sillas o sillones suficientes de acuerdo a la cantidad de especialistas que se desempeñan en el Centro. Su diseño, accesos y construcción aseguran la</p>	<p>Señalización del área de informes que identifique las restricciones al acceso.</p>

	<p>debida privacidad. Existen restricciones al acceso de personas no autorizadas.</p>	
<p>3.23.- Las circulaciones técnicas y de público, así como las áreas de acceso restringido al personal se hallan perfectamente identificadas.</p>	<p>El público debe poder discriminar fácilmente aquellas áreas en las que puede circular libremente de las de estudio y/o de las que son de acceso restringido al personal del centro.</p>	<p>Letreros, gráficas u otros medios de identificación rápida de circulaciones y áreas públicas y técnicas.</p>
<p>3.24.- Existe un lugar para guardar la ropa de calle y objetos personales del personal, así como para comer y beber.</p>	<p>Dispone de un área independiente y claramente señalizada para el reposo, depósito transitorio de efectos propios y alimentación del personal. Los sanitarios para el personal deberán estar cercanos o adyacentes a la misma.</p>	<p>Señalización del área de reposo y alimentación del personal.</p>
<p>3.25.- Todas las áreas del centro se encuentran en correctas condiciones de mantenimiento, orden e higiene.</p>	<p>Existen normas de limpieza general. No existen desechos fuera de los contenedores o lugares especialmente destinados para ello. No existen grietas ni descascarados en paredes, cielorrasos ni pisos. No existen filtraciones de agua en paredes, pisos ni techos. Los sanitarios (para públicos y personal) están limpios y disponen de contenedores para desechos. Tampoco se encuentran pérdidas de agua en canillas ni artefactos sanitarios. Los pisos están limpios y las áreas de secretaría muestran sus papeles de trabajo ordenados. No se observa evidencia de insectos, roedores ni otro tipo de vectores.</p>	<p>Normas activas de limpieza general. Deberán contener al menos, indicaciones sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos a utilizar para la limpieza,</li> <li>• Frecuencia de limpieza,</li> <li>• Responsable/s de la limpieza.</li> </ul>

## 4 PRESTACIONES Y EQUIPAMIENTO SEGÚN ESPECIALIDAD

### 4.1. RADIOLOGÍA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>4.1.1.- Efectúa por lo menos, determinaciones de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiología simple</li> <li>• Tomografía lineal</li> <li>• Radiología contrastada</li> </ul>	<p>Las prestaciones corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiología esquelética.</li> <li>• Radiología simple de cráneo, tórax y abdomen.</li> <li>• Tomografía lineal.</li> <li>• Radiología contrastada del tubo digestivo, broncopulmonar, urológica, ginecológica, articular.</li> <li>• Flebo y arteriografía por punción.</li> <li>• Radiología Odontológica.</li> <li>• Radiología Intervencionista.</li> </ul>	<p>Listado de prácticas que efectúa.</p>
<p>4.1.2.- La capacidad instalada responde a la demanda de atención.</p>	<p>Cuenta con:</p> <p><b>RADIOLOGÍA ESQUELÉTICA, TOMOGRAFÍA LINEAL Y RADIOLOGÍA CONTRASTADA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo fijo de por lo menos 500 mA, 125 Kv.</li> <li>• Dos mesas, <ul style="list-style-type: none"> <li>○ una para radiología simple y tomografía lineal, con <ul style="list-style-type: none"> <li>* tubo de rayos orientable y desplazable en dos ejes con</li> <li>* colimador luminoso,</li> <li>* columna desplazable con sistema tomográfico,</li> <li>* niveles de corte regulables y</li> <li>* temporizador.</li> </ul> </li> <li>○ La segunda, para estudios contrastados,</li> </ul> </li> </ul>	<p>Características técnicas del equipamiento.  Fechas de fabricación de los componentes.</p>

