



Instituto Técnico para la Acreditación  
de Establecimientos de Salud



# Manual de Acreditación

Para Establecimientos  
Polivalentes de Agudos  
con Internación

Argentina - 3ra edición - Enero de 2003



*Instituto Técnico para la Acreditación  
de Establecimientos de Salud*



TERCERA EDICIÓN  
Buenos Aires, enero de 2003

353.6 Manual de acreditación para establecimientos  
MAN polivalentes de agudos con internación. - 1ª. ed.–  
Buenos Aires: ITAES, 2003.  
90 p.; 30x21 cm.

ISBN 987-95575-4-9

1. Sistemas de Salud 2. Establecimientos Polivalentes  
de Agudos

© 1ª Edición 1995: ITAES

I.S.B.N. 987-95575-0-6

© 2ª Edición 2001: ITAES

I.S.B.N. 987-95575-1-4

© 3ª Edición 2003: ITAES

I.S.B.N. 987-95575-4-9

**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

Todos los derechos reservados

Queda hecho el Depósito que marca la ley 11.723

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)

Diseño de tapa: ESCORPIO Producciones Gráficas

Armado: Rosario Salinas

Impresión: Librería Gama, M. T. de Alvear 1813, Ciudad de Buenos Aires

Impresión tapas: Gráfica Laf, Loyola 1657, Ciudad de Buenos Aires

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	5
BREVE HISTORIA DE LA ACREDITACIÓN .....	9
Antecedentes internacionales .....	9
La Acreditación en la Argentina .....	9
El ITAES .....	10
DOCUMENTOS CONCEPTUALES QUE INSPIRAN EL PRESENTE MANUAL .....	11
El Hombre como Eje del Hospital .....	11
Derechos de los Pacientes .....	11
Acceso al tratamiento .....	11
Respeto y dignidad .....	12
Privacidad y Confidencialidad .....	12
Seguridad Personal .....	12
Identidad .....	12
Información .....	13
Comunicación .....	13
Consentimiento .....	13
Consultas .....	13
Denegación del tratamiento .....	13
El Impacto del Recurso Físico en la Garantía de Calidad .....	14
Principios para Formular Estándares de Acreditación .....	18
1. Conceptos Clave .....	19
2. El tipo de los estándares está claramente definido. ....	20
3. El alcance de los estándares está claramente definido .....	20
4. El contenido de los estándares es integral y está claramente estructurado. ....	21
5. Los estándares se formulan mediante un proceso bien definido. ....	22
6. Los estándares están preparados para medir su cumplimiento. ....	22
COMISIÓN DIRECTIVA .....	23
Órgano de Fiscalización .....	23
Dirección Ejecutiva .....	24
Colaboradores .....	24
INTEGRACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS .....	24
COORDINACIÓN GENERAL .....	24
COMITÉ DE CONSULTORES GENERALES: .....	24
COMITÉ DE EXPERTOS ESPECIALIZADOS: .....	24
COORDINACIÓN GENERAL .....	25
COMITÉ DE EXPERTOS ESPECIALIZADOS: .....	25
REVISORES: .....	25
MIEMBROS BENEFACTORES .....	25
MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS .....	25
MIEMBROS HONORARIOS NACIONALES .....	25
NORMAS PARA LA INTERPRETACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL PRESENTE MANUAL .....	26
1. Consideraciones metodológicas .....	26
2. Definiciones .....	28
3. Instructivo .....	29
REGLAMENTO de ACREDITACIÓN .....	31
1. Condiciones para solicitar la Acreditación .....	31

2. Procedimientos previos a la Evaluación .....	33
3. Metodología de evaluación .....	33
4. Dictámenes .....	34
5. Apelación .....	36
ESTÁNDARES .....	37
1. Continuidad de la Atención Médica .....	37
2. Derivaciones o referencia .....	38
3. Consultorios Externos .....	39
4. Urgencias .....	40
5. Cuidados Críticos .....	41
6. Neonatología .....	43
7. Área Quirúrgica .....	46
8. Anestesiología .....	47
9. Laboratorio de Análisis Clínicos .....	48
10. Radiología y Ecografía .....	51
11. Mamografía .....	54
12. Tomografía Axial Computada .....	56
13. Resonancia Nuclear Magnética .....	58
14. Medicina Transfusional .....	60
15. Medicina Nuclear .....	62
16. Terapia Radiante .....	64
17. Rehabilitación .....	66
18. Gestión de Medicamentos .....	67
19. Control de Infecciones Hospitalarias .....	68
20. Enfermería .....	69
21. Esterilización .....	71
22. Alimentación .....	72
23. Provisión de Ropa .....	73
24. Limpieza .....	74
25. Residuos Biopatogénicos .....	75
26. Confort en Internación .....	77
27. Historias Clínicas y Archivo .....	78
28. Estadísticas .....	79
29. Gobierno Hospitalario .....	80
30. Administración .....	81
31. Seguridad e Higiene Laboral .....	82
32. Seguridad General .....	83
33. Planos .....	84
34. Accesos y Circulaciones .....	85
35. Electricidad .....	86
36. Agua y Desagües .....	87
37. Servicio Social .....	88
38. Biblioteca .....	89
39. Autoevaluación .....	90



# MANUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES DE AGUDOS CON INTERNACIÓN

## INTRODUCCIÓN

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.

Hasta el presente, en nuestro país se efectuaron variados intentos y experiencias, con el fin de desarrollar un Programa de Acreditación de Establecimientos de Salud, sin que ninguno de ellos pudiera concretarse, a pesar de los esfuerzos de las organizaciones entidades y sociedades científicas que los propiciaron. ITAES es la primera entidad acreditadora que ha demostrado estabilidad institucional, solvencia técnica y probada objetividad en sus evaluaciones.

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. Conforman 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 de atención médica y el nivel de satisfacción de los usuarios.

Conviene aclarar desde ya, que en adelante las referencias a “Establecimientos de Salud”, “Asistenciales” u “Hospitales”, se refieren siempre a *centros de diagnóstico y tratamiento polivalentes de agudos, con internación, y con asistencia médica en las especialidades consideradas básicas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Pediatría, Ginecología y, eventualmente, Obstetricia*. 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 son casi cuarenta y, cada uno a su vez, contiene 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: 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 acreditante 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>.

---

<sup>1</sup> En otro Manual se incluirá a los establecimientos de atención ambulatoria.

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

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, que deben hacerse cargo de la totalidad de 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 (EE.UU.), 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 una 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 no necesariamente son médicos o profesionales técnicos en administración hospitalaria.

