

I
TAE
S

Instituto Técnico para la Acreditación
de Establecimientos de Salud



Manual de Acreditación

Para Establecimientos de
Salud Mental

Argentina - 1era. Edición - Noviembre 2005

*Instituto Técnico para la Acreditación
de Establecimientos de Salud*



**MANUAL PARA LA ACREDITACIÓN
DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL**

PRIMERA EDICIÓN
Buenos Aires, Noviembre de 2005

Todos los derechos reservados

Queda hecho el Depósito que marca la ley 11.723

© 1ª Edición 2005: 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

Manual de Acreditación para establecimientos de salud mental –
1ª ed. –Buenos Aires : Instituto Técnico para la Acreditación
de Establecimientos de Salud – ITAES, 2005.
57. ; 29x21 cm.

I.S.B.N. 987-95575-7-3

1. Salud Mental-Acreditación de Establecimientos
CDD 362.21

Fecha de Catalogación: 28/11/2005

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)*

Fecha de Impresión: 28/11/2005

Tirada: 100 ejemplares

Impresión y armado: LASER FACTORY

Paraguay 707, CP 1057 – Ciudad de Buenos Aires

TE: 4312-0522

laserfactory@datamarkets.com.ar

ÍNDICE

Índice	3
Introducción	5
1. Antecedentes y referencias esenciales	5
2. Estructura del Manual	6
3. Agradecimientos	7
4. Definiciones:	7
1.- Emergencias psiquiátricas	7
2.- Atención domiciliaria	7
3.- Atención ambulatoria.....	7
4.- Hospital o centro de día psiquiátrico	8
5.- Internación psiquiátrica	8
6.- Bibliografía.....	8
REGLAMENTO de ACREDITACIÓN	9
1. Condiciones para solicitar la Acreditación	9
2. Procedimientos previos a la Evaluación	10
3. Metodología de evaluación	11
4. Interpretación de los Estándares	11
5. Dictámenes	11
6. Apelación	12
1ª PARTE: ESTÁNDARES GENERALES	14
1. DERECHOS y OBLIGACIONES de los PACIENTES y de los RECURSOS HUMANOS	14
2. CONTINUIDAD de la ATENCIÓN	15
3. SISTEMATIZACIÓN de la ATENCIÓN.....	16
4. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN TERCIARIA O PSICOEDUCATIVAS	17
5. CALIDAD de la ATENCION.....	18
6. DIRECCIÓN.....	19
7. RECURSOS HUMANOS.....	20
8. SUPERVISIÓN DEL TRABAJO INSTITUCIONAL.....	21
9. SATISFACCION	21
2ª PARTE: ESTÁNDARES ESPECÍFICOS	22
EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS	22
1. ESTRUCTURA	22
2. DIRECCIÓN.....	23
3. RECURSOS HUMANOS.....	23
4. REGISTROS.....	24
5. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	25
ATENCIÓN DOMICILIARIA	26
1. DIRECCIÓN.....	26
2. RECURSOS HUMANOS.....	26
3. REGISTROS.....	27
4. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	28
ATENCIÓN AMBULATORIA	29
1. ESTRUCTURA	29
2. DIRECCIÓN.....	30
3. RECURSOS HUMANOS.....	30

4. PROCEDIMIENTOS.....	31
5. REGISTROS.....	32
6. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	32
HOSPITAL DE DIA	33
1. ESTRUCTURA	33
2. DIRECCIÓN.....	34
3. RECURSOS HUMANOS.....	34
4. ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES.....	35
5. PROCESO DE ADMISIÓN.....	36
6. INTERCURRENCIAS Y EVENTOS ADVERSOS.....	37
7. SUPERVISIÓN DEL TRABAJO INSTITUCIONAL.....	38
8. REGISTROS.....	39
9. REINCLUSIÓN FAMILIAR.....	40
10. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	40
INTERNACIÓN.....	40
1. ESTRUCTURA	40
2. DIRECCIÓN.....	45
3. RECURSOS HUMANOS.....	46
4. ADMINISTRACIÓN.....	48
5. INGRESO	49
6. MONITOREO DE LA GESTIÓN CLÍNICA	50
7. ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES.....	51
8. REGISTROS.....	52
9. REINCLUSIÓN FAMILIAR	54
10. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	54

Introducción

1. Antecedentes y referencias esenciales

Para la redacción de los documentos base del presente Manual, se tomaron como referencia diversos antecedentes, tanto de la República Argentina como internacionales. Entre otros, los elaborados en la COMCAM¹ -con la participación de múltiples asociaciones profesionales del área de la salud mental y la Asociación de Clínicas Psiquiátricas- que lograron consensos que incluso ampliaron el espectro de servicios y de probables aplicaciones. Estas razones, que reflejaron bastante bien las necesidades y posibilidades en este campo, determinaron que el grupo promotor de este actual proceso de acreditación la pusieran en primer término entre los antecedentes de base.

También se revisaron las publicaciones de la Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations², que se centran en la evaluación de:

1. Aplicación de derechos, responsabilidades y ética.
2. Continuidad de la atención
3. Asunción racional de decisiones de tratamiento
4. Organización del proceso de atención
5. Educación del paciente, su familia y/o grupo de referencia
6. Promoción de calidad y mejoramiento de resultados y procedimientos
7. Liderazgo (capacidad de la conducción de la Institución para “impregnarla” vivencial y operativamente y transmitir “su mensaje” hacia la comunidad)
8. Manejo del entorno de atención.
9. Gerenciamiento de la información.
10. Administración de los Recursos humanos
11. Vigilancia, prevención y control de infecciones.

Para la redacción de los estándares se han seguido en lo posible las recomendaciones de la ISQua³, referidas a conceptos genéricos a cubrir por todo proceso de estandarización en salud.

Asimismo se consideró la Guía de Evaluación de Establecimientos Psiquiátricos del INSSJP⁴, con el objeto de no dejar de lado los criterios aplicados por el principal comprador de servicios que plantea un modelo propio de acreditación.

También fue tenida en cuenta la publicación de la Organización Panamericana de la Salud y Federación Latinoamericana de Hospitales (*Garantía de Calidad; Acreditación Hospitalaria para América Latina y el Caribe*. OPS, HSD.SILOS-13, Washington D.C., 1992).

Otro documento fundamental que se consideró fue el Manual de Acreditación para Establecimientos Generales de Agudos con Internación, del ITAES. Se lo empleó esencialmente como apoyo metodológico, y por aplicación del modelo planteado por el mismo, es que cada estándar es presentado y explicado siguiendo su estructura

¹ Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de Atención Médica. Proyecto creado originalmente por el INSSJP, SADAM y CONFELISA, que redactó el primer Manual de Acreditación de Establecimientos Polivalentes de Agudos de la Argentina (1992).

² Órgano acreditador en salud de los Estados Unidos de América. Se trata de la más antigua y mayor de las organizaciones de su tipo en el mundo.

³ International Society of Quality in Health Care, organismo mundial que nuclea a la mayoría de las iniciativas de calidad en atención médica y que ha consensuado los Principios Internacionales para la Redacción de Estándares de Acreditación.

⁴ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados: la mayor de las Obras Sociales argentinas.

Por último, y estando ya discutidos los primeros borradores de este trabajo, se dispuso cotejarlos con normas utilizadas por asociaciones de prestadores, los Indicadores Clínicos del Programa de Evaluación de la Atención del Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda -suministrados por el Consejo Australiano de Estándares de Atención Médica- y las Normas de Calidad del Programa de Atención Psiquiátrica de Salud Mental de Cataluña suministrados por la Fundación Avedis Donabedian.

Las normas del Australian Council for Health Standards nos parecen particularmente útiles para el monitoreo de los programas de atención, aspecto éste indispensable y complementario del proceso de acreditación para afirmar la calidad y la eficiencia de los servicios.

En base a todo lo expresado, se consideró relevante evaluar tres vertientes esenciales:

- a. La integración de la institución, equipo o servicio, en un programa integral de salud mental (y de salud en general).
- b. Las características y funciones internas.
- c. Los métodos y procesos para asegurar la sistemática mejora de la calidad de sus prestaciones y resultados finales.

Todo ello en función de los clásicos conceptos de Avedis Donabedian respecto a diseñar la acreditación sobre la evaluación de estructura, procesos y resultados.

2. Estructura del Manual

La primera observación que se plantea es que este manual, siguiendo el modelo desarrollado por la Fundación Acta en 1991, evalúa esencialmente áreas o unidades de servicio, esto es, áreas de trabajo, esencialmente a cargo de equipos profesionales específicos, destinadas a pacientes con determinadas patologías y/o momento evolutivo, en un entorno o marco definido, a los que se aplican procesos más o menos pautados en cuanto a concentración de recursos y procedimientos.