	<p>debe ser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* basculable,</li> <li>* con Potter Bucky bajo mesa,</li> <li>* seriógrafo automático (con posibilidad de utilización de chasis 35 x 35, 24 x 30, 18 x 24 como mínimo),</li> <li>* radioscopía con intensificación de imágenes y</li> <li>* TV.</li> <li>* Columna piso-techo o suspensión con segundo tubo,</li> <li>* equipado con colimador luminoso multiplano.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Potter Bucky y estativo mural o Potter Bucky mural con sus correspondientes Parrillas anti difusoras; frenos de desplazamiento; plano deslizante; colimador luminoso.</li> <li>○ Sustancias de contraste y anestésicos, más equipamiento y medicamentos para tratamiento de urgencia de reacciones adversas.</li> </ul> <p><u>Radiología Odontológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo radiológico para Odontología, de potencia mínima 50 mA 50 Kv, con <ul style="list-style-type: none"> <li>○ localizador cilíndrico metálico, diámetro máximo a la salida de 7 cm.,</li> <li>○ espesor mínimo para hierro galvanizado de 2 mm o cubierta interna plomada de 0,5</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>mm.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Distancia mínima y filtro adicional acorde con la potencia del equipo según especificaciones de la autoridad sanitaria correspondiente.</li> </ul> <p><u>Radiología Intervencionista:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo fijo de potencia mínima de 1000 mA / 150 Kv, con <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mesa basculable</li> <li>○ con seriógrafo y</li> <li>○ sistema de radioscopia con</li> <li>○ intensificador de imágenes,</li> <li>○ circuito de TV y cine fluoroscopia.</li> </ul> </li> <li>● Columna piso techo y suspensión de techo deslizante con <ul style="list-style-type: none"> <li>○ tubo de rayos 20/40</li> <li>○ colimador luminoso multiplano.</li> <li>○ Mesa Bucky fija con plano móvil y</li> <li>○ Bucky mural.</li> </ul> </li> </ul> <p>Los equipos no deben superar los 15 años desde el momento de su fabricación.</p>	
<p>4.1.3.- El equipamiento se encuentra en perfecto estado de calidad y funcionamiento.</p>	<p>La calidad del equipamiento la certifica la autoridad sanitaria correspondiente.</p> <p>El equipamiento debe ser sometido a controles periódicos, según especificaciones del fabricante, que al menos deben mencionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● capacidad de filtros de los tubos de Rx,</li> <li>● alineación y coincidencia de los campos de luz y radiación colimadas,</li> <li>● centrado y perpendicularidad.</li> </ul>	<p>Registros de calibración del equipamiento y/o de servicios periódicos de mantenimiento preventivo, de acuerdo con especificaciones del fabricante. Certificado de Control de Calidad otorgado por autoridad sanitaria correspondiente.</p>

	<p>ridad del haz de rayos,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tamaño del punto focal ,</li> <li>• exactitud de las variables mA, Kv y tiempo,</li> <li>• control del sistema de sobrecargas.</li> </ul>	
<p>4.1.4.- Las características de la/s reveladora/s automática/s deben estar de acuerdo a los estudios que se efectúan y corresponder al estado actual del conocimiento técnico. Debe haber total compatibilidad entre procesadora, películas, pantallas y líquidos de procesado.</p>	<p>La/s reveladora/s tendrá/n menos de 5 (cinco) años de antigüedad.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiempo de procesado seco inferior a 120 (ciento veinte) segundos.</li> <li>• aceptar películas de 34x43, 35x35, 30x40, 30x60, 24x30, 18x24 y 13x18.</li> <li>• poseer bombas de integración para revelador y fijador</li> <li>• poseer termostato automático.</li> </ul> <p>La higiene interna es correcta y su funcionamiento es perfecto (no traban ni marcan las películas; no existen manchas atribuibles a la procesadora).</p> <p>La antigüedad de las pantallas es menor a 6 años. No tendrán manchas, cortaduras, lesiones, etc. Estarán en perfectas condiciones de higiene.</p> <p>Los chasis tendrán sus cierres y bisagras en perfectas condiciones, a fin de no permitir las filtraciones de luz.</p> <p>Chassis, películas, pantallas y procesadora serán de la misma marca o habrá total compatibilidad entre ellas y los líquidos de procesado.</p>	<p>Características de la/s reveladora/s automática/s aportadas por el fabricante.</p> <p>Ídem respecto de chasis, películas y pantallas.</p>