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 Hospitalaria 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 del hospital, ni de sus diferentes componentes. La Acreditación no sustituye —sino complementa— otros procedimientos de **fiscalización sanitaria**, en general implementados por autoridades estatales, aunque pueden 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 resolutive— 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.

## **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>6</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 Bue-

---

<sup>6</sup> Abraham Flexner: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin N° 4, 1910.

nos 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, (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.

Entre los antecedentes, debe mencionarse asimismo los aportes realizados por diferentes sociedades científicas, acerca de la calidad de los servicios en sus respectivas especialidades, que fueron considerados durante la discusión de este trabajo. En este aspecto hay que destacar las contribuciones de las sociedades de Cirugía, Terapia Intensiva, Pediatría, Infectología, Bioquímica, Hemoterapia e Inmunohematología, Anestesiología, Arquitectura e Ingeniería Hospitalarias y Radiología. Por otra parte, los trabajos de las Cámaras de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME) y de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (CEDIM), también contribuyeron sustancialmente al ordenamiento de sus respectivos sectores, y fueron tenidos en cuenta en la presente revisión.

## ***El 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.

# DOCUMENTOS CONCEPTUALES QUE INSPIRAN EL PRESENTE MANUAL

## ***El Hombre como Eje del Hospital***<sup>7</sup>

“El desarrollo de programas de Garantía de Calidad es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales. Toda institución hospitalaria, dada su misión esencial en favor del hombre, debe preocuparse por un mejoramiento permanente en tal forma que logre una integración armónica de las áreas médicas, tecnológicas, administrativas, económicas, asistenciales y si fuere el caso también, de las áreas docentes y de investigación.

Es el hombre cuyo organismo no funciona adecuadamente, es el Hombre que padece, que sufre, que se desequilibra, que se debilita en sus capacidades, en su desarrollo personal o en sus realizaciones con la sociedad, es ese hombre el que le da la razón de la existencia a la entidad de salud. Esa persona debe ser recibida, tratada, comprendida y aceptada con todo lo que es en su ser finito, pero también con su destino trascendente.

Ella posee en sí misma una riqueza insondable, valores y tesoros ocultos en su interior, que no siempre aparecen ante el ojo clínico del Profesional de la Salud, ni pueden someterse a exámenes de laboratorio ni pueden descubrir mediante los más sofisticados aparatos, llámense tomógrafos o de medicina nuclear o los que vendrán próximamente.

Un “Manual de Acreditación de Hospitales” adquiere su pleno sentido cuando al determinar los criterios para evaluar las diferentes áreas, integra el concepto de la Institución como un lugar donde se recuperan y se tratan los profundos valores humanos, donde todos los participantes activos en la recuperación de la salud son conscientes de que están tratando con “seres humanos”, cuando aceptan que ayudan a aliviar dolores, sufrimientos, desequilibrios humanos y así entregan lo mejor de sí mismos para devolver a sus pacientes la felicidad, la paz, la armonía, el equilibrio con las personas y cosas que los rodean, en una palabra, para producir alegría en sus semejantes”.

## ***Derechos de los Pacientes***<sup>8</sup>

### **Acceso al tratamiento**

A todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible o que se indique médicamente, sin considerar su raza, credo religioso, sexo, nacionalidad o procedencia del pago para el tratamiento.

---

<sup>7</sup> OPS/FLH Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe - Septiembre 1991.

<sup>8</sup> Extraído del Manual de Acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO, Chicago, 1985.

## **Respeto y dignidad**

El paciente tiene el derecho de recibir el tratamiento respetuoso en todo momento y bajo todas circunstancias, como reconocimiento de su dignidad personal.

## **Privacidad y Confidencialidad**

El paciente tiene derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

- El derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con el hospital, incluyendo visitantes o personas oficialmente relacionadas con el hospital pero no involucradas directamente en su tratamiento.
- El derecho de usar el vestido personal apropiado, así como otros objetos religiosos simbólicos, siempre que no interfieran con los procedimientos del diagnóstico o del tratamiento.
- El derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo durante ciertas partes de un examen médico, durante el tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto, así como el derecho a no permanecer desnudo durante más tiempo que el necesario, para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió desnudarse.
- El derecho a esperar que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y que no haya gente presente, que no esté directamente involucrada en su tratamiento, sin su consentimiento.
- El derecho a que su historia clínica sea leída solamente por los que están directamente involucrados en su tratamiento o de supervisar la calidad de éste, así como por otras personas solamente con su autorización previa por escrito, o la de su representante legal autorizado.
- A esperar que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo la procedencia del pago, sean tratados confidencialmente.
- El derecho a que se le dé aislamiento y la protección que se consideren necesarios para su seguridad personal.

## **Seguridad Personal**

El paciente tiene el derecho de esperar una seguridad razonable en la medida que las prácticas y las instalaciones del hospital lo permitan.

## **Identidad**

El paciente tiene el derecho a saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios, así como el derecho a saber qué médico o profesional de la salud está principalmente a cargo de su tratamiento. Esto incluye el derecho del paciente a saber si existe alguna relación profesional entre los

individuos que lo están tratando, así como la relación con otras instituciones de salud o educativas involucradas en su tratamiento. La participación de un paciente en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósitos de investigación deberá ser voluntaria.

### **Información**

El paciente tiene derecho a obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico (hasta donde se sepa), su tratamiento o cualquier pronóstico. Dicha información deberá comunicarse al paciente de manera que se pueda esperar la comprensión de éste. Cuando no se considere médicamente aconsejable dar esta información al paciente, dicha información será puesta a disposición de un individuo autorizado.

### **Comunicación**

El paciente tiene el derecho al acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas, de manera verbal y escrita. Cuando el paciente no hable, ni entienda el idioma predominante de la comunidad, deberá tener acceso a un intérprete. Esto es de particular importancia cuando dichas barreras idiomáticas representen un problema continuo.

### **Consentimiento**

El paciente tiene el derecho a participar, razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. Hasta donde es posible, esto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su condición y de todos los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo la posibilidad de cualquier riesgo de muerte o reacciones serias, de problemas relacionados con su recuperación y su posible salida satisfactoria. El paciente no deberá estar sujeto a ningún procedimiento sin su consentimiento voluntario, competente y cuerdo, y el de su representante autorizado legalmente. Cuando haya alternativas médicas significativas para su tratamiento, también se le deberá informar al paciente.

El paciente tiene el derecho a saber quién es le responsable de autorizar y llevar a cabo los procedimientos o el tratamiento.

Al paciente se le deberá mantener informado si el hospital se propone realizar o emprender experimentación humana o algún otro proyecto educativo o de investigación que afecten su salud o su tratamiento. Asimismo, el paciente tiene el derecho de rehusarse a participar en dicha actividades.