Se remarcan algunos temas fundamentales:

1. La necesidad del funcionamiento integrado de las unidades (aunque sean de diferente dependencia y propiedad) para la obtención de una atención completa y oportuna, apunta a dar relieve a la evaluación de programas de atención psiquiátrica y salud mental por sobre la acreditación de las unidades de servicio.
2. La trascendencia del trabajo integrado intrainstitucional de los equipos generales de salud.
3. La imprescindible coordinación con servicios de apoyo, asistencia social, educacional, etc., de diferente orden y el esperable desarrollo de procesos de enlace y apoyo por parte de los equipos o servicios de salud mental.

En el contexto o situación de mercado actual, muchos de estos aspectos, aunque se están desarrollando, no tienen aún envergadura o reconocimiento por parte de los organismos compradores de servicios, lo cual augura que estas normas deberán ser objeto de revisión en la medida que se entiendan y apliquen estas consideraciones en toda su dimensión. Se ha elegido deliberadamente un modelo adaptado a un momento necesariamente transicional, procurando que posibilite orientar los esfuerzos de la mayor parte de las instituciones en la dirección que las tendencias marcan como más adecuada, tanto para los pacientes cuanto para las propias instituciones y equipos de salud.

En el mencionado manual de la Fundación Acta, siguiendo un modelo planteado para su época por la Joint Commission, se detallaban cuatro niveles de acreditación. El Manual de ITAES para los establecimientos generales de internación plantea en cambio un nivel único, con indicación de recomendaciones para el mejoramiento de la calidad. En éste se ha optado por la metodología tradicional del ITAES, procurando impulsar el mejoramiento en la cali-

dad de las instituciones al ponerlas en el proceso de compararse consigo mismas a través del tiempo.

El presente Manual desarrolla sus estándares a dos niveles:

- PRIMERA PARTE: en que se desarrollan pautas relativas a la evaluación de funciones generales de las instituciones que se sometieren al proceso de acreditación.
- SEGUNDA PARTE: analiza cada una de las áreas o unidades específicas de trabajo cuya definición se presenta en las páginas que siguen.

3. Agradecimientos

El presente documento fue posible gracias al inestimable esfuerzo y permanente colaboración de un grupo de expertos que durante casi cuatro años trabajaron sobre la redacción original del Dr. Pablo Abadie, a quien el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud desea agradecer con especial consideración.

El grupo a cargo de la tarea fue el siguiente:

Coordinación General:	Dr. Ricardo A. OTERO	(ITAES)
Coordinación Técnica:	Dr. Dante GRAÑA	(ASAM)
Secretaría:	Dr. Hugo BARRIONUEVO	(ASAM)
Revisión Metodológica y Diseño de Formularios:	Lic. Beatriz CASTRO	(ITAES)
Expertos Colaboradores:	Dr. Héctor BARRIOS	(CPP)
	Dr. Felipe DIEZ USANDIVARAS	(Clínica Tempora)
	Dra. Olga FRASCHINA	(Clínica Avril)
	Dr. Néstor KOLDOVSKY	(Clínica Luminar)
	Dr. Carlos MORITA	(AMEP)
	Dr. Marcos SEHINKMAN	(Clínica Banfield)
	Dr. Pedro VIGNAUD	(Macropsicología)

4. Definiciones:

1.- Emergencias psiquiátricas

Servicios para la atención de crisis psiquiátricas que requieren de la intervención de profesionales especializados para su resolución.

2.- Atención domiciliaria

Servicios para prestaciones programadas en el ámbito domiciliario e institucional no psiquiátrico, para pacientes que, en forma permanente o transitoria, estén impedidos de trasladarse.

3.- Atención ambulatoria

Incluye tanto a las instituciones o áreas institucionales organizadas en una unidad espacial única o integrada, cuanto a las redes de consultorios individuales y/o multiprofesionales.

4.- Hospital o centro de día psiquiátrico

Se entiende por Hospital de día el espacio de tratamiento destinado a pacientes que requieren atención intensiva pero cuya patología, sumada a una buena disponibilidad familiar, les permite recibirla en forma ambulatoria. Sustancialmente provee de actividades grupales en un ambiente de control y cuidado.

5.- Internación psiquiátrica

Corresponde al espacio de tratamiento destinado a pacientes que requieren cuidado durante las 24 horas y que por razones de riesgo no pueden ser asistidos ambulatoria ni domiciliarmente.

6.- Bibliografía

- 1) Manual de Acreditación de Servicios de Atención Psiquiátrica y Salud Mental. Fundación Acta. Buenos Aires, 1991.
- 2) Standards for Behavioral Health Care. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Illinois, 1997-8.
- 3) International Principles for Standards. ALPHA Project, International Society for Quality in Health Care. Budapest, 1998, Melbourne, 1999.
- 4) Guía de Evaluación de Salud Mental. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Buenos Aires, 1998.
- 5) Quality Assurance in Mental Health Care. J. M. Bertolote (editor). Division on mental health. World Health Organization. Ginebra, 1994.
- 6) AHCS Australian Council for Health Standards. 1997. Publicación interna.
- 7) Evaluación Externa del Programa de Atención Psiquiátrica de Cataluña. Centros de Salud Mental. Fundación Avedis Donabedian, Publicación Interna, Abril 1997.

REGLAMENTO de ACREDITACIÓN⁵

1. Condiciones para solicitar la Acreditación

- 1.1. A los fines del presente Manual, puede someterse a la acreditación del ITAES todo establecimiento asistencial que se encuentre ubicado dentro del territorio de la República Argentina y responda a cualquiera de las definiciones establecidas en el punto 4 de la Introducción al presente Manual, entendiéndose por *Establecimiento* a la unidad asistencial que reúne un conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos bajo una misma conducción, independientemente de la razón social o dependencia administrativa que tenga, ubicados en un conjunto edilicio que funcione como tal, sin distinción de relaciones económico-administrativas entre los componentes.
- 1.2. Para solicitar la acreditación el establecimiento deberá reunir los siguientes **requisitos preliminares**:
 - 1.2.1. No encontrarse ubicado en zonas de aislamiento geográfico, entendiéndose por éstas a las localidades con población menor de 15.000 habitantes, cuyo tiempo de derivación a centros de mayor nivel, es de más de una hora.
 - 1.2.2. 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.
 - 1.2.3. Contar asimismo con la habilitación específica de todos los servicios, en los casos en que existan normas legales vigentes que así lo indiquen.
 - 1.2.4. Haber funcionado en forma continua durante por lo menos un año antes de la solicitud de acreditación.
 - 1.2.5. Mantener sus instalaciones y servicios disponibles las 24 horas, durante los 365 días del año.
 - 1.2.6. Contar con un cuerpo médico que garantice la continuidad de la atención médica en forma permanente.
 - 1.2.7. 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.
 - 1.2.8. Asegurar que todos los servicios, incluidos los que eventualmente estuviesen ubicados fuera de la planta física del establecimiento, respondan a la conducción asistencial del mismo o, en caso de ser contratados, que exista una relación formal que asegure la continuidad de

⁵Adaptado de ITAES, Manual de Acreditación de Establecimientos Polivalentes de Agudos, Segunda Edición, Buenos Aires, marzo de 2001.

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.

- 1.3. Los establecimientos que soliciten la Acreditación deberán cumplir además con las siguientes Condiciones Implícitas de Calidad, es decir con requisitos de carácter general que -aunque no se hallan incluidos en los estándares específicos- son considerados excluyentes:
 - 1.3.1. Ubicación edilicia en zona inundable.
 - 1.3.2. Carencia de rampas o ascensores para pacientes, circulación técnica y para el público, en establecimientos de más de una planta.
 - 1.3.3. Disponibilidad de agua potable interrumpida o restringida, durante algunas horas del día.
 - 1.3.4. Presencia habitual dentro de las instalaciones del establecimiento de animales domésticos.
 - 1.3.5. Carencia de métodos sistemáticos de control de insectos y otros vectores.
 - 1.3.6. Filtraciones en cielorrasos y/o paredes.
 - 1.3.7. Revoques, pintura y/o carpintería deteriorados, especialmente en áreas restringidas.
 - 1.3.8. Basura y/o escombros acumulados fuera de los lugares especialmente destinados a ese fin.

2. Procedimientos previos a la Evaluación

- 2.1. Las autoridades del establecimiento deberán dirigirse al ITAES, manifestando su intención de someterse a la evaluación. El ITAES entregará un ejemplar del Manual de Acreditación conteniendo, tanto los Estándares a aplicar, como el Reglamento a que se ajustará el procedimiento.
- 2.2. 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 de calidad implícitas**, tal como han sido consignados en los puntos anteriores.
- 2.3. Una vez aprobada su solicitud, el establecimiento abonará el arancel estipulado por el ITAES.
- 2.4. En un plazo no mayor de cuatro (4) semanas, el establecimiento será notificado de la fecha en que se iniciará la evaluación.
- 2.5. Las autoridades del establecimiento deberán:

- 2.5.1. Comunicar al personal la fecha en que se harán presentes los evaluadores.
- 2.5.2. Instruir debidamente al personal para que conteste a todos los requerimientos efectuados por el equipo evaluador.
- 2.5.3. Disponer de toda la información necesaria mencionada en los estándares del Manual de Acreditación.
- 2.5.4. Habilitar un espacio adecuado para el análisis de la documentación por parte de los evaluadores.
- 2.5.5. Posibilitar reuniones del equipo de evaluación con el personal jerárquico para instruirlo y aclarar dudas respecto al procedimiento.