## 4.2. ECOGRAFÍA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>4.2.1.- Efectúa prestaciones de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía general,</li> <li>• y/o Endocavitaria,</li> <li>• y/o Especializada,</li> <li>• y/o Ecocardiografía,</li> <li>• y/o Ecocardiografía Doppler blanco y negro,</li> <li>• y/o Ecocardiografía Doppler color,</li> <li>• y/o Ecografía intervencionista.</li> </ul>	<p><u>Ecografía general</u>, incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abdominal,</li> <li>• nefrourológica,</li> <li>• tocoginecológica.</li> </ul> <p><u>Ecografía endocavitaria</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• transvaginal,</li> <li>• transrectal.</li> </ul> <p><u>Ecografía especializada</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pequeñas partes y órganos,</li> <li>• mamaria,</li> <li>• de cadera pediátrica.</li> </ul> <p><u>Ecocardiografía</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ecocardiograma,</li> <li>• de vasos periféricos.</li> </ul> <p><u>Ecocardiografía Doppler blanco y negro</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ecocardiografía modo M, bidimensional y ecocardiograma completo,</li> <li>• Doppler continuo, blanco y negro,</li> <li>• Doppler pulsado y dúplex, blanco y negro.</li> </ul> <p><u>Ecocardiografía Doppler color</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abdominal, nefrourológica y tocoginecológica,</li> <li>• computarizado con escala de colores,</li> <li>• ecocardiograma, de vasos periféricos,</li> <li>• ecocardiograma computarizado con escala de colores.</li> </ul> <p><u>Intervencionista</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• punciones biopsia y evacuadoras ecodirigidas.</li> </ul>	
<p>4.2.2.- La capacidad instalada responde a la demanda de atención.</p>	<p>El equipamiento será, según tipo de estudios que se efectúan.</p>	<p>Características de lo/s ecógrafos/s aportadas por el fabricante.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía general: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ciento veintiocho escalas de grises,</li> <li>o congelación de imagen,</li> <li>o caliper digital,</li> <li>o teclado alfanumérico (Nombre del paciente, fecha de examen, etc.),</li> <li>o sistema de magnificación en pantalla, transductor de 3 a 10 MHz.</li> <li>o Modo M</li> </ul> </li> <li>• Ecografía especializada: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ídem, más</li> <li>o transductores de distintas frecuencias o uno multifrecuencia apto para pequeñas partes.</li> </ul> </li> <li>• Ecografía endocavitaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ídem general más</li> <li>o transductores transvaginal y/o transrectal,</li> <li>o con protecciones descartables en cantidad suficiente.</li> </ul> </li> <li>• Ecocardiografía: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ídem general más</li> <li>o transductor apto para exploración cardiológica,</li> <li>o posibilidad de modo M,</li> <li>o ECG incorporado,</li> <li>o capacidad de diversas mediciones y</li> <li>o programas de cálculos y</li> <li>o sistema de registro definitivo de imágenes.</li> </ul> </li> <li>• Doppler blanco y negro: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecógrafo digital con</li> <li>o módulo Doppler blanco y negro,</li> <li>o 128 escalas de grises,</li> <li>o capacidad de congelación de imagen,</li> </ul> </li> </ul>	<p>Fechas de fabricación de los distintos equipos.</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>o caliper digital incorporado,</li> <li>o teclado alfanumérico,</li> <li>o magnificación en pantalla,</li> <li>o transductores aptos para distintas frecuencias,</li> <li>o posibilidad de modo M y</li> <li>o registro definitivo de imagen.</li> <li>• Doppler color: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ídem anterior más</li> <li>o módulo Doppler color.</li> </ul> </li> <li>• Intervencionista: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ídem general más</li> <li>o juego de transductores de distintas frecuencias,</li> <li>o transductor con guía para punción y</li> <li>o kits de punción con agujas, catéteres y material descartable.</li> <li>o Anestésicos locales y</li> <li>o medicamentos para tratamiento de urgencia de reacciones adversas.</li> </ul> </li> </ul> <p>El equipamiento no debe superar los 7 años desde su fabricación.</p>	
4.2.3.- El equipamiento se encuentra en perfecto estado de calidad y funcionamiento.	<p>Los equipos deberán tener Certificado de Control de Calidad otorgado por el Ministerio de Salud o la autoridad sanitaria correspondiente.</p> <p>El equipamiento debe ser sometido a controles periódicos, según especificaciones del fabricante.</p>	<p>Certificados de Control de Calidad.</p> <p>Certificados o registros de realización de servicios de mantenimiento.</p>
4.2.4.- Deberá contar con un adecuado sistema de registro de imágenes.	<p>El sistema de registro de imágenes óptimo, es el videoprinter, blanco y negro o color y/o Videograbadora.</p> <p>La cantidad de registros</p>	<p>Características técnicas del sistema de registro de imágenes.</p>

	deben ser los suficientes para visualizar las estructuras anatómicas normales y patológicas (mínimo tres).	
--	--	--

### 4.3. MAMOGRAFÍA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>4.3.1.- Efectúa prestaciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografía simple</li> <li>• o Mamografía de alta resolución</li> <li>• o Mamografía intervencionista</li> </ul>	<p><u>Mamografía simple</u> comprende estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cráneo caudales, perfil y prolongación axilar.</li> </ul> <p><u>Mamografía de alta resolución</u>: ídem, más</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• magnificación,</li> <li>• focalizaciones y/o localizaciones especiales,</li> </ul> <p><u>Mamografía intervencionista</u>: ídem, más</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• punción biopsia estereotáxica,</li> <li>• marcación mamaria.</li> </ul>	<p>Listado de prestaciones</p>
<p>4.3.2.- La capacidad instalada responde a la demanda de atención.</p>	<p><u>Mamografía simple</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mamógrafo o senógrafo con ánodo de molibdeno</li> <li>• filtro de aluminio o molibdeno,</li> <li>• compresor de mama,</li> <li>• pantallas reforzadoras especiales para mamografía,</li> <li>• butaca regulable en altura para la paciente.</li> <li>• vidrio plomado de separación.</li> <li>• compresor mamario con mecanismo de seguridad.</li> <li>• exposímetro automático.</li> <li>• frenos electromagnéticos.</li> </ul> <p><u>Mamografía de alta resolución</u>: ídem, más</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• foco ultra fino (0,5 mm)</li> <li>• filtros de aluminio y molibdeno,</li> <li>• sistemas para magnificación y alta resolución,</li> <li>• localizadores y colimadores especiales,</li> <li>• sistema para xerorradiografía (optativo).</li> </ul> <p><u>Mamografía intervencio-</u></p>	<p>Año de fabricación de los equipos.</p>