### **Consultas**

Bajo petición y a su cuenta, el paciente tiene derecho a consultar con un especialista.

### **Denegación del tratamiento**

El paciente podrá rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente, impida la prestación del tratamiento adecuado según las normas profesionales, la relación con el paciente se dará por terminada previo acuerdo.

## ***El Impacto del Recurso Físico en la Garantía de Calidad***

Coordinación: Prof. Arq. Astrid Bogedam de Debuchy

Participantes: Arq. Felipe Biquard, Arq. Bernardo Debuchy, Ing. Eduardo De Forteza, Arq. Susana del Valle, Arq. Patricia Gentile, Arq. Laura Longhi, Dis.Ind. Mario Mariño, Arq. Alberto José Marjovsky, Arq. Juan Carlos Ochoa, Ing. Elisardo Rodríguez Chatruc, Arq. Jorge Sábato, Arq. Ana María Sandoval, Arq. Silvia Szuchman, Arq. Elsa Tecilla y Arq. José Turniasky.

Calidad es el desideratum de fines del siglo XX. La Garantía de Calidad, la Gestión total de la Calidad (TQM), el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI), las Normas de las Series ISO 9000 y 10000, etc., se han convertido en elementos esenciales en el área de la Administración de las Organizaciones.

El Premio Nacional a la Calidad de la República Argentina expresa que “... el concepto de Calidad ha evolucionado significativamente durante los últimos años; de ser universalmente concebido como un valor referido a las características físicas de bienes materiales, fue ampliado su contenido, incorporando componentes que tiene que ver con percepciones y expectativas respecto de todo tipo de prestaciones. Hoy la calidad dejó de estar definida por el “prestador”, para pasar a ser definida por el “destinatario” de la prestación, el cual debe resultar plena y consistentemente satisfecho con la misma. Esto es aplicable en todos los niveles en que pueda establecerse una relación usuario-prestador, o, en un sentido general, cliente-proveedor...”.

Por otra parte reconoce que “...Junto a la evolución del concepto de calidad evolucionó también la forma de practicarla en las organizaciones dedicadas a la producción de bienes y servicios. De ser una función de control aplicada al final del proceso... fue convirtiéndose en un instrumento preventivo, aplicado a lo largo de la cadena que forman todos esos procesos...”.

Entre los principios y valores que derivan del concepto de Calidad reitera que: “...la Calidad se prevé y se diseña (:..) debe ser aplicada desde la etapa misma del diseño del bien o servicio a prestar, pasando luego por todos los procesos necesarios para concretar dicha prestación...”. Así mismo reconoce que “...La Calidad es un proceso de mejora continua: los requerimientos y expectativas de los clientes no permanecen estáticos sino que evolucionan y se modifican constantemente... una organización debe ser objeto de un mejora continua que permita satisfacer constantemente las necesidades cambiantes del mercado, a la vez que optimice la utilización de recursos y, por ende, los resultados operativos...”.

Por su parte la OPS/OMS reconoce, para los servicios de salud, que: “...para desarrollar efectivamente un programa de garantía de calidad es necesario que estén presentes las siguientes variables: calidad técnica de los profesionales; uso eficiente de los recursos; minimización de riesgos de lesiones asociadas por los servicios de salud ofrecidos y satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud...”.

En este contexto de garantía de calidad y uso eficiente de los recursos, partimos del reconocimiento del Recurso Físico como un medio: espacio-instrumento, para acceder a la salud, condicionado por el medio ambiente social y físico, a partir de

la interacción con los recursos humanos, financieros y legales. Se extiende, de esta manera, la acepción de eficiencia de los recursos, a la calidad integral de los recursos, soporte de las acciones de salud y de la calidad de los servicios.

Sin embargo se reconoce que el impacto de la calidad del Recurso Físico en la calidad de los servicios no ha sido aún taxativamente reconocido. Dicha calidad debería ser algo más que un atributo estético de la envolvente espacial de una situación técnica; no debería ser solamente algo para agregar al edificio en su etapa final de construcción, sino que debería influir en todo el proceso de planeamiento del Recurso Físico, desde su principio hasta su terminación y continuar subsecuentemente en su mantenimiento, adaptaciones y cambios.

Este proceso de planeamiento debe concebirse mediante un método científico que asegure la referida calidad del producto: un edificio que provee calidad de servicios y calidad de medio ambiente.

Con este objetivo el CIRFS ha definido un proceso de planeamiento del Recurso Físico en Salud, a través de una metodología reconocida por la OPS/OMS en la cual se identifican cinco etapas: Formulación, Programación, Proyecto, Ejecución y Operación, con una interacción entre etapas que permite profundizar, con un grado de definición creciente, el tema de análisis, mediante una dinámica que acompaña la vida del recurso físico como un continuum de planificación, implementación y control-evaluación.

Por otra parte se reconoce que el Recurso Físico en Salud, para garantizar la Calidad de Atención, debe dar respuesta a condicionantes referida a los aspectos: Espacial-Funcional, Constructivo, de Equipamiento y de Mantenimiento, partiendo de la premisa que dichas condicionantes se enfatizan y valorizan diferentemente acorde a la perspectiva del grupo de atención: la comunidad, el persona, el paciente, etc.

- En lo referente al aspecto Espacial-Funcional:
  - En la respuesta a las necesidades de la población mediante la planificación del Recurso Físico, acorde a la definición de su Rol en la red de servicios de salud, que delimite el perfil de comportamiento de los servicios y su dimensionamiento en relación a la propuesta/metás de producción y que defina un Plan Maestro o Director para cada establecimiento que contribuya al ordenamiento, desarrollo y evolución del mismo, definiendo el marco de su reformulación, remodelación y ampliación.
  - En la evaluación de la Calidad basada en la performance de los servicios, más que en la evaluación de la calidad en términos de procesos, con la concurrente conformación e interacción de los espacios y su dimensionamiento, como resultado de la calificación y cuantificación de las actividades y tareas, de las líneas de proceso, del recurso humano participante: personal, paciente y familiar y del equipamiento seleccionado.
  - En la solución efectiva físico-funcional a las barreras arquitectónicas en los accesos y las circulaciones, tanto horizontales como verticales —desarrollando

rampas, incorporando elevadores con comandos accesibles, sistemas de señalización Braille reforzando a los sistemas convencionales, etc.; y en los locales, con énfasis en aquellos donde las actividades que se desarrollan requieren seguridad, además de independencia y privacidad para los pacientes.