3. Metodología de evaluación

- 3.1. 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 el Formulario Operativo.
- 3.2. Las técnicas empleadas en la recolección de datos serán:
 - 3.2.1. Visitas y recorridas de las instalaciones, incluyendo todas y cada una de sus dependencias.
 - 3.2.2. Observación de las estructuras, evaluación de los procesos y, eventualmente, de los resultados.
 - 3.2.3. Entrevistas con el nivel de conducción, con el personal que cumple funciones en el establecimiento, así como encuestas entre los pacientes y/o familiares.
 - 3.2.4. Análisis de la documentación facilitada por el establecimiento.
 - 3.2.5. Análisis de historias clínicas, protocolos y registros.
- 3.3. 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 Directiva del ITAES la emisión del dictamen que considere conveniente.

4. Interpretación de los Estándares

- 4.1. Todos los estándares aplicables a cada Establecimiento tienen igual valor. Los establecimientos serán evaluados según cumplan total o parcialmente cada uno de ellos, o bien no los cumplan en absoluto.
- 4.2. Las Recomendaciones para el Mejoramiento no son de cumplimiento obligatorio ni su evaluación es utilizada para establecer el Dictamen de Acreditación. Se trata de criterios de calidad que se ha considerado que, si bien son deseables, sólo se presentan en contados casos en la realidad de la oferta asistencial de la Argentina y son presentados como líneas de desarrollo futuro. Es posible que algunos de ellos vayan incorporándose en las sucesivas ediciones de este Manual

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, a contar de la fecha del Certificado emitido por el ITAES.

5.2. **Acreditación Transitoria:**

Cuando el establecimiento no cumpla totalmente con hasta 3 (tres) estándares, y se considere posible la corrección de sus deficiencias en un plazo breve, la Comisión Directiva del ITAES podrá 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 el ITAES 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.

5.2.4. Los establecimientos que hubieren obtenido una Acreditación Plena o con Mérito, no podrán ser acreditados transitoriamente en ninguna evaluación posterior.

5.3. **No Acreditado:**

En los casos en que la Comisión Directiva 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 del ITAES, impliquen una modificación de la situación existente en los servicios evaluados favorablemente durante el relevamiento original, la Comisión Directiva procederá a emitir una resolución de **No Acreditado**. 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 4.2 notifiquen haber cumplimentado las modificaciones que motivaron la postergación, o aporten elementos que lo justifiquen, se procederá a una nueva constatación en terreno. En base a ésta se tomará la decisión definitiva.

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, y 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. La Comisión Directiva 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. Asimismo la Comisión Directiva podrá citar a cualquiera de los miembros del equipo evaluador que realizó la tarea de campo.
- 6.4. La Comisión Directiva del ITAES no considerará ninguna presentación o testimonio relacionado 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 Directiva del ITAES podrá suspender transitoriamente la misma con el propósito de evaluar la presentación, pasando a cuarto intermedio hasta el momento oportuno.
- 6.6. Una vez analizados los antecedentes y la información y testimonios presentados durante la Audiencia, la Comisión Directiva del ITAES tomará, en un lapso no mayor de 60 días de la fecha de iniciación del procedimiento de apelación o de finalización del receso, una de las siguientes medidas:
 - 6.6.1. Acreditar al establecimiento.
 - 6.6.2. No acreditarlo.
- 6.7. El Dictamen Final emitido en segunda instancia por la Comisión Directiva 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.

1ª PARTE: ESTÁNDARES GENERALES

1. DERECHOS y OBLIGACIONES de los PACIENTES y de los RECURSOS HUMANOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>a.1. Posee normas activas de atención de pacientes y/o sus familias y grupos de pertenencia basadas en principios éticos y en el respeto y la promoción de sus derechos</p> <p>a.2. Dirigidas a todos los recursos humanos de la institución, servicio y/o equipo que desarrollen sus tareas en contacto con pacientes y/o familiares o grupo de referencia (profesionales, personal auxiliar, administrativo, etc.)</p>	<p>a.1. Dichas normas deberán contemplar como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La asignación de un profesional específico como responsable del proceso de atención. • La garantía de la confidencialidad de la información • La utilización del mecanismo del Consentimiento Informado, en especial ante riesgo de tratamientos y/o diagnósticos específicos (Vg. Terapia Electro Convulsiva, HIV) <p>Todos los aspectos contemplados deben constar en las HC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normas activas • HC: con formulario de admisión y consentimiento informado
<p>b) Posee material escrito de difusión sobre derechos y obligaciones de cada uno de las partes implicadas en el proceso de atención, dirigido a los pacientes, familiares y/o persona o Institución responsable el cual será entregado durante el proceso de admisión (folletos, instructivo, etc.).</p>	<p>El material debe especificar derechos y obligaciones de los pacientes (y sus familiares o personas o instituciones a cargo) y derechos y obligaciones de los profesionales de la Institución.</p>	<p>Instructivos.</p>

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Cuenta con instructivos informativos sobre los riesgos de la medicación indicada, a entregar con la prescripción o la medicación pertinente.*
- *Existen procedimientos establecidos de participación de los pacientes y/o familiares en las decisiones referentes al proceso de tratamiento- atención y su evaluación.*

2. CONTINUIDAD de la ATENCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>a. La institución, área o servicio asegura la continuidad de la atención de pacientes cuando se requiera una derivación tanto a diferentes servicios de salud mental como de medicina general, ya sea porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • forma parte de una institución polivalente, prestando servicios tanto para demanda externa como para pacientes derivados desde el establecimiento mayor. • existen acuerdos institucionales formales para la articulación del centro con otros niveles de atención y/o servicios de salud. 	<p>En caso de formar parte de una institución polivalente existe un vínculo formal escrito entre el establecimiento y la institución, área o servicio, ya sea porque patrimonialmente tienen una misma propiedad o por estar vinculados por una relación contractual con términos de reciprocidad.</p> <p>En caso de poseer acuerdos con otras instituciones, estos deben estar expresados en normas activas de derivación. Cuando las mismas deban ser realizadas a través de entidades financiadoras deberá disponer de un listado de teléfonos y centros de referencia para la cobertura de los pacientes.</p> <p>Las derivaciones deben registrarse en las HC.</p>	<p>Documentación que demuestre la relación con un establecimiento mayor o los contratos o acuerdos interinstitucionales.</p> <p>Normas de derivación. HC</p>

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Tiene normas activas que establecen las condiciones que deberá presentar cada paciente que justifiquen su derivación, por tipo de servicio o nivel de atención.*

3. SISTEMATIZACIÓN de la ATENCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con normas activas de procedimiento para la atención de pacientes en cuanto a la admisión, formulación de un plan de tratamiento, toma de decisiones durante el proceso de atención y alta o egreso de una determinada modalidad.</p>	<p>El proceso de atención debe seguir parámetros definidos y válidos para todos los profesionales actuantes.</p> <p>La actuación de acuerdo con las normas de procedimiento debe registrarse en las HC, siendo los datos básicos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos del paciente (nombre, edad, sexo, domicilio) • Familiar referente con elementos de comunicación • Motivo de la atención • Diagnóstico presuntivo • Principales indicaciones • Firma del profesional actuante. 	<p>Normas activas HC</p>
<p>b) La determinación de los diagnósticos debe realizarse en base a criterios validados local o internacionalmente.</p>	<p>Preferentemente se deberán utilizar criterios como los contenidos en CIE o DSM</p>	<p>Historias clínicas</p>

4. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN TERCIARIA O PSICOEDUCATIVAS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>a) La institución, servicio y/o equipo tiene definidos programas educativos generales, o diferenciados según tipo de pacientes y/o problemáticas, orientados a reconocer sus limitaciones y capacidades y a desarrollar y promover estas últimas.</p>	<p>Las instituciones de salud, y en particular las instituciones, áreas, servicios o programas de salud mental deben cumplir esenciales funciones educativas, que hacen a la asunción por los individuos, sus familias y los grupos sociales de sus limitaciones y posibilidades. Esta acción o principio general deberá concretarse en procesos específicos de aprendizaje y capacitación, los cuales incluso para ciertos tipos de atención constituirán la forma básica -o incluso la única posible- de apuntar hacia la integración social del paciente.</p>	<p>Programas que la institución desarrolla para todos o algunos tipos de pacientes.</p>