	<p><u>nista</u>: ídem, más</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema computarizado para punción biopsia estereotáxica, agujas y material descartable apropiado para las prácticas,</li> <li>• sustancias marcadoras, anestésicos locales y medicamentos para tratamiento de urgencia de reacciones adversas.</li> </ul> <p>El equipamiento no debe superar los 10 años desde su fabricación.</p>	
<p>4.3.3.- Debe disponer de reveladora propia, cuyas características deben estar de acuerdo a los estudios que se efectúan y corresponder al estado actual del conocimiento técnico.</p> <p>Debe haber total compatibilidad entre procesadora, películas, pantallas y líquidos de procesado.</p>	<p>La/s reveladora/s automática/s no debe/n superar los 5 (cinco) años de antigüedad.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiempo de procesado seco no superior a los 120 (ciento veinte) segundos.</li> <li>• aceptar las medidas de película mamográfica estándar (24 x 30).</li> <li>• poseer bombas de integración para revelador y fijador</li> <li>• poseer termostato automático.</li> </ul> <p>La higiene interna es correcta y su funcionamiento es perfecto (que no trabaja ni marca las películas; no existen manchas atribuibles a la procesadora).</p> <p>La antigüedad de las pantallas no es mayor a 6 años. No deben tener manchas, cortaduras, lesiones, etc. Deben estar en perfectas condiciones de higiene.</p> <p>Los chasis deben tener sus cierres y bisagras en perfectas condiciones, a fin de no permitir las filtraciones de luz.</p> <p>Chassis, películas, pantallas y procesadora deben</p>	<p>Características de la/s reveladora/s automática/s aportadas por el fabricante.</p> <p>Ídem respecto de chasis, películas y pantallas.</p> <p>Fechas de fabricación de reveladoras y pantallas.</p>

	ser de la misma marca o haber total compatibilidad entre ellas y los líquidos de procesado.	
4.3.4.- El equipamiento se encuentra en perfecto estado de calidad y funcionamiento.	La calidad del equipamiento la certifica el área de Radiofísica Sanitaria del Ministerio de Salud. El equipamiento debe ser sometido a controles periódicos, según especificaciones del fabricante.	Registros de calibración del equipamiento y/o de servicios periódicos (mantenimiento preventivo) de mantenimiento. Certificado de Control de Calidad otorgado por Radiofísica Sanitaria.

#### 4.4. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
4.4.1.- Efectúa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomografía axial computarizada simple,</li> <li>• o intervencionista.</li> </ul>	Estudios de TAC de cualquier área o región, simples y contrastadas.	
4.4.2.- La capacidad instalada responde a la demanda de atención.	<p><u>Tomografía axial computarizada simple:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• equipo de 3ª generación o scan helicoidal y reconstrucción tridimensional, con software de 3ª generación.</li> <li>• sustancias de contraste, instrumental y descartables para su administración.</li> <li>• carro de paro.</li> <li>• kit para tratamiento de urgencia de reacciones alérgicas anafilácticas o complicaciones anestésicas.</li> </ul> <p><u>Tomografía axial computarizada intervencionista:</u> Ídem mas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• microscopio o metodología que asegure la inmediata intervención de Anatomía Patológica,</li> <li>• elementos de cirugía mínima y</li> <li>• agujas especiales para punción.</li> </ul>	Características técnicas del equipamiento.
4.4.3.- El equipamiento se encuentra en perfecto estado de calidad y funcionamiento.	Cuenta con Certificado de Control de Calidad expedido por la autoridad sanitaria correspondiente. El equipamiento debe ser sometido a controles periódicos, según especificaciones del fabricante.	Certificado de Control de Calidad otorgado por la autoridad sanitaria correspondiente. Registros de calibración del equipamiento y/o de services periódicos de mantenimiento preventivo.

#### 4.5. RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
4.5.1.- Efectúa prácticas de Resonancia Magnética Nuclear.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de RMN de cualquier área o región, simples y contrastadas.</li> </ul>	
4.5.2.- La capacidad instalada responde a la demanda de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de imán resistivo y/o permanente de 0,3 a 0,5 Tesla o</li> <li>• Equipo de imán superconductor de 0,5 a 2 Tesla</li> <li>• Equipos abiertos o cerrados (amperconductivos o resistivos) Secuencias fast spin echo y gradient echo.</li> </ul>	Características técnicas del equipamiento.
4.5.3.- El equipamiento se encuentra en perfecto estado de calidad y funcionamiento.	<p>Cuenta con Certificado de Control de Calidad expedido por la autoridad sanitaria correspondiente.</p> <p>El equipamiento debe ser sometido a controles periódicos, según especificaciones del fabricante.</p>	<p>Certificado de Control de Calidad otorgado por la autoridad sanitaria correspondiente.</p> <p>Registros de calibración del equipamiento y/o de servicios periódicos de mantenimiento preventivo.</p>