- En las condiciones ambientales mediante la búsqueda de espacios curativos, que concurren a la recuperación de la salud del paciente; tomando al mismo como centro del diseño arquitectónico y respondiendo al enfoque de la atención centrada en el paciente, referente usuario en conjunto con el personal del establecimiento y los diferentes visitantes/familiares.
- En la satisfacción de dicho usuario, mediante espacios confortables, humanizados, que resulten atractivos a partir de cualidades de: orientación, conexión con el medio ambiente, escala humana y significación simbólica.
- En lo referente a orientación, expresada en la facilidad del reconocimiento de la organización espacial —de los servicios y de la unidad de salud— que se inicia en la identificación clara de los accesos y se continúa en la orientación interna, en la facilidad de localizar el punto de destino dentro del edificio; no se restringe a un problema de señalización, sino que se constituye en un principio de programación y diseño, conformando un sistema de orientación.
- En lo referente a la conexión con el medio ambiente, mediante un continuum que se desarrolla gradualmente desde la comunidad hacia la privacidad del individuo, manteniendo así mismo la permanente conexión entre el interior de los espacios y el medio ambiente circundante. Principio que se apoya en la incorporación del aventamiento en todas las áreas del hospital, aún aquéllas restringidas como centro quirúrgico y cuidado intensivo, en donde la iluminación natural y las visuales al exterior se incorporan como elementos terapéuticos para el paciente y de confort para el personal.
- En lo que respecta a la escala humana, mediante una apropiada relación entre la dimensión de las formas y los espacios y la figura humana, manteniendo un adecuado balance entre la escala humana y la escala comunitaria.
- En la concepción de un sistema de seguridad que reduzca a su mínima expresión los factores de riesgo existentes en el establecimiento, mediante la identificación de los mismos, la adopción de las medidas de prevención consideradas más eficaces y el desarrollo paralelo de los procesos de respuesta ante la concreción de un accidente o siniestro. En consecuencia el establecimiento debe encarar como primordial la elaboración y puesta en marcha de un plan de seguridad, estableciendo un código de procedimiento para las áreas, los sistemas y los equipos.
- En lo referente al aspecto Constructivo: (obra civil e instalaciones):
  - En la selección adecuada de los elementos y materiales constitutivos de la obra civil, en lo concerniente a sus características físicas — resistencia, durabilidad, condiciones acústicas, facilidad de limpieza— y estéticas —color, textura, calidez— a fin de contribuir a la humanización del espacio.

- En el diseño de un sistema de iluminación que a partir de un máximo aprovechamiento de la luz natural, brinde adecuada dosificación de los niveles de luz artificial, resaltados en los planos de trabajo y favorecidos en los ambientes por la selección de una gama de colores adecuados, con tratamientos superficiales que eviten la generación de brillos y reflejos. Así mismo deben evitarse desniveles lumínicos tales como la proyección de sombras o los deslumbramientos en áreas tales como circulaciones en rampas y cajas de escaleras.
  - En el correcto diseño de las instalaciones que contemple la interacción entre los distintos subsistemas y sus redes internas de distribución, procurando coordinar las posiciones de acceso para comando y mantenimiento, haciéndolas accesibles de manera tal de lograr que el funcionamiento global de los subsistemas se regule y sea mantenido sin producir interferencias en el servicio brindado ni molestias a los usuarios.
  - En la confiabilidad de las instalaciones por la calidad, continuidad y seguridad de los suministros: por ejemplo, la renovación y acondicionamiento del aire y sus condiciones de filtrado, temperatura y humedad; los suministros eléctricos mediante la instalación de unidades de tipo UPS, o de las tierras equipotenciadas en áreas de tratamientos críticos (Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Cuidado Intensivo y Neonatología), etc..
- En lo referente al Equipamiento
    - En la concepción del mismo a partir de la consideración de la ergonomía, es decir el estudio de los requerimientos del trabajo en relación a las capacidades físicas y psicológicas de las personas así como sus limitaciones. El objetivo de la disciplina es prevenir el desarrollo de desórdenes ocupacionales y de reducir el potencial de fatiga, error o actos no seguros, a través de la evaluación y diseño de los procesos, el medio ambiente, los recursos físicos y los métodos de adiestramiento del recurso humano, para encontrar las capacidades de los usuarios específicos. Una revisión crítica desde la ergonomía del equipamiento existente y del equipamiento a diseñar permitirá alcanzar sistemas de productos que faciliten la interacción entre el equipo de salud, el producto y el paciente.
    - En la selección de equipos que respondan a los procesos que se deben realizar, que posean la complejidad tecnológica acorde al contexto en el que serán utilizados y que garanticen su funcionamiento en condiciones de uso con continuidad y seguridad, por la disponibilidad de accesorios y repuestos, así como de servicios de mantenimiento eficientes y probados.
    - En el aseguramiento de la calidad de la producción de equipos médicos a través de un esquema integral que aborde todas las etapas de ciclo de vida del producto: investigación, proyecto y desarrollo, producción y post producción, estableciendo para cada etapa, fases y tareas que den respuesta a los objetivos definidos para cada una de ellas. Por ejemplo, en la etapa de investigación los objetivos principales se deben dirigir a realizar los estudios de factibilidad tecnológica, productiva y de mercado del equipo propuesto. Se incluye la definición y descripción del equipo, a partir del conjunto de características de

calidad que dé respuesta a las exigencias de los clientes, en la consideración de características funcionales, de seguridad, sensoriales, configuración y disposición de las instalaciones, normas y regulaciones legales, condiciones de envase y embalaje y aseguramiento de la calidad. Igualmente se determina la clasificación, el grado de complejidad tecnológico-productiva y las características constructivas del equipo que se desea proyectar. Y en la etapa de post-producción el objetivo fundamental se debe dirigir a garantizar que el equipo médico fabricado satisfaga las exigencias del consumidor a partir de su calidad, fiabilidad y condiciones de seguridad, ejecutándose la recuperación de la información relacionada con su comportamiento, en las condiciones reales de adiestramiento del personal que operará los equipos y del personal del servicio técnico, así como brindando la asistencia técnica y realizando los ensayos y comprobaciones previstas.

- En lo referente al mantenimiento:

- En la consideración del mantenimiento como el conjunto de actividades que permite la operación del edificio, las instalaciones y el equipo en forma continua, confiable, de la manera más eficaz y eficiente posible, respetando las normas y manteniendo el nivel de resolución tecnológica permanentemente actualizado; mediante la implementación de una metodología de trabajo desarrollada en base a grupos interdisciplinarios apoyados por una capacitación continua.
- En el marco de la conservación de la unidad de salud, con actividades de reemplazo: renovación y recambio, reajuste y mantenimiento: predictivo, preventivo, programado y correctivo, y de buen uso de la capacidad instalada.