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Dispone de equipamiento y materiales (escritos, lúdicos, etc) de apoyo para la implementación de los programas.*
- *Desarrolla actividades orientadas al aprovechamiento de recursos sociales y/o comunitarios en beneficio de la rehabilitación de los pacientes y la promoción y desarrollo de sus habilidades.*

5. CALIDAD de la ATENCION

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Cuenta con un Programa de Calidad de la Atención.	<p>El programa debe contener como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un procedimiento semestral (como mínimo) de revisión de eventos adversos (se entiende por tal los casos de interurrencias, actuaciones graves, abandono de tratamiento, derivación o pase a niveles más intensivos de atención). • actividades docentes específicas <p>Ambas actividades se registran.</p>	<p>Programa de Calidad. Registro de discusiones sobre eventos adversos y las modificaciones propuestas Registro de actividades docentes.</p>
b) Existe un responsable del Programa de Calidad.	<p>La Dirección o un profesional vinculado a la misma están a cargo del programa de calidad de la Institución.</p>	<p>Designación escrita.</p>
c) Dispone de relojes y calendarios en las diferentes áreas del establecimiento		

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Se analizan periódicamente los resultados obtenidos respecto de los pacientes o beneficiarios de la Institución sobre la base de registros, encuestas u otros relevamientos metodológicamente consistentes.*
- *Se desarrollan técnicas de benchmarking.*
- *Posee un proyecto para la resolución de las problemáticas de las áreas que requieren mejoramiento, donde se establezcan las prioridades de ejecución*
- *Existe un proceso normatizado de auditoría interna.*

6. DIRECCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) La dirección profesional (del Centro, de la Red o sector del establecimiento) tiene real autoridad en los asuntos profesionales.	La dirección establece las normas para la admisión, tratamiento, derivación y alta de los pacientes y organiza el conjunto de los recursos terapéuticos y de personal disponibles en la institución para tales fines. En caso de institución o red con múltiples consultorios físicamente independientes, la dirección a que se refiere el estándar es la general de la institución o red.	Normas activas
b) El Director cuenta con experiencia comprobable en la especialidad y con formación en administración de servicios de salud.	Deberá acreditar la realización de un curso de administración de servicios de salud de 100 hs o más.	Certificaciones

7. RECURSOS HUMANOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) La institución o equipo cuenta con una definición precisa de los requisitos académicos y las habilidades exigibles a su personal profesional y técnico.	Los perfiles técnicos y profesionales del personal asistencial y auxiliar están definidos en un documento aprobado por la máxima autoridad institucional.	Perfil de los recursos humanos.
b) Existen registros disponibles del grado de formación y antecedentes laborales y profesionales del personal profesional, técnico y auxiliar.	Se cuenta con legajos de todos los recursos humanos de la institución abocados a la atención de pacientes.	Legajos.
c) Se desarrollan actividades de capacitación del personal.	Se desarrollan actividades estables y regulares (cursos, talleres, ateneos, seminarios, etc.) dirigidas al personal relacionadas con el mejoramiento de las habilidades. Las actividades están contenidas en un Programa de Capacitación Permanente.	Programa de capacitación Registro de las actividades
d) Existe estímulo permanente a la capacitación de los recursos humanos	El estímulo puede realizarse a través de permisos para la concurrencia a cursos y otras actividades de capacitación en horario de trabajo y/o la financiación de los mismos.	Documentación disponible (convenios con otras instituciones, certificados de capacitación de los recursos humanos, etc.)

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Dispone de un procedimiento permanente de relevamiento y análisis de la satisfacción en el trabajo de todos los recursos humanos de la institución.*
- *Todos los profesionales médicos se someten periódicamente a mecanismos de certificación y/o recertificación.*
- *Los programas de capacitación son diseñados por pedagogos profesionales.*
- *Se fomenta la realización de trabajos de investigación y casuística y su publicación*
- *Existen vinculaciones técnico-académicas con universidades, organizaciones profesionales nacionales e internacionales (convenios, inclusión en proyectos, participación institucional en eventos).*

8. SUPERVISIÓN DEL TRABAJO INSTITUCIONAL

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Existe un proceso orgánico de supervisión de casos y de equipos.	Puede ser tanto interna como externa de frecuencia regular y deben estar registradas.	Registros de las supervisiones
b) El 50% de los profesionales, o más, participan de las actividades de supervisión.		Registros de las supervisiones. Datos de recursos humanos

Recomendaciones para el Mejoramiento

- Cuenta con un programa especial de supervisión de la indicación de psicofármacos, que es independientemente de las otras supervisiones.
- Se realizan análisis de los tratamientos que finalizaron de hecho (abandono, suicidio, etc.) sin contar con el alta médica.

9. SATISFACCION

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
Dispone de un procedimiento de registro, procesamiento y análisis de las quejas recibidas.		Registro de quejas. Informes técnicos

Recomendaciones para el Mejoramiento

- Existen procedimientos sistemáticos y periódicos de relevamiento del nivel de satisfacción de pacientes y familiares, por ejemplo: encuestas periódicas, encuestas al alta, formulario de alta contra opinión médica, buzón de sugerencias, etc.

2ª PARTE: ESTÁNDARES ESPECÍFICOS

EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

1. ESTRUCTURA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Cuenta con un sistema de comunicaciones en perfectas condiciones de funcionamiento.	<p>El sistema de comunicaciones utilizará cualquiera de los medios disponibles en el área de desempeño de la institución (sistemas telefónicos, radiales, etc.) y deberá permitir:</p> <ul style="list-style-type: none">• La recepción permanente de pedidos de usuarios individuales e institucionales en forma inmediata.• Estar en permanente comunicación con el personal del sistema durante la realización de sus actividades fuera de la institución (en domicilios, instituciones, traslados, etc.).	<p>Verificación de la disponibilidad de los equipos y funcionamiento del sistema.</p> <p>Cuando correspondiera, certificación de la autoridad competente para la instalación y operación.</p>
b) Cuenta con la posibilidad de llegar al domicilio del paciente en un plazo no mayor a las dos horas posteriores a la recepción de la demanda de atención del mismo.	<p>Si se trata de un servicio tercerizado, el contratista deberá asegurar la disponibilidad permanente del servicio</p>	<p>Pedir registros de horas de pedido y horas de atención</p>

2. DIRECCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) La dirección está cargo de un médico especialista en psiquiatría quien destina no menos de 2 horas semanales a tareas administrativas y está disponible para tareas de consulta y dirección profesional en forma permanente	Las horas destinadas a tareas asistenciales directas deben excluirse de las correspondientes al cálculo de las destinadas al cumplimiento efectivo de las tareas de dirección.	Legajo del Director. Título de especialista. Entrevista al personal. Declaración Jurada de horas administrativas y asistenciales del Director
b) Cuenta con un subrogante de la Dirección Médica designado al efecto.		Designación del subrogante.
c) El director y su subrogante tienen experiencia no menor de dos años en áreas de atención de pacientes críticos y/o urgencia psiquiátrica con posterioridad a su formación especializada.		Legajos del director y su subrogante, con títulos y antecedentes.

3. RECURSOS HUMANOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) La institución cuenta con un equipo de médicos de guardia especialistas en psiquiatría.		Legajos de los profesionales, con títulos y antecedentes.

4. REGISTROS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>a) La institución tiene organizado un sistema, accesible las 24 horas los 365 días del año, que posibilita el registro inmediato de las intervenciones de sus profesionales y la transferencia de las mismas -o un resumen adecuado- a otras unidades de atención.</p>	<p>El registro debe incluir: datos de identificación del paciente (nombre, edad, sexo, etc.), sistema de salud al que pertenece; hora y peticionante de la intervención y motivo de la misma; profesional actuante, hora de la actuación; diagnóstico clínico psiquiátrico (orientativo), familiar situacional; intervención realizada, con especial registro de fármacos u otras terapias biológicas. Conducta de derivación del caso, o de finalización.</p>	<p>Registros médicos.</p>

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Contar con un sistema que permita el registro "on line" de las intervenciones de los profesionales.*

5. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>a) El servicio opera en efectiva coordinación con Policía, Bomberos, Defensa Civil.</p>	<p>Dadas las características del establecimiento y el riesgo asistencial que enfrenta, debe coordinar su actuación con el resto de las entidades dedicadas a emergentología. Hay un procedimiento escrito que indica los modos de acción a los profesionales. Se cuenta en la Institución con al menos los teléfonos de las comisarías y cuarteles de bomberos y de defensa civil correspondientes a su área de acción.</p>	<p>Ejemplos de acción coordinada. Teléfonos de las comisarías y cuarteles de bomberos y de defensa civil de la zona.</p>
<p>b) Como mínimo, está integrado o tiene vinculación funcional con servicios de internación de agudos y de atención ambulatoria (en ambos casos clínico-quirúrgicos y psiquiátricos).</p>	<p>Si la institución no integra los servicios indicados, debe presentar pruebas documentales de relación con los otros tipos de unidades de atención.</p>	<p>Presentar documentación probatoria de las relaciones, en caso de no estar integrado.</p>

ATENCIÓN DOMICILIARIA

1. DIRECCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) La coordinación está a cargo de un médico especialista en psiquiatría con no menos de tres años de experiencia en la especialidad.	La responsabilidad de la organización recae en el coordinador, quien evalúa los pedidos, distribuye y programa las tareas de los diferentes tipos de personal y supervisa y evalúa las tareas. La intervención del coordinador está registrada en todas las HC, al comienzo y en algún momento de la evolución.	Currículum del Director o Coordinador. Muestra de Historias Clínicas.