## 5 INSUMOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
5.1.- Cuenta con stock de materiales sensibles suficiente y adecuado para el tipo y cantidad de prestaciones que brinda.	Se considera adecuado un stock suficiente para cubrir la demanda de 30 (treinta) días, según promedios de los últimos 12 (doce) meses.	Normas activas de mantenimiento de stock actualizado de materiales sensibles. Consumo promedio de los últimos 12 (doce) meses.
5.2.- Los materiales sensibles se conservan de manera adecuada.	El stock de materiales sensibles debe permanecer depositado respetando las especificaciones que el fabricante establezca.	Normas activas de depósito de materiales sensibles.
5.3.- Los materiales sensibles y otros insumos que se utilizan se encuentran dentro del período de vigencia para su uso.	No se encuentran, al momento de la evaluación en terreno, materiales que hayan superado su fecha de vencimiento.	Listado de materiales sensibles y otros insumos en uso y en depósito con sus fechas de vencimiento.
5.4.- Los medios de contraste se encuentran almacenados de modo de facilitar su llegada en tiempo y forma a las áreas pertinentes y reducir el riesgo de errores en la administración a los pacientes.	Existen normas de almacenamiento de medios de contraste que aseguran su provisión durante las 24 horas los 365 días del año y contienen al menos definiciones sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• clasificación de los medios y sus indicaciones,</li> <li>• metodología de identificación,</li> <li>• mecanismos de distribución y</li> <li>• responsable del sistema.</li> </ul>	Normas activas de almacenamiento y provisión de medios de contraste. Designación del responsable.

## 6 PROCEDIMIENTOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
6.1.- Los turnos de atención se otorgan en forma oportuna y accesible.	Existe un mecanismo de otorgamiento de turnos para las prestaciones programadas que facilita la accesibilidad de los pacientes.	Sistema de otorgamiento de turnos.
6.2.- El sistema de otorgamiento de turnos se halla centralizado.	Los turnos se otorgan en el mismo establecimiento en el que se desarrollan las prestaciones de Diagnóstico por Imágenes, que cuenta con un área responsable de la tarea.	Sistema de otorgamiento de turnos.
6.3.- Existe algún sistema que ordena la citación de pacientes acorde a la capacidad instalada.	La cantidad de pacientes citados para atención no supera la capacidad diaria de trabajo. La demora máxima para estudios programados es de 72 horas. Se exceptúan aquellos estudios que por razones técnicas deban ser iniciados en días particulares de la semana o ciertos períodos fisiológicos o evolutivos de las patologías. Los casos urgentes se resuelven en el día (salvo estudios que requieran preparación especial). No se observan sobretornos en una muestra representativa de los últimos 6 (seis) meses.	Citaciones diarias y capacidad máxima de los recursos disponibles. Registros de turnos de los últimos 6 (seis) meses.
6.4.- Los tiempos de espera de los pacientes con estudios programados no superan los 30 (treinta) minutos.	Se refiere al tiempo de demora entre que el paciente llega a la sala de espera y el momento en que ingresa al área de estudios.	Registro de turnos. Verificación de cumplimiento de turnos.
6.5.- Para los estudios que requieren alguna preparación previa se entregan instructivos escritos a	Las indicaciones específicas en lenguaje claro y sencillo, cómo debe prepararse el paciente para el	Indicaciones impresas para entregar a los pacientes. Normas activas de actua-

<p>los pacientes, detallando la preparación necesaria de forma simple e inteligible.</p> <p>Asimismo se aclaran las dosis y horarios de los medicamentos que deben eventualmente ser ingeridos o aplicados previamente a la concurrencia al servicio.</p>	<p>estudio, (período de ayuno previo, suspensión eventual de tratamientos previos, etc.), o bien en qué condiciones, cuándo, con qué frecuencia y con qué medios deben aplicarse o ingerirse medicamentos, sustancias de contraste, etc.</p> <p>Los instructivos cuentan, además, con la denominación del centro, dirección, teléfono y horarios de atención al público.</p> <p>Los instructivos se actualizan cada vez que el avance en las técnicas de estudio lo hagan necesario.</p>	<p>lización de instructivos.</p>
<p>6.6.- Los turnos de atención se cumplen estrictamente.</p>	<p>Más del 80% de los turnos otorgados para la fecha de evaluación se han cumplido, exceptuando los casos en que los pacientes no concurrieron.</p>	
<p>6.7.- Los radiólogos cuentan con suficiente información acerca de los pacientes.</p>	<p>Se confecciona una ficha con información y datos clínicos del paciente.</p> <p>En ella deben figurar al menos datos clínicos básicos de utilidad para el radiólogo.</p> <p>Toda esta información puede ser cargada en computadora, lo importante es que los radiólogos tengan acceso a los datos.</p>	<p>Ficha de datos personales y clínicos de cada paciente</p>
<p>6.8.- Se corrobora la preparación del paciente previamente a la realización de los estudios.</p>	<p>Previamente a la realización de los estudios se interroga al paciente a efectos de comprobar la corrección en la preparación previa.</p> <p>En caso de estudios de alta complejidad o de patologías seleccionadas, se efectúa anamnesis a efectos de la obtención de datos que permitan incre-</p>	<p>Efectuar encuesta entre los atendidos durante la evaluación.</p>