- Conclusiones:

Como conclusión podemos señalar que si en la década del 80 el paradigma vigente enfatizó la respuesta eficiente del Recurso Físico a la programación funcional de los servicios, la década del 90 define como paradigma la extensión de la respuesta de un medio ambiente relacionado con el hombre, concurrente con lo que señalar ale arquitecto Frank Lloyd Wright, cuando orientaba a los arquitectos en el uso del diseño para promover una actitud positiva de curación: “El paciente no debe nunca percibir la sensación de enfermedad... La salud debe ser una constante ante sus ojos”.

## ***Principios para Formular Estándares de Acreditación***<sup>9</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,*

---

<sup>9</sup> International Society for Quality in Health Care (ISQua), Agenda for Leadership in Programs of Healthcare Accreditation (ALPHA).

*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, en Budapest en 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 acreditadoras. Se sugiere que un conjunto común de principios, puede sustentar los estándares empleados por todas las entidades acreditadoras, como parte de sus propios programas de acreditación. Estos principios deben ser aplicables, sin tener en cuenta el estado evolutivo de los estándares en cada país.

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 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>10</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>11</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)

## **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, logrado 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

---

<sup>10</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>11</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.).

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>12</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 autoevaluación, 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>12</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

## COMISIÓN DIRECTIVA

Dr. González, Héctor B.	Presidente	Sanatorio Otamendi.
Dr. Durlach, Ricardo	Vicepresidente	Hospital Alemán y ACAMI *
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. Kalinov, Adolfo	Vocal Titular	CADIME *
Dr. Mariona, Fernando	Vocal Titular	San Pacific S.A.
Dr. Martínez, Eduardo	Vocal Titular	Ciudad de Mar del Plata
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. Rezzónico, Jorge	Vocal Suplente	Docthos
Dr. Stern, Alfredo	Vocal Suplente	Omint
Dr. Vítolo, Fabián	Vocal Suplente	St. Paul Compañía Argentina de Seguros

\* 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

CADIME: Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico

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
Lic. Barrientos, Jorge W.	Suplente	Fundación Favaloro

## ***Dirección Ejecutiva***

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

## ***Colaboradores***

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

## **INTEGRACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS**

A) De la Primera Edición

### ***Coordinación General***

Dr. Otero, Ricardo A.	ITAES
-----------------------	-------

### ***Comité de Consultores Generales:***

Dr. Aranguren, Edmundo C.	Fundación Favaloro
Dr. Rezzónico, Alfredo	Fundación Favaloro
Dr. Marracino, Camilo	SADAM a.c.
Dr. Juana, Carlos	COMRA
Dr. Cano, Rubén	CADIME
Dr. Bovone, Guillermo	CADIME
Cdor. Elespe, Eduardo	CASI
Lic. Casagrande, Enrique	CASI
Dr. González Brunet, Wifredo	CONFECCLISA

### ***Comité de Expertos Especializados:***

Arq. Guth, Erik	Asoc. Arg. de Arq. e Ing. Hospitalaria
Arq. Quaglia, Carlos	Asoc. Arg. de Arq. e Ing. Hospitalaria
Dr. Kohan, Abraham	Asoc. Arg. de Hemoterapia e Inmunohematología
Dr. Slepoy, Alberto	Asoc. Arg. de Hemoterapia e Inmunohematología
Dr. Del Castillo, Marcelo	Sociedad Argentina de Infectología
Dr. Colombo, Enrique	Sociedad Argentina de Pediatría
Dra. Lapacó de Trípoli, Miguela	Sociedad Argentina de Pediatría
Dr. Palizas, Fernando	Sociedad Argentina de Terapia Intensiva
Dr. Gallessio, Antonio	Sociedad Argentina de Terapia Intensiva
Dr. Grinfeld, Enrique	Fed. Arg. de Asociaciones de Anestesiología
Dr. Dacoff, Héctor	Fed. Arg. de Asociaciones de Anestesiología
Dr. Moreau, Luis	Sociedad Argentina de Radiología

Dr. Rojas, Roberto  
Dra. Roth, Berta  
Dr. Cabutti, Norberto  
Dr. Torres, Alberto  
Dr. García, Luis  
Dr. Mihura, Martín E.

Sociedad Argentina de Radiología  
Sociedad Argentina de Radiología  
Fundación Bioquímica  
Fundación Bioquímica  
Fundación Bioquímica  
Asociación Argentina de Cirugía

B) De la Edición Actual

### **Coordinación General**

Dr. Ricardo A. Otero ITAES

### **Comité de Expertos Especializados:**

Dr. Gallesio, Antonio	Sociedad Argentina de Terapia Intensiva
Lic. Mohanna, Adriana Inés	Escuela de Enfermería, Hospital Británico
Lic. Lutteral de Schiavi, Patricia	OSDE
Lic. Martínez, María del Carmen	Sanatorio Bazterrica
Dr. Del Castillo, Marcelo	Sociedad Argentina de Infectología
Dr. Alberto Slepoy	Asoc. Arg. de Hemoterapia e Inmunohematología

### **Revisores:**

Arq. Astrid Bogedam de Debuchy	Centro de Investigaciones de Recursos Físicos de Salud, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, UBA
Ing. Marcelo Rodríguez Chatruc	Escuela de Graduados de Ingeniería Integral de Unidades de Salud, Facultad de Ingeniería, UBA
Dra. María Cristina Osán	ITAES
Dr. Carlos Horacio Rizzi	ITAES

### **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. LLUIS BOHIGAS (España)  
Dr. HUMBERTO de MORAES NOVAES (Brasil)

### **Miembros Honorarios Nacionales**

Dr. CAMILO MARRACINO  
Dr. CARLOS MARTINI  
Dr. JOSÉ MARÍA PAGANINI

# NORMAS PARA LA INTERPRETACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL PRESENTE MANUAL

## 1. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS <sup>13</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>13</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 de Medicina Crítica, tanto Terapia Intensiva como Neonatología, y otros como Terapia Radiante, Medicina Nuclear, etc., dependen de manera sustantiva de la infraestructura tecnológica disponible. En este caso si bien se han contemplado algunos aspectos de calidad del proceso de atención médica, 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 hospitalaria 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 polivalentes de agudos con internación, sin perjuicio de la denominación genérica que posea (Hospital, Clínica, Sanatorio, etc.).
  - 1.6. Adoptando un enfoque sistémico, los hospitales 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).