2. RECURSOS HUMANOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Se cuenta con médicos psiquiatras y psicólogos.		Certificaciones y registros de personal.
b) La disponibilidad profesional es adecuada a la carga de trabajo.	La disponibilidad de personal para la atención domiciliaria permite la concurrencia a la primera consulta dentro de los 7 días de solicitada. Se registra en las HC la fecha de la primera llamada.	Muestra de Historias Clínicas para detectar fecha de pedido y de primera consulta.

3. REGISTROS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) La institución tiene organizado un sistema de HC que posibilita el registro centralizado, de las intervenciones de sus profesionales y la transferencia de los informes -o un resumen- a otras unidades de atención.	El registro de pacientes debe contener: <ul style="list-style-type: none">• Datos de filiación del paciente (nombre y apellido, edad, sexo, domicilio, TE)• Firma del Profesional a cargo de la atención• diagnóstico• Plan terapéutico• Fecha de inicio de tratamiento• Fecha de alta o derivación• Evolución.	Examen de los registros.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Contar con un sistema que permita el registro computarizado de las intervenciones de los profesionales.*

4. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Forma parte de una institución o red que cuenta con centro de atención ambulatoria, unidad de internación de agudos y servicio de emergencia domiciliaria o existen acuerdos institucionales formales para la articulación del centro con otros niveles o modalidades de atención, cuando se requiera una derivación.	Los acuerdos deben estar expresados en normas operativas, disponibles para que el personal decida las derivaciones. Cuándo las derivaciones deban tramitarse a través de una entidad financiadora, deberán estar contemplados los teléfonos y centros de referencia para las coberturas de los pacientes que se encuentran bajo tratamiento.	Examen de los registros Verificación de la integración empresaria o de los contratos o cartas de intención correspondientes.
b) En las HC se consignan las causas, condiciones y destino de derivación alta	Las altas aseguran la continuidad de la atención y ello se refleja en las HC.	Muestra de HC con registros de altas. Verificar en las epícrisis.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Vinculación con unidades y servicios de acción social: casas de medio camino u hostales, cooperativas para discapacitados (o con inclusión de discapacitados).*

ATENCIÓN AMBULATORIA

1. ESTRUCTURA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Existe acceso directo desde la calle. En caso de que el servicio esté integrado a un establecimiento mayor la circulación debe ser independiente del resto del establecimiento.	Los pacientes que concurren a atención ambulatoria deben estar separados de los de otros tipos de asistencia en salud mental. En caso de estar organizada la atención sobre la base de unidades múltiples, individuales o en consultorios compartidos, cada unidad de servicio deberá ajustarse a esta norma. Los locales deben estar señalizados e individualizados y debe poder accederse sin preguntar.	Plano o croquis con la señalización de los espacios y la indicación de su empleo real. Observación Directa.
b) Los accesos y circulaciones cuenta con facilidades para su uso por discapacitados.	Todas las escaleras que lo permitan, deben poseer rampas para discapacitados. En caso de que el establecimiento se ubique o cuente con pisos por encima del nivel de la calle, deberá disponerse de ascensores con facilidades para el acceso a discapacitados.	Observación directa.
c) Todos los consultorios disponen de suficiente aislamiento acústico.	El aislamiento acústico debe impedir escuchar desde el exterior una conversación mantenida en niveles normales.	Observación directa.
d) Cada consultorio y la sala de espera pueden ser climatizados adecuadamente y cuentan con ventilación externa.	Los sectores de concurrencia de público y pacientes deben poseer ventilación natural. Debe disponerse de equipamiento de calefacción y/o refrigeración de modo de mantener la temperatura ambiente confortablemente.	Observación directa.
e) La sala de espera cuenta con espacio y asientos en cantidad suficiente.	El número de asientos debe ser equivalente al total de pacientes que pueden ser atendidos simultáneamente.	Observación directa.

f) Existe al menos un baño público adaptado para discapacitados	Este sanitario debe permitir el acceso y maniobra de sillas de ruedas, poseer pasamanos y contar con inodoro adaptado a su uso por discapacitados.	Observación directa.

2. DIRECCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) El director está presente y existen medios para comunicarse con él fuera de sus horarios habituales.	El Director está presente en forma regular al menos 4 días por semana durante más de 1 hora por día.	Horarios de concurrencia del Director. Medios de comunicación.
b) Tiene experiencia no menor a dos años en servicios de salud mental con posterioridad a su formación especializada.	La experiencia debe ser comprobable. Puede ser en el mismo servicio o en otros preferiblemente ambulatorios.	Legajo actualizado del Director.

3. RECURSOS HUMANOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Se dispone al menos de psiquiatras y psicólogos.	El establecimiento dispone al menos de estos dos tipos de profesionales.	Listado y legajos de los profesionales.
a) La selección de personal profesional se halla normatizada.	Existen procedimientos que garantizan la selección sobre la base de criterios de idoneidad profesional y personal. Y está definido el perfil de los profesionales a ingresar.	Normas activas de selección de personal. Descripción del perfil.

4. PROCEDIMIENTOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Se dispone en todos los casos de un diagnóstico inicial y de un plan de tratamiento desde la admisión.	El diagnóstico de ingreso puede ser presuntivo, pero debe figurar en la Historia Clínica y/o ficha de admisión y estar seguido del plan terapéutico.	Historia Clínica. Ficha de admisión.
b) Existe un profesional responsable de la atención de cada paciente.	En las historias clínicas está claramente establecido el profesional a cargo y es éste quien las firma.	Historias clínicas
d) Existe un procedimiento destinado a registrar la finalización de la atención.	Las Instituciones deben poder evaluar el resultado de sus tratamientos a través del registro de la Historia Clínica. Es por ello que debe existir un cierre de las HC, con epicrisis y diagnóstico definitivo –que puede ser más de uno-, con o sin derivación. En el primer caso debe estar estipulado el tipo de establecimiento al que se deriva. Este procedimiento tiende a verificar que todas las derivaciones se registran y que hay responsabilidad profesional de actuar al menos como consejeros.	Muestra de HC con altas del último año.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Existe un programa definido para el manejo de pacientes de riesgo (conductas de riesgo hacia sí o terceros*
- *Existe un programa para la supervisión y revisión de la medicación.*
- *Existen programas definidos para actuar respecto de familias, grupos laborales, instituciones educativas, de acción social, como parte o en apoyo de tratamientos individuales y familiares.*
- *Existe un modelo de evaluación de resultados .*
- *Posee un procedimiento para satisfacer demanda de atención de tipo inmediata.*

5. REGISTROS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Cada paciente cuenta con historia clínica.		Historias clínicas. (Porcentaje de cumplimiento: 100%)
b) La historia clínica debe incluir como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente • Motivo de consulta. • Diagnóstico de admisión e indicaciones • Firma y nombre aclarado del profesional • Datos de seguimiento 	Verificar a través de muestra de historias clínicas, que se registran como mínimo los ítems consignados	Historias clínicas.(Porcentaje de cumplimiento: 100%)
c) Las historias clínicas activas son accesibles en horario de funcionamiento de la Institución.	Se refiere a las de todos los pacientes en tratamiento	Historias clínicas.(Porcentaje de cumplimiento: 100%)

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Existen normas activas respecto al método de cumplimentación de la historia clínica.*

6. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
Está asegurada la continuidad de la atención a través de vinculación con otros niveles de atención, servicios de asistencia social, educación, etc.	El establecimiento pertenece a una red asistencial, lo que asegura sus vinculaciones con otros niveles de atención, o aún, trabajando en forma independiente ha desarrollado estas vinculaciones.	Documentación demostrativa de la vinculación con otros niveles de atención. (Convenios, contratos, cartas intención, etc.)