	mentar la eficacia de los procedimientos técnicos y la confiabilidad de sus resultados.	
6.9.- Se entrega a los pacientes camisolín o vestimenta similar, limpia y adecuada, para los estudios que así lo requieran.	Se entiende por adecuado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• correctas condiciones de radiolucidez de los materiales constituyentes del camisolín o similar,</li> <li>• comodidad de su diseño para colocación y quita y</li> <li>• preservación de la intimidad.</li> </ul>	Normas de provisión de camisolines u otra ropa similar a los pacientes para los estudios que la requieran. Normas para reemplazo y limpieza de los camisolines.
6.10.- Las técnicas de los diferentes estudios que se realizan están escritas y a disposición de todo el personal técnico y profesional.	Las técnicas describen exhaustivamente todos los pasos necesarios para llevar a cabo cada uno de los procedimientos.	Normas activas de procedimientos técnicos. Lista o manual de posiciones normatizadas. Protocolos de técnicas radiológicas.
6.11.- Se dispone de accesorios de posicionamiento y protección suficientes y adecuados a los estudios que se realizan.	En la/s sala/s de estudios se hallan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bases plomadas para Rx de pie con apoyo,</li> <li>• protecciones gonadales para ambos sexos para Rx pediátricas,</li> <li>• guantes plomados para sostener pacientes en casos necesarios,</li> <li>• delantales plomados,</li> <li>• elementos para medición de miembros inferiores.</li> </ul>	
6.12.- El sistema de películas y pantallas asegura total compatibilidad.	Se utiliza sistema azul o verde, pero no ambos.	Tipos de películas y pantallas.
6.13.- El cambio de líquidos se halla normatizado.	Los líquidos de revelado se recambian dentro de los períodos previstos por fabricantes.	Normas y registros de recambio de los líquidos de revelado.
6.14.- La disposición de los líquidos de revelado utilizados debe respetar las condiciones de bioseguridad.	El centro debe contar con servicio contratado de recolección y disposición final de líquidos de revelado. La mangueras de drenaje de los líquidos de la/s reveladora/s deben desembocar en bidones provis-	Contrato con la empresa recolectora de líquidos de revelado. Certificado de tratamiento de residuos peligrosos. La empresa recolectora debe estar registrada ante la autoridad de política ambiental que correspon-

	tos por la empresa recolectora.	da.
6.15.- Los chasis y pantallas intensificadoras se hallan dentro de su período de vida útil.	La antigüedad de las pantallas no debe superar los 6 (seis) años. Deben estar en perfectas condiciones de higiene y no presentar manchas, cortaduras u otras lesiones. Los cierres y bisagras de los chasis deben estar en perfectas condiciones de funcionamiento.	
6.16.- La limpieza de chasis y pantallas se halla normatizada.	Las normas de limpieza de chasis y pantallas deben estipular frecuencia y procedimientos de limpieza que aseguren la inexistencia de manchas capaces de producir artefactos de técnica.	Normas para limpieza periódica de chasis y pantallas intensificadoras.
6.16.- El egreso del paciente se halla normatizado.	Las normas de egreso de pacientes prevén control previo de las imágenes que evitan el regreso de los pacientes ante resultados no satisfactorios.	Normas de egreso de pacientes.
6.17.- Existe un mecanismo de identificación de estudios que minimizan la posibilidad de errores.	Los chasis disponen de ventana o son identificados con números plomados, códigos de barras o cualquier otro que asegure la identificación de los pacientes y estudios para cada caso. Estos mecanismos de identificación deben aplicarse en forma previa y posterior al estudio.	Sistema de identificación de estudios.
6.18.- Se registran diariamente los pacientes atendidos y los estudios realizados. Se registran los resultados correspondientes a cada paciente. Existe un archivo de resultados y un sistema que permite acceder en forma	El sistema de gestión de pacientes preferentemente se halla computarizado. Todos los pacientes asistidos deben ser registrados, constando además de los datos de filiación, la edad, domicilio, teléfono, profesional solicitante de los estudios y tipo de	Sistema de gestión de pacientes.