- 1.6.1. En este contexto debe considerarse el papel específico que deben cumplir los establecimientos hospitalarios, en el sentido amplio con que han sido caracterizados más arriba;
- 1.6.2. **Atención médica continuada:** concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible, para reintegrar rápidamente el paciente a su medio;
- 1.6.3. **Atención médica integrada:** constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de capacidad resolutiva creciente;
- 1.6.4. **Atención médica integral:** dado que la pertenencia del establecimiento a una red, garantiza el acceso a todos los recursos disponibles para resolver cada caso;
- 1.6.5. **Área programática:** el establecimiento tiene una área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deberían evaluarse los resultados de sus acciones;
- 1.6.6. **Efactor de programas de salud:** el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria.

## 2. DEFINICIONES

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

Éstos son:

- 2.1. **Norma activa:** Es la que cumple con las siguientes condiciones
  - 2.1.1. Se encuentra escrita. Puede ser de difusión o consenso científico, de publicación oficial o desarrollada específicamente en el establecimiento;
  - 2.1.2. Cuenta con la aprobación de la Dirección Médica para su aplicación en el establecimiento;
  - 2.1.3. Está disponible permanentemente en el o las áreas en las que debe ser aplicada, y
  - 2.1.4. Es conocida por quienes deben aplicarla.
- 2.2. **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.
- 2.3. **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 técnica 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 del establecimiento (transfusiones, intervenciones, traslados, etc.).

### **3. INSTRUCTIVO**

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.

El Manual se compone de dos grupos de requisitos de acreditación, estándares excluyentes y no excluyentes.

- 3.1. Los estándares incluidos en el primer grupo deben ser considerados obligatorios para todo establecimiento que solicite la acreditación.
- 3.2. La aplicación de los comprendidos en el segundo grupo dependerá de la existencia o no del servicio en la institución evaluada. De existir dicho servicio, el estándar correspondiente deberá cumplimentarse obligatoriamente. El ITAES aplicará los estándares correspondientes en todos los casos en que el establecimiento evaluado disponga de dichos servicios. Estos son:

- 3 Consultorio Externo
- 5 Cuidados Críticos
- 6 Neonatología;
- 11 Mamografía
- 12 TAC
- 13 RMN
- 15 Medicina Nuclear;

- 16 Terapia Radiante;
- 17 Rehabilitación;
- 37 Servicio Social
- 38 Biblioteca.

- 3.3. Para cada interpretación de los resultados de la evaluación, aplicando el conjunto de los estándares mínimos obligatorios, deberán considerarse los siguientes criterios:
- 3.3.1. Los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles, los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al Programa de Acreditación;
  - 3.3.2. El asesoramiento de los evaluadores a las autoridades del establecimiento, deberá estar orientado hacia la manera de canalizar las inversiones 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.
  - 3.3.3. El texto en bastardilla, que bajo el título **Recomendaciones para el mejoramiento** está insertado en varios estándares, no es de cumplimiento obligatorio. Se trata de lineamientos que el ITAES considera deseables como desarrollos futuros, y se los incluye como sugerencias acerca de las próximas exigencias que se incorporarán a los estándares en el futuro, o como parámetros para la Acreditación con Mérito (ver punto 4.3. del Reglamento de Acreditación). Esto no significa que estas Recomendaciones sean las únicas sobre las que el ITAES proyecta trabajar, o se compromete específicamente a desarrollar.

# REGLAMENTO de ACREDITACIÓN<sup>14</sup>

## 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 la definición de Establecimiento Polivalente de Agudos con Internación. Se entiende por:
  - 1.1.1. 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.
  - 1.1.2. De agudos: al establecimiento dedicado a la resolución de enfermedades en plazos breves, independientemente de la naturaleza aguda o crónica del proceso patológico.
  - 1.1.3. Con internación: debe ofrecer internación como objetivo principal y no solamente como un servicio accesorio (p.ej.: camas de recuperación de cirugía ambulatoria, para observación u hospital de día para tratamientos ambulatorios). Puede o no brindar atención ambulatoria.
- 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.

---

<sup>14</sup> Adaptado del Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales de la Argentina, COMCAM, Buenos Aires, Septiembre de 1992.

- 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, camas y servicios disponibles las 24 horas, durante los 365 días del año.
  - 1.2.6. Contar con un cuerpo médico propio 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 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, en algunas horas del día.
  - 1.3.4. Presencia habitual dentro de las instalaciones del establecimiento de animales domésticos y roedores.
  - 1.3.5. Carencia de métodos sistemáticos de control de insectos, vectores y cucarachas.
  - 1.3.6. Filtraciones en cielorrasos y/o paredes, especialmente en áreas restringidas.

- 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 el punto 1.3.
- 2.3. Una vez aprobada su solicitud, el establecimiento abonará el arancel estipulado por el ITAES, según las dimensiones de su personal, el número de camas con que cuenta y el rango de su facturación anual de acuerdo a los balances.
- 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 que el Coordinador del equipo de evaluación, se reúna con los jefes de servicio, para instruirlos 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 requi-

sitos 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 recorridos 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. Dictámenes**

- 4.1. **Acreditación Plena:**

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

  - 4.1.1. Tendrá una validez de 3 (tres) años, a contar de la fecha del Certificado emitido por el ITAES.
- 4.2. **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.

  - 4.2.1. 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.
  - 4.2.2. 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.

4.2.3. 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.

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

4.3. **Acreditación con Mérito:**

Este dictamen queda reservado para los establecimientos que, además de cumplir con las exigencias básicas de los estándares, cumplan también con las “Recomendaciones para el Mejoramiento”, es decir, que superen los requisitos básicos exigidos por el Manual. El plazo de vigencia será también de 3 (tres) años.

4.4. **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.

4.5. Cuando los establecimientos incluidos en el punto 4.2, 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.

4.6. 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.

4.7. **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.**

## **5. Apelación**

- 5.1. 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.
- 5.2. 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.
- 5.3. 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.
- 5.4. 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.
- 5.5. 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.
- 5.6. 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:
  - 5.6.1. Acreditar al establecimiento.
  - 5.6.2. No acreditarlo.
- 5.7. El Dictamen Final emitido en segunda instancia por la Comisión Directiva será inapelable.
- 5.8. 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.