HOSPITAL DE DIA

1. ESTRUCTURA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Como mínimo la disponibilidad de espacios corresponderá a la establecida por las normas vigentes en la jurisdicción.</p> <p>Si no hay reglamentación jurisdiccional, tomar como estándar la aclaración del texto.</p> <p>Debe contar con planos actualizados</p>	<p>Los locales e instalaciones mínimas son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un salón de usos múltiples de no menos de 2m2 cubiertos por paciente,• No menos de 2 consultorios• Al menos 1 sanitario para uso de discapacitados• Office de Enfermería,• Cocina y comedor. <p>Los planos muestran la real distribución de los ambientes.</p>	<p>Certificación de habilitación.</p> <p>Plano con señalización de los espacios y la indicación de su empleo real. Verificar el uso real de los ambientes.</p>
<p>b) Existe acceso directo desde la calle o indirecto a través de un establecimiento de otra complejidad pero con circulación adecuadamente señalizada e independiente.</p>	<p>Los pacientes de hospital de día deben contar con acceso propio, debido a que debe evitarse el contacto con pacientes internados.</p>	<p>Observación directa.</p>

2. DIRECCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) La dirección tiene real autoridad en los asuntos profesionales.	Un profesional ejerce la conducción de la atención y aprueba las políticas de desarrollo en diagnóstico, tratamiento y recursos humanos.	
b) Cuenta con un subrogante designado. El establecimiento dispone de medios de comunicación para consultas frentes a emergencias, ante la posible ausencia de ambos.		Procedimiento de delegación.
c) El Director tiene título de especialista en psiquiatría o salud mental y experiencia no menor a 2 años en hospital de día o internación psiquiátrica con posterioridad a su formación especializada.		Certificaciones que acrediten sus antecedentes.

3. RECURSOS HUMANOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
e) Existe al menos un profesional durante todo el tiempo que estén los pacientes en la institución cada 15 pacientes.	El profesional puede ser cualquiera de las disciplinas del campo de la salud mental.	Producción diaria promedio Listado de profesionales con horarios de trabajo
Dispone de psiquiatras, psicólogos, enfermeros y otros profesionales para el desarrollo de tareas contextuales (terapia ocupacional, musicoterapia, etc.).		Listado de otros profesionales

4. ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Independientemente del modelo terapéutico, se realizan actividades terapéuticas grupales.	Se consideran actividades terapéuticas grupales: musicoterapia, terapia ocupacional, asamblea, actividades físicas, etc. De ellas, se realizan como mínimo las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional o musicoterapia, no menos de 3 veces por semana cada una. • Asamblea general o reunión familiar o multifamiliar al menos una vez por semana. 	Prueba documental del desarrollo de las actividades, con datos sobre fechas de realización, concurrentes, coordinadores.
b) Existe cronograma semanal de las actividades para los pacientes, escrito y difundido en todos los ambientes de uso común.	El mismo abarca todas las horas útiles de cada uno de los días de la semana en que funcione el hospital de día.	Cronograma
c) Hay relojes y calendarios en los ambientes comunes.	En estos establecimientos suelen asistirse pacientes con mayor o menor grado de confusión. La percepción del tiempo es parte de la terapéutica.	Observación directa

5. PROCESO DE ADMISIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Está a cargo de un médico psiquiatra, participando otros profesionales en la evaluación, según necesidades de cada caso.	Es un proceso en el que la participación de otros profesionales incrementa las posibilidades de éxito terapéutico.	Muestra de Historias Clínicas para verificar la intervención del médico admisor con título de especialista y de los otros profesionales.
b) Consta de un diagnóstico psiquiátrico presuntivo, una evaluación psicológica, una familiar y una impresión de posibilidades de recuperación.	Clasificación Diagnóstica Psiquiátrica Internacionalmente reconocido (CIE o DSM)	
c) Se dispone de un plan de tratamiento desde la admisión.	Incluye al menos indicación psicofarmacológica, psicoterapéutica y actividades recomendadas.	

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Existen instrucciones escritas sobre normas institucionales para familiares o grupo de pertenencia.*

6. INTERCURRENCIAS Y EVENTOS ADVERSOS.

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Existe algún procedimiento de revisión de los acontecimientos en los casos de interurrencias o actuaciones relacionadas con el motivo de la admisión que hayan obligado a suspender la atención indicando su internación o reinternación, o impedido la continuidad de la atención.		Registros de alta o de discusión de eventos adversos
b) Se realiza un ateneo o similar periódicamente para examinar este tipo de problemas.		
c) Se registran estos procedimientos, constando en el registro las modificaciones a que la discusión correspondiente hubiere dado lugar.		

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Existen normas activas, para identificar a los pacientes con riesgo clínico-psiquiátrico importante para sí o para terceros*

7. SUPERVISIÓN DEL TRABAJO INSTITUCIONAL

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) El cuerpo profesional discute los casos y/o la organización y marcha de las actividades del equipo no menos de una vez a la semana.	La discusión de casos es un elemento fundamental en el control y garantía de calidad	Registro de reuniones
b) Cuenta con un coordinador de las discusiones de casos	Un profesional establece las normas de discusión y convoca las reuniones, encargándose del registro de las actividades realizadas.	Designación del coordinador

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Al menos mensualmente se revisa el diagnóstico, la sintomatología, la respuesta al proceso terapéutico, y se formula el proyecto de actividades y pronóstico para un próximo período y se registra en historia clínica.*

8. REGISTROS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Cada Paciente cuenta con una historia clínica		
b) Está normatizado que en cada historia clínica se incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Motivo de admisión. • Diagnóstico cliniconosológico y familiar-situacional • Plan de tratamiento • Evoluciones • Actuaciones legales • Hoja de intervenciones familiares • Firma del profesional responsable y sello. 		Normas de HC.
b) Las historias clínicas son accesibles respecto de todo paciente asistido en horario de funcionamiento.		
c) Registro actualizado de asistencia de pacientes.	Actualizado significa al día anterior al de la visita en terreno. Contiene: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y apellido • Hora de llegada y de salida • Firma del responsable 	Registro de asistencia
d) Registro actualizado de actividades grupales.	Actualizado significa al día anterior al de la visita en terreno. Las actividades pueden registrarse en la HC o e un soporte especial.	Registro de las actividades grupales.

9. REINCLUSIÓN FAMILIAR.

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Existen normas activas para comprometer a la familia o grupos de pertenencia en la atención.	Como mínimo se entrevista a un familiar o referente en el momento de la admisión, lo cual es registrado en la historia clínica.	Muestra de H. C. Normas activas
c) Consta un diagnóstico familiar en historia clínica.	Además del diagnóstico psiquiátrico y psicodinámico individual, se realiza un diagnóstico familiar y se lo registra en la HC.	Muestra de H. C.
d) Se realizan entrevistas multifamiliares.	El establecimiento promueve y realiza entrevistas multifamiliares.	Programa de actividades. Registro de reuniones multifamiliares.

10. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Se discuten y organizan las alternativas de atención y/o seguimiento post-alta según necesidad de cada paciente.		
b) se realizan indicaciones de atención post-alta que incluyen derivación a servicios de tipo terciario si estuviesen indicados (hostales, cooperativas de trabajo, etc.).		
c) se incorpora a la HC un resumen final de evolución de caso.		H.C.

INTERNACIÓN

1. ESTRUCTURA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Planos de acuerdo a construcciones existentes.	Se constatará que los planos exhibidos coincidan con la disposición de los locales, así como que el destino sea el que se señala en el plano. Deben encontrarse en el establecimiento a requerimiento del evaluador. Escala mínima 1:100.	Planos
b) Los indicadores básicos mínimos son: Habitaciones de hasta 4 camas <ul style="list-style-type: none"> • De 4 (cuatro) metros cuadrados de superficie como mínimo por cama • 12 (doce) metros cúbicos por cama en habitaciones de más de 3 camas; • Todas las habitaciones deben tener calefacción. • La iluminación y la ventilación naturales deben estar preservadas. 	Las habitaciones deben contar con calefacción mediante artefactos que no consuman oxígeno ambiente eliminando al exterior los gases de combustión (sistema térmico central, estufas a gas de tiro balanceado, aire acondicionado). En las zonas geográficas donde la temperatura media invernal supere los 13° C, los requisitos de calefacción serán optativos. En este caso deberá disponer de sistemas de refrigeración. (ventiladores u otros elementos para circulación del aire). En horario diurno contarán con iluminación natural. Deberán contar con ventilación directa al exterior a través de aberturas con paneles móviles.	Observación directa
c) Se dispone al menos de un sanitario mínimo cada 4 (cuatro) camas.	Se entiende por sanitario mínimo el compuesto por lavabo, ducha e inodoro.	
d) Todos los baños disponen de agua fría y caliente, las 24 horas.	El sistema de calentamiento del agua debe estar fuera del sanitario, en una instalación central por piso o sector.	Observación directa