rápida y confiable a ellos.	éstos, más los datos clínicos básicos de utilidad para el diagnóstico. Posteriormente deben incorporarse los informes correspondientes con fecha, creando así una base de datos histórica que debe mantenerse por lo menos cinco (5) años.	
6.19.- Existe un registro estadístico de la demanda prestacional satisfecha.	El sistema permite emitir listados estadísticos de producción por tipo de prácticas, períodos, etc.	Listados estadísticos de por lo menos los últimos 6 (seis) meses.
6.20.- Existe registro de consumo de materiales sensibles y otros insumos con fechas de compra y reposición.	Se lleva control de stock de insumos, con control de fechas de compra, reposición y vencimiento. El sistema alerta sobre los límites mínimos de stock.	Registros de consumos.
6.21.- Los estudios son interpretados e informados por los especialistas en tiempo y forma.	No existen demoras en el análisis de las imágenes por los especialistas. No se entregan estudios sin su correspondiente informe, salvo en condiciones de emergencia y con específica solicitud del médico actuante. Los especialistas cuentan, en la sala de informes, y junto a los estudios a informar, de las fichas de antecedentes de los pacientes, de modo de asegurar que cuentan con toda la información básica para realizar adecuadamente su labor. Los resultados de los exámenes son incorporados a la ficha de antecedentes de cada paciente.	Circuito de la información médica entre las áreas administrativas, sala/s de estudios y sala de informes.
6.22.- Los informes se entregan en forma adecuada y oportuna.	Se entregan los informes dentro de las veinticuatro (24) horas de la realización de los estudios. Los estudios se entregan en sobre cerrado y rotulado.	Sobres y demás papelería utilizada para la entrega de estudios.

	<p>Los informes se entregan en sobre aparte, también cerrado.</p> <p>Los sobres deben contener</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identificación del centro, domicilio y teléfono,</li> <li>• identificación del estudio,</li> <li>• identificación del paciente,</li> <li>• identificación del médico solicitante.</li> </ul>	
6.23.- Los informes de resultados contienen la identificación del paciente, fecha de realización de los estudios informe de los hallazgos y firma del profesional responsable.		Protocolos de resultados.
6.24.- El sistema de información asegura la privacidad de la información médica.	La circulación de resultados de cada estudio se halla restringida a los profesionales y a administrativos especialmente entrenados en la conciencia del mantenimiento de la necesaria privacidad.	Circuito de información médica respecto de los pacientes asistidos en el centro.

## 7 CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD

7.1.- El centro utiliza jeringas, agujas y material descartable para la aplicación de medicamentos y sustancias de contraste.	El material descartable no es reutilizado.	Normas activas para la aplicación de medicamentos y sustancias de contraste que incluyan la utilización de materiales descartables.
7.2.- El personal aplica medicamentos inyectables y sustancias de contraste utilizando guantes descartables.	Se han establecido normas para la utilización de guantes descartables en el manipuleo y procesamiento de los medicamentos y sustancias de contraste inyectables. Existe suficiente stock de guantes descartables en relación a la carga habitual de trabajo.	Normas activas de utilización de guantes descartables para el manipuleo y procesamiento de los medicamentos y sustancias de contraste inyectables. Stock de guantes descartables.
7.3.- El personal utiliza guardapolvos, uniformes u otras prendas apropiadas durante el período que permanece en el centro.	Se establecen normativas respecto de la vestimenta que el personal debe utilizar durante el horario de trabajo, por tipo de función.	Normas activas respecto de la vestimenta del personal.
7.4.- Las superficies de trabajo se limpian -y eventualmente se descontaminan- al menos una vez por turno y toda vez que suceda derramamiento de medicamentos, sangre y/o sustancias de contraste.	Se cuenta con normas que determinan los mecanismos de limpieza de las superficies de trabajo. Estas deberán incluir al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• personal responsable de la limpieza;</li> <li>• metodología de limpieza;</li> <li>• medios para la eventual descontaminación;</li> <li>• frecuencia de limpieza.</li> </ul>	Normas activas para limpieza y eventual descontaminación de las superficies de trabajo.
7.5.- El centro que desarrolle prestaciones cruentas de diagnóstico (punciones bajo control por imágenes, etc.) cuenta con autoclave u otro equipamiento adecuado para la descontaminación y disposición del material de desecho.	Se establecen normas de uso del equipamiento para descontaminación de materiales. Éstas pueden ser las del fabricante del equipo, adaptadas a las necesidades del establecimiento.	Datos del equipamiento disponible para descontaminación de materiales. Normas activas de descontaminación y disposición de materiales.
7.6.- El centro posee ex-	Los extinguidores respon-	Tarjetas de mantenimiento