# ESTÁNDARES

## 1. Continuidad de la Atención Médica

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Posee una dirección médica que conduce y supervisa la atención y asume su responsabilidad.</p> <p>b) La continuidad está basada al menos en los médicos de guardia o residentes.</p> <p>c) Garantiza el la asistencia y seguimiento de los internados a través de profesionales propios o ajenos al establecimiento, y cada paciente internado reconoce a un profesional como a cargo de su atención.</p> <p>d) El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad al menos semanal.</p>	<p>a) Un profesional ejerce la conducción de la atención médica y aprueba las políticas de desarrollo en diagnóstico, tratamiento y recursos humanos.</p> <p>b) Los médicos de guardia o residentes tienen la responsabilidad del cuidado de los pacientes internados fuera del horario del personal médico encargado de la atención.</p> <p>c) Cada paciente internado cuenta con un profesional que se ocupa de su seguimiento. Este profesional puede estar o no en relación de dependencia con el establecimiento evaluado.</p> <p>d) Existen registros actualizados de las discusiones de casos.</p>	<p>a) Presentar la habilitación del responsable médico del establecimiento por autoridad competente. Ejemplos de decisiones asistenciales tomadas por el Director. Legajo del Director Médico</p> <p>b) Listado de Médicos de Guardia, aclarando qué día es responsabilidad de cada uno o listado del cuerpo de médicos residentes.</p> <p>d) Registros de reuniones clínicas.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los internados, con recorrida diaria de la sala.*
- *Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento, por el que se canalizan todas la indicaciones de los profesionales.*

## 2. Derivaciones o referencia

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Dispone de normas activas acerca de los establecimientos de mayor complejidad a los que se deben derivar los casos que exceden su capacidad resolutoria, o</p> <p>b) tiene acordados con las entidades financiadoras o prestatarias los medios y centros asistenciales para la derivación.</p> <p>c) Tiene previsto un medio de transporte con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asistencia médica,</li> <li>• equipamiento para medicina crítica,</li> <li>• incubadora de transporte.</li> </ul>	<p>a) Las normas deben precisar las instituciones a las que derivar los pacientes que requieran mayor complejidad diagnóstica y/o terapéutica, programada o de urgencia. Estarán disponibles en los lugares en que se tramitan las derivaciones y contendrán elementos referidos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como se tramita una derivación</li> <li>• Quien la puede solicitar</li> <li>• Quien la autoriza</li> <li>• Centros de referencia</li> <li>• Medio de traslado</li> <li>• Documentación que debe acompañar al paciente</li> <li>• Medios de comunicación permanente (teléfonos, fax, etc.)</li> </ul> <p>b) Cuando las derivaciones deban ser solicitadas a través de las entidades financiadoras, se dispondrá de los medios de comunicación necesarios.</p> <p>c) Los medios de transporte pueden ser propios o contratados. En este caso el establecimiento debe demostrar algún tipo de relación contractual con la empresa de traslados</p>	<p>a) Proporcionar las normas activas de derivación y/o listado de establecimientos de referencia por especialidad, para los casos de indicación de prestaciones de mayor complejidad y/o</p> <p>b) Normas activas sobre trámites de derivación a través de financiadoras.</p> <p>c) Contrato/s con la/s transportadora/s de pacientes. Registros de traslados u otra documentación probatoria de relación permanente.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Existen normas activas para atención inicial y durante el traslado de los principales síndromes agudos graves, así como discriminación de establecimientos de referencia según patologías.*
- *Existe un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas.*
- *Tiene mecanismos de derivación hacia establecimientos de menor complejidad para casos que han superado la etapa crítica.*

### 3. Consultorios Externos

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Dispone de facilidades para la atención ambulatoria de pacientes, que pueden estar o no en el mismo edificio.</p> <p>b) Cuentan con registros médicos en los que se consigna, como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fecha y motivo de consulta,</li> <li>•Estudios solicitados,</li> <li>•Datos del profesional</li> <li>•Tratamiento propuesto.</li> </ul> <p>Los registros pueden ser computarizados.</p> <p>c) Dispone de facilidades para el lavado de manos y,</p> <p>d) Por lo menos el destinado a Tocoginecología, cuenta con sanitario propio.</p> <p>e) El diseño arquitectónico asegura la privacidad de la consulta tanto desde el punto de vista auditivo como visual.</p>	<p>a) Si no forman parte de la misma estructura edilicia que el resto, el establecimiento será responsable por el cumplimiento del estándar.</p> <p>b) Existe Historia Clínica de cada paciente atendido. La HC puede ser exclusiva para consultorio o única para todo el establecimiento.</p> <p>c) Los lavabos para profesionales deben estar ubicados dentro de los consultorios o en su misma área, de modo que no sea necesario atravesar áreas públicas para alcanzarlos.</p> <p>d) El sanitario del/los consultorio/s de Tocoginecología es para uso de las pacientes y debe tener acceso desde el interior del consultorio.</p> <p>e) Desde el exterior de los consultorios no se distinguen los rasgos de las personas ni se escuchan conversaciones mantenidas en volumen normal de voz.</p>	<p>b) Presentar registros de consultas y ejemplos de Historias Clínicas de Consultorio Externo.</p>

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día, en el resto el tiempo de espera no es mayor de siete días.*
- *Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y cirugía ambulatoria.*
- *El sector cuenta con personal exclusivo de secretaría y enfermería.*
- *Los turnos están programados en base a pautas fijadas por los profesionales.*

## 4. Urgencias

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con por lo menos un médico de guardia activa durante las 24 horas.</p> <p>b) Funciona en un local de uso exclusivo y</p> <p>c) con apoyo de enfermería.</p> <p>d) Se registran las consultas con diagnóstico o motivo de consulta, fecha, hora, tratamiento y/o indicaciones y firma del profesional.</p> <p>e) Los establecimientos que no dispongan de servicios de Medicina Crítica deberán implementar, en el Servicio de Urgencias, una Unidad de Reanimación que permita la asistencia del paciente crítico hasta su traslado a una institución con la complejidad necesaria. Esta Unidad se halla a cargo de personal del Servicio de Urgencias.</p> <p>f) Cuenta al menos con equipos para oxigenoterapia y aspiración móviles e individuales en cada sector de internación general y Guardia. Alternativa: oxígeno y aspiración centrales.</p>	<p>b) El local no se utiliza en otras tareas y cuenta con los elementos necesarios para cumplir su función: camilla, lavabo, instrumental para examen, suturas, curaciones, medicamentos de urgencias.</p> <p>c) El personal de enfermería es exclusivo del área.</p> <p>d) Los registros pueden consistir en Libro de Guardia, HC o ser computarizados.</p> <p>e) La Unidad de Reanimación deberá contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osciloscopio</li> <li>• Monitor</li> <li>• Sincronizador/Desfibrilador</li> <li>• Electrocardiógrafo</li> <li>• Respirador mecánico</li> <li>• Oxígeno y aspiración</li> <li>• Carro de paro conteniendo: tubos endotraqueales, laringoscopio, bolsa con máscara para oxígeno, medicamentos y descartables.</li> </ul> <p>En los establecimientos que corresponda los profesionales están entrenados en el uso de la Unidad de Reanimación.</p> <p>f) Equipos individuales de oxígeno (tubos de O<sub>2</sub> medicinal gaseoso) y aspiración (carros móviles) o sistemas centrales.</p>	<p>a) Nómina de profesionales titulares de guardia con N° de matrícula. Programa de guardias.</p> <p>c) Listado del personal de enfermería que cumple funciones en la guardia.</p> <p>d) Registros médicos</p> <p>e) Si dispone de Unidad de Reanimación: antecedentes profesionales que avalen entrenamiento en la utilización de la misma. Equipamiento de la Unidad de Reanimación: tipo, modelo, etc.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- Cuenta con especialidades básicas en guardia pasiva: Clínica Médica, Cirugía General, Tocoginecología y Pediatría.
- Por lo menos 3 de las especialidades básicas están organizadas en guardia activa.
- Tiene al menos otras 2 más en guardia pasiva, con acceso al equipamiento correspondiente.
- Existe un sistema que permite las comunicaciones inmediatas entre los diferentes servicios y la Guardia.