e) Se dispone al menos de un baño para discapacitados por área de internación	<p>El baño para discapacitados debe contar al menos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superficie suficiente para maniobra de sillas de ruedas. • Inodoro con baranda y altura correspondiente • Pasamanos en ducha, pileta y accesos • Piso antideslizante. <p>Area de internación: cada piso, pabellón, etc, en que está dividida arquitectónicamente la internación.</p>	
f) Dispone de 1,5 m ² o más por paciente en espacios comunes cubiertos, con un mínimo de 30 (treinta) m ² .	<p>Espacio común es toda superficie cubierta destinada a actividades de las personas internadas (comida, recreación, terapia ocupacional, etc. ; excluye áreas de circulación, offices de enfermería). Los espacios comunes utilizables y computables deberán tener lado mínimo superior a 2 metros.</p>	
g) Existe individualizada una sala de terapia ocupacional.	<p>La Sala de Terapia Ocupacional debe contar con comodidades apropiadas (mesas, sillas, lavatorios, armarios) y material correspondiente. Puede ser utilizada para otras actividades, excepto como comedor.</p>	
h) Los comedores tienen mesas para no más de 8 personas cada una.		
i) Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas.	<p>La señalización debe indicar dónde están las salidas de emergencia, y cómo dirigirse a ellas.</p>	
j) El sistema eléctrico debe disponer de adecuadas estaciones de control.	<p>El control del sistema eléctrico debe estar distribuido con un tablero central y tableros seccionales o por pisos.</p>	
k) Posee sistemas alternativos de iluminación para las áreas críticas y circulación	<p>Los sistemas alternativos de iluminación deben ser de puesta en marcha automática</p>	<p>Verificar la existencia de iluminación de emergencia en las áreas críticas y circulación</p>

nes.	ca e inmediata (menos de 1 minuto).	ciones. El funcionamiento de dichos sistemas alternativos deber ser constatado por el evaluador.
l) Dispone de protecciones antielectrocución.	Debe contar al menos con disyuntores en cada tablero o circuito.	Se deberá quitar de circuito el flujo que accede a cada disyuntor verificando si está en el sistema.
m) Sistema de seguridad contra incendios.	Consta de 3 componentes. 1. Matafuegos (del tipo correspondiente y con carga actualizada) 2. Plan de evacuación (escrito) 3. Sensores de humo en habitaciones.	Observación directa. Plan de evacuación.
n) El acceso peatonal está al nivel de la vereda. De existir desnivel deberá disponerse de una rampa que permita el acceso a camillas y discapacitados.		
o) Facilidades para el ascenso y descenso de pacientes transportados, en condiciones de seguridad y protección adecuadas.	El ascenso y descenso de pacientes transportados no deberá realizarse sobre vías de circulación vehicular de intensidad media y alta. Cuando así ocurra, la vereda deberá contar con posibilidades para el estacionamiento de vehículos (Una franja amarilla con reserva de espacio libre podría ser suficiente).	
p) Existen facilidades para el uso de las instalaciones por parte de discapacitados.	Todas las escaleras cuentan con rampas o sistemas alternativos, específicos para uso de los discapacitados. Hay facilidades para acceder y utilizar espacios imprescindibles a la función terapéutica de la clínica: comedor, dormitorio, sanitarios, actividades clínico terapéuticas.	
q) Debe poseer un sistema de señalización comprensible que incluya la función de cada espacio. La señalización debe informar en dónde		

se está y los caminos hacia la salida.		
--	--	--

MEDIDAS MÍNIMAS	LARGO (m)	AN-CHO (m)	ALTO (m)	TOTAL (m ³)
1 CAMA	2,5	2,0	3,0	15,0
2 CAMAS	3,0	3,0	3,0	27,0
3 CAMAS	4,3	3,0	3,0	38,7
4 CAMAS	5,8	3,0	3,0	52,2

Recomendaciones para el Mejoramiento

- Planos de agua y luz de acuerdo a existentes, los cuales deben encontrarse en el establecimiento a requerimiento del evaluador (Escala mínima 1:100) constatándose que los planos exhibidos coincidan con la disposición de las instalaciones sanitarias y eléctricas.
- Plan Director médico- arquitectónico (programa de objetivos a corto, mediano y largo plazo que se correspondan con las políticas definidas por la institución). Este plan debe estar disponible en el establecimiento a requerimiento del evaluador, por escrito, especificando claramente los propósitos y medios para alcanzarlos.
- Las medidas de cada tipo de habitación superan las mínimas.
- Todos los baños con bidé.
- Aire acondicionado en todas las habitaciones.
- Un baño cada 2 camas.
- Disponer de más de 2 m² de superficie cubierta por paciente en espacios comunes.
- Disponer de un gimnasio (habitación para actividad corporal, en la que habrá al menos comodidades para varias personas tendidas, y el equipamiento correspondiente).
- Disponer de 1 m² por paciente de espacios abiertos.
- Ningún circuito sectorial o por piso tendrá más de 20 bocas.
- Accesos diferenciados para vehículos y peatones. (Los pacientes ambulatorios acceden al edificio por una entrada diferente de la que se destina al ingreso de pacientes transportados).
- Acceso exclusivo para ambulancias, con señalización y circulación adecuadas.

2. DIRECCIÓN.

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Director Médico con real autoridad en asuntos profesionales y área de enfermería.	La dirección médica establece los criterios médicos para la admisión, tratamiento, derivación y alta de los pacientes y organiza el conjunto de los recursos terapéuticos y de personal disponibles en la institución para tales fines.	Firma del Director en diagnóstico de ingreso, libro de actividades (reuniones de familia, evaluaciones) Documento escrito en el que constan las funciones y nivel de autoridad y responsabilidad de la Dirección médica, con mención explícita de su responsabilidad en cuanto a las actividades profesionales y de enfermería, firmado por la Dirección Médica y la Empresa propietaria
b) Está presente en la institución diariamente.	Está presente en la institución en forma activa todos los días hábiles del año. Cuando el Director no está presente, está claramente determinado quién asume funciones ejecutivas y cómo es convocado o consultado ante una emergencia.	Prueba documental de delegación de funciones del Director.
c) El Director Médico tiene título de Especialista en Psiquiatría o similar.		Legajo del Director
d) El título del Director está certificado.	Cuenta con certificación Profesional del CCPM o entidad similar.	
c) Tiene experiencia no menor a 2 años en internación psiquiátrica.	Deber acreditar su concurrencia activa y participación posterior a su formación durante dos años a un servicio de internación psiquiátrica.	

Recomendaciones para el Mejoramiento

- Disponer de no menos de 20 minutos por cama y por semana de tiempo de dirección. En las clínicas de más de 100 camas se contabilizan los tiempos de los Directores asistentes
- El director posee actividad docente, o coordina la realizada en la institución.

3. RECURSOS HUMANOS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Dispone de puestos de enfermería que garanticen la presencia de un enfermero/a cada 24 camas en horario diurno y cada 30 en horario nocturno.	Verificar registros del personal de enfermería y el régimen de permisos, reemplazos y guardias.	Registros de personal, títulos y certificados.
b) Todo el personal tiene título de enfermera profesional o auxiliar de enfermería.		
c) La persona responsable del servicio tiene título de enfermero/a profesional.		
d) Existe un instructivo que describe las tareas del personal de enfermería.		Instructivo
e) Todo el personal recibe capacitación específica en el establecimiento.		Registros de reuniones de capacitación
f) Al menos el personal profesional y de enfermería tiene registrados sus títulos y certificaciones pertinentes.	Existen legajos del personal profesional y de enfermería. Éstos cuentan al menos con: <ul style="list-style-type: none"> • Título. • Currículo actualizado con certificaciones. • Designación y régimen laboral. 	Legajos de los profesionales y enfermeros/as
g) Existe un profesional médico psiquiatra responsable de la atención de cada paciente, distinto del médico de guardia.	Los profesionales responsables de la atención de pacientes deben tener título de especialista en Psiquiatría o similar, de acuerdo a la reglamentación jurisdiccional. Sus funciones son la atención y seguimiento programado de los pacientes.	Verificar que en las historias clínicas esté registrado el profesional a cargo y que sea éste quien firme las anotaciones correspondientes.
g) Se dispone como mínimo de 60 minutos por semana de profesional de planta por paciente.		Horarios de los profesionales de planta.
h) Dispone de médico de guardia las 24 horas los 365	El médico de Guardia debe demostrar experiencia míni-	Constatar que dispone de médico de guardia las 24

días del año.	ma de 2 (dos) años y orientación en Psiquiatría. Es responsabilidad de los médicos de guardia la atención de emergencias producidas en la institución o derivadas para atención en la misma.	horas diariamente. CV de los Médicos de Guardia
i) Dispone de otro personal profesional afectado al trabajo con pacientes (al menos terapeuta ocupacional, psicólogo y musicoterapeuta).		Verificar en la oficina de personal la disponibilidad de los distintos.
j) Dispone de un mínimo de 30 minutos de este personal de "actividades contextuales" por semana y por paciente.		Horarios de trabajo del personal.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Existe al menos una supervisión de enfermería por turno.*
- *Las jefaturas de Servicios o Áreas tienen injerencia en la selección y formación del personal.*
- *Cada supervisora de turno tiene título de enfermera profesional.*
- *Se dispone de programas de capacitación para personal externo (pasantías o similares).*
- *El 50% de los médicos tiene una experiencia no menor a dos años en internación psiquiátrica.*
- *Todos los médicos (incluidos los de guardia) tienen experiencia mayor a dos años en internación. Resto de los profesionales con experiencia similar. Los médicos de guardia tienen experiencia de 2 años o más en Clínica Médica*
- *Residencia organizada.*

4. ADMINISTRACIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Existe una persona responsable del Área Administrativa.	El establecimiento cuenta con por lo menos una persona responsable de la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables, los registros para la liquidación de haberes, facturación, etc.	Designación del responsable
b) Se lleva registro de producción y es posible producir estadísticas.	Debe producir estadísticas al menos sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Ingresos • Diagnósticos • Promedio de días de estada • Egresos • Tipo de egreso 	Estadísticas de los últimos 6 meses.