<p>tinguidores de incendio con carga adecuada al riesgo de cada local controlada periódicamente y localizados en lugares de fácil accesibilidad. El personal conoce el manejo básico de los extintores.</p>	<p>den al riesgo de fuego prevalente en cada área del centro, según el siguiente esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase A: combustibles sólidos.</li> <li>• Clase B: instalaciones eléctricas.</li> <li>• Clase C: combustibles líquidos</li> </ul> <p>Contarán con tarjeta con las fechas de carga y recarga programada. Se dispone de un extinguidor cada 200 m<sup>2</sup> de superficie. El personal debe tener instrucciones básicas para el manejo de los extinguidores.</p>	<p>preventivo de los extinguidores. Normas activas de utilización de extinguidores.</p>
<p>7.7.- Las agujas y otros elementos punzo cortantes que se utilizan en el centro se descartan en recipientes con paredes que impiden su traspaso. Existen suficientes contenedores, de acuerdo con la carga de trabajo del establecimiento.</p>	<p>Los recipientes para descarte de agujas y otros elementos punzo cortantes deben tener paredes rígidas que impidan su traspaso por las mismas. Se considera suficiente cantidad cuando al final del horario de trabajo, los recipientes en uso disponen no menos del 20% de su capacidad libre Existen normas de adquisición y uso de recipientes para descarte de agujas.</p>	<p>Normas activas de adquisición, uso y disposición de recipientes para descarte de agujas y otros elementos punzo cortantes.</p>
<p>7.8.- El material contaminado que puede ser reutilizado, recibe previo a su limpieza un tratamiento en autoclave o equivalente en recipientes impermeables que contienen cantidades suficientes y adecuadas de desinfectantes.</p>	<p>Existen normas para descontaminación prelimpieza del material a reutilizar.</p>	<p>Normas activas de descontaminación prelimpieza del material a reutilizar.</p>
<p>7.9.- Los materiales eventualmente contaminados que no pueden ser reutilizados son esterilizados en autoclave antes de su eliminación o desechados en recipientes especiales a</p>	<p>Existen normas para descontaminación pre disposición del material a desechar.</p>	<p>Normas activas de descontaminación pre disposición del material a desechar. Contrato con empresa de disposición de desechos biopatogénicos.</p>

través de empresas dedicadas específicamente a este efecto.		
7.10.- El centro aplica normas de radioprotección en todo el personal sujeto al riesgo.	<p>Se cuenta con normas de radioprotección que contienen mínimamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción de los elementos de dosimetría y su utilización obligatoria por el personal sujeto al riesgo</li> <li>• Intervención en emergencias</li> <li>• Monitoreo de la exposición ocupacional</li> <li>• Seguridad radiológica de las instalaciones</li> <li>• Niveles de dosis de referencia</li> </ul>	Normas de radioprotección.

## 8 CONTROLES DE CALIDAD

<p>8.1.- El centro tiene implementado un programa de control de calidad interno.</p>	<p>El control de calidad interno está bajo la supervisión del Director Médico y establece al menos, criterios para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la calibración de los equipos según cronogramas y metodologías acordes con sus respectivas especificaciones técnicas;</li> <li>• la selección, evaluación, adecuación y reemplazo de las técnicas de procesamiento de acuerdo a criterios científicos actualizados y resultados obtenidos.</li> </ul>	<p>Normas activas del control de calidad interno.</p>
<p>8.2.- Cuenta con registros claros y fidedignos de los controles de las pruebas que realiza.</p>	<p>Los resultados se registran a medida que se obtienen. El sistema de registro (preferentemente computarizado), asegura la recuperación de los datos y su análisis estadístico.</p>	<p>Normas activas para el registro de los resultados. Sistema de registro y salidas estándar.</p>
<p>8.3.- Se evalúa la calidad de las imágenes.</p>	<p>A fin de evaluar la calidad de las imágenes debe contarse con registro de fechas de cambio de líquidos reveladores (de utilizar esta tecnología); registro de las fechas de servicios de mantenimiento preventivo y normas para el almacenamiento de placas.</p>	<p>Registros de fechas de cambio de líquidos reveladores y de servicios de mantenimiento preventivo. Normas para el almacenamiento de placas.</p>
<p>8.4.- Existen mecanismos científicos de control de calidad de los resultados.</p>	<p>Los profesionales del centro realizan reuniones, ateneos u otro tipo de actividades de discusión de resultados, adopción de nuevas técnicas de diagnóstico, corrección de errores, etc.</p>	<p>Registro de reuniones de equipos u otras actividades de control de calidad de resultados.</p>

## BIBLIOGRAFÍA

1. **CA.DI.ME.**, “PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD”, Buenos Aires, 1998.
2. **CA.DI.ME.**, “MANUAL DE ACREDITACIÓN. Laboratorio de Análisis Clínicos” y “MANUALES DE ACREDITACIÓN para especialidades de Diagnostico por Imágenes”. Buenos Aires. 1998.
3. **CEDIM., PROGRAMA DE ACREDITACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES.** Asesores Técnicos: Dr. Carlos Juana y Dra. Zulema Bianconi Año 1993.
4. **ITAES**, “MANUAL DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE AGUDOS CON INTERNACIÓN”, Buenos Aires, 1995.
5. **BEHAR** Sara, “ESTÁNDARES PARA ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS” (Mimeo), Buenos Aires, 1999.
6. **KALINOV** Adolfo, “ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS”, (Mimeo), Buenos Aires, 1999.
7. **JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS**, “LABORATORY”, (Mimeo obtenido desde el sitio Internet [http://www.jcaho.com/acr\\_info/pathclin.htm](http://www.jcaho.com/acr_info/pathclin.htm)) Chicago, USA, 1999.