Recomendaciones para el Mejoramiento
<ul style="list-style-type: none"> • <i>La compra y almacenamiento de insumos está normatizada.</i> • <i>Medicamentos, descartables, alimentos, artículos de menaje, materiales varios, cuentan con control de stock e indicación de niveles críticos para desencadenar procesos de compra.</i> • <i>La administración y los servicios de mantenimiento están respectivamente, a cargo de profesionales en las áreas específicas (Lic. en Administración, Ing. en mantenimiento).</i> • <i>Los circuitos principales de gestión (facturaciones, liquidación de haberes, control de stock) se llevan a cabo mediante programas informatizados a través de un sistema central.</i>

5. INGRESO

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Está a cargo del médico de guardia		Verificar actuación del admisor a través de una muestra de historias clínicas (no menos de 20) así como del libro de guardia o equivalente. Todas deben tener más de 5 días.
b) La admisión debe incluir examen físico completo del paciente y, en su caso, la solicitud de exámenes complementarios.		Verificar existencia de exigencias a través de una muestra de historias clínicas (no menos de 20) así como del libro de guardia o equivalente.
d) Se dispone en todos los casos un plan de tratamiento desde la admisión.	Un plan de tratamiento incluye cuanto menos indicación de psicofármacos; si correspondiera, así como otros tratamientos biológicos; distintos tipos de psicoterapia con inclusión del grupo familiar o de referencia y plan de actividades contextuales.	HC
e) Existen normas activas de procedimientos internos al producirse el ingreso (comunicación a enfermería, a cocina, etc.; a comité de pacientes; etc.).		Normas de procedimiento
f) Existen instrucciones escritas para familiares o grupo de pertenencia.		

6. MONITOREO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Existe supervisión de la indicación de psicofármacos y otros tratamientos biológicos.	La supervisión es realizada por el Director Médico o profesional específico, con constancia en la H. C.	HC.
b) Existe supervisión de psicoterapias a cargo de profesionales específicos.	El registro puede ser especial o constar en la propia HC del paciente.	Registro especial o HC
c) La producción de todo deceso es motivo de un proceso exhaustivo de revisión de la actuación profesional e institucional.	Se realiza un proceso de revisión y discusión que debe constar en un acta o registro.	Revisar los egresos por defunción y el acta o registro.
d) Existen mecanismos de revisión de objetivos terapéuticos, antes del 15º día.	Debe constar en HC. mencionada como revisión de objetivos	HC.
e) El cuerpo profesional discute los casos en ateneo al menos una vez por semana.		Registros de reuniones de discusión de casos.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Ante altas contra indicación médica se realiza revisión de la actuación profesional e institucional.*
- *Existe supervisión específica para todas las actividades contextuales (Terapia Ocupacional, Expresión corporal, etc.).*
- *Todos los profesionales participan de actividades de supervisión.*
- *Existe un sistema de auditoría interna.*
- *Se establecen consensos de procedimientos terapéuticos*

7. ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Se controla la evolución del paciente en forma regular y se registra en la HC al menos tres veces por semana.		HC
b) Independientemente del modelo terapéutico, se realizan actividades terapéuticas grupales.	Se consideran actividades terapéuticas grupales: musicoterapia, terapia ocupacional, asamblea, actividades físicas, etc.	Prueba documental del desarrollo de las actividades, con datos sobre fechas de realización, concurrentes, coordinadores.
c) Existe un cronograma de actividades grupales escrito y difundido en todos los ambientes de uso común.	El cronograma abarca cada uno de los días de la semana.	Historias clínicas o registros especiales de actividades grupales. Observación directa y correlación entre el cronograma y la actividad en desarrollo.
d) Las actividades grupales figuran como indicación terapéutica en la Historia Clínica.		Historia Clínica.
e) Existe seguimiento clínico del paciente.	Se dispone de médicos clínicos –no psiquiatras- que realizan el seguimiento clínico. Debe figurar en las HC un control clínico y de cumplimiento de las indicaciones, si las hubiere.	Historia Clínica.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *La indicación de actividades para cada paciente es discutida en reunión de profesionales y revisada periódicamente.*

8. REGISTROS

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Cada paciente cuenta con historia clínica.	<p>La historia clínica debe contener como mínimo :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente. • Anamnesis y examen psiquiátrico al ingreso. • Motivo de internación. • Diagnóstico presuntivo e indicaciones al ingreso, incluyendo dieta. • Reexamen psiquiátrico con confirmación diagnóstica (7 días) • Diagnóstico cliniconosológico y situacional familiar. • Plan de tratamiento. • Datos de seguimiento, psiquiátrico y clínico. • Actuaciones legales, si las hubiera. • Firma y nombre aclarado de los profesionales actuantes. 	Verificar que todos los pacientes internados cuentan con historia clínica.
b) Existe un Registro de Novedades de Enfermería.	En este registro las/os enfermeras/os incluyen sus observaciones (novedades en la evolución de los pacientes y otros datos relevantes).	Registro de Novedades de Enfermería.
c) Existe un Registro de Novedades de Guardia.	En este registro los profesionales de Guardia incluyen las observaciones acerca de las novedades en la evolución de los pacientes y otros datos relevantes.	Registro de Novedades de Guardia.
d) Existe un Registro de Autorizaciones y Permisos de Salida.	El registro puede constar en la Historia Clínica o en un elemento <i>ad hoc</i> . Contiene las autorizaciones otorgadas a cada paciente (permisos de visita, utilización del teléfono) y los permisos de salida del establecimiento. En esta último caso, debe constar la identificación del acompañante autorizado, fechas y horas autorizadas para salida y regreso y firma	Registro de Autorizaciones y Permisos de Salida.

	del profesional responsable de la autorización.	
e) Existe registro de entradas y salidas de personas, a cargo de personal para el control de los accesos y orientación.	El personal de control de accesos y orientación registra todas las entradas y salidas al establecimiento. Este registro se efectúa durante las 24 horas todos los días del año.	Registro de entradas y salidas de personas.
f) Existe un archivo de Historias Clínicas centralizado, discriminando activos y pasivos.		

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *Existen normas escritas y difundidas en la institución respecto al llenado de la misma.*
- *El archivo de Historias Clínicas tiene doble entrada.*
- *Existe un Registro de Eventos Adversos (quejas, accidentes, fugas, etc.).*
- *Existe un registro diario de indicaciones de restricción (chaleco u otras), con procedimiento establecido para el registro , donde debe constar motivo, hora de indicación y hora de cese*
- *Existe un circuito de flujo de Historias Clínicas que permite su seguimiento.*
- *El Registro de Enfermería es transferido sistemáticamente a la Historia Clínica.*
- *Los Registros de Novedades de Enfermería y Guardia están normatizados.*

9. REINCLUSIÓN FAMILIAR

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Existen normas activas para comprometer a la familia o grupos de pertenencia en la atención.	Se entrevista a un familiar o referente en el momento de la admisión, de la pre-alta y del alta, lo cual es registrado en la historia clínica,	Tomar muestra de no menos de 10 historias correspondientes a pacientes egresados en los últimos 90 días. Constatar actuación de familiares o referentes.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- Se realiza diagnóstico, pronóstico y seguimiento socio familiar. Se suministra al equipo o institución que se hará cargo del seguimiento información amplia y esclarecedora sobre el proceso y la situación clínica y social del paciente.
- Ya sea que la institución tiene la suficiente complejidad, o que se ha insertado en una amplia red de prestadores médicos y de asistencia social, el paciente circula de uno a otro nivel de prestación sin que ello implique reiniciar con cada equipo un nuevo proceso sino, por el contrario, continuar en su mismo proceso de asistencia, constituyendo el registro unificado -cualesquiera fuere el soporte que asumiere- el testimonio objetivo de dicha integración vertical del proceso asistencial.

10. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE
a) Se realiza un registro en la HC de información sobre tratamientos previos que haya realizado el paciente		
b) Existen indicaciones precisas y registradas respecto al tipo de atención post alta.	Todo paciente que egresa debe tener prevista la continuidad de la atención.	Registro en HC.