## 5. Cuidados Críticos

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con una Unidad destinada a pacientes de riesgo que pueden requerir monitoreo continuo y/o realización de procedimientos especiales para la preservación de la vida.</p> <p>b) En aquellos casos que superen su capacidad resolutive deberá contar con los medios o mecanismos suficientes como para trasladarlos a Instituciones con UTI de mayor complejidad, (nivel 3 de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva).</p> <p>c) Cuenta con personal exclusivo, (médico y de enfermería), entrenado en la especialidad y disponible en forma permanente durante las 24 horas</p> <p>d) Dispone de guardia activa de Laboratorio, Radiología y Hemoterapia.</p> <p>e) La totalidad del personal de enfermería posee título o certificado de enfermero/a o auxiliar según los dos niveles que reconoce el Ejercicio de la Enfermería.</p> <p>f) Cuenta con normas activas sobre procedimientos médicos y de enfermería propios de la Unidad y su correspondiente registración.</p> <p>g) La unidad dispone de facilidades de estructura y procedimientos tales como:            Visualización directa de los pacientes.            Tipo de cama adaptado a UTI.            Almacenamiento y circulación diferenciada del material sucio y desechos.            Normas de manejo del material estéril.</p>	<p>a) Los equipos e instalaciones requeridos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo y registro electrocardiográfico continuo: 1 monitor cada 2 camas + 2 electrocardiógrafos en la Unidad.</li> <li>• Asistencia del paro cardiopulmonar, (carro de paro, laringoscopio, tubos endotraqueales, medicamentos y descartables).</li> <li>• Marcapasos cardíaco interno transitorio.</li> <li>• Diálisis peritoneal.</li> <li>• Asistencia respiratoria mecánica: 1 respirador volumétrico cada 4 camas; no menos de 2 en la Unidad.</li> <li>• Oxígeno, aire comprimido y aspiración central. Todos los artefactos instalados con este objeto son aprobados, están conectados y ventilados reglamentariamente y cuentan con elementos de control y seguridad.</li> <li>• Control del estado ácido base e ionograma efectuado por el laboratorio las 24 horas: equipo para gases en sangre e ionograma. Se registrará en la H.C.:</li> <li>• Procedimientos y observaciones de enfermería, signos vitales, balance hidro-salino y todo procedimiento realizado.</li> <li>• Evolución diaria del paciente, medidas de soporte vital y los métodos de monitoreo llevados a cabo, en particular el electrocardiográfico y de asistencia respiratoria mecánica, con registro de gases en sangre.</li> </ul>	<p>c) Certificación del responsable médico y de los técnicos y auxiliares.            Listado de profesionales médicos y de enfermería y grado de capacitación en medicina crítica.</p> <p>d) Programa de guardias de los servicios de apoyo citados, con identificación de los responsables de cada día.</p> <p>f) Normas escritas.</p>

<p>Facilidades para el lavado de manos del personal de atención al paciente.</p> <p>h) Lleva obligatoriamente los siguientes registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de ingreso/egreso.</li> <li>• Fecha de ingreso, egreso y tiempo promedio de internación de los pacientes.</li> <li>• Índice ocupacional.</li> <li>• Score de gravedad al ingreso, (APACHE o similar).</li> <li>• Derivación de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de los análisis de laboratorio.</li> </ul> <p>El paciente debe ser visualizado en forma continua por enfermería desde la estación central o periférica. La cama debe tener acceso amplio por tres de sus lados y cabecera rebatible. Deberá contar con un área específica y diferenciada para el almacenamiento y prelavado de instrumentos y normas escritas de circulación de los materiales.</p> <p>c) El responsable médico debe tener entrenamiento en Medicina Crítica y título de especialista en Terapia Intensiva o Cuidados Críticos, (otorgado por cualquiera de las instituciones oficialmente reconocidas para ello). Los médicos de guardia y el/la responsable de enfermería deben tener entrenamiento en medicina crítica.</p> <p>d) Las guardias activas de Laboratorio, Radiología y Hemoterapia estarán cubiertas al menos por técnicos en esas disciplinas.</p>	
---	---	--

**Recomendaciones para el mejoramiento:**

- Cuenta con una Unidad de Terapia Intensiva capaz de recepcionar y manejar pacientes críticos de cualquier nivel de riesgo.
- Desarrolla programas de educación continua para el personal.
- Lleva registro de Score TISS.

**APACHE: Acute Physiologic And Chronic Health Evaluation**  
**TISS: Therapeutic Intervention Score System**

## 6. Neonatología

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Constituye una unidad funcional claramente diferenciada del resto del establecimiento, capaz de resolver la patología neonatal más frecuente derivada de su maternidad, aunque puede recibir derivaciones externas. Cuenta con guardia activa de técnicos de laboratorio, radiología y hemoterapia.</p> <p>b) Cuenta con personal médico y de enfermería propio y adecuadamente entrenado y acreditado por organismos competentes, con desempeño exclusivo en el área.</p> <p>c) Dispone de normas activas de bioseguridad, de los tratamientos más frecuentes y de profilaxis antibiótica</p> <p>d) Cuenta con distintos niveles de cuidados:            UTI, (Unidad de Terapia Intensiva), sector de máxima complejidad            UCI, (Unidad de Cuidados Intermedios), sector de RN con necesidades de frecuente observación o de intervenciones especiales; estos dos sectores disponen de idénticos recursos, (lo que varía es la complejidad de los pacientes),            UCM, (Unidad de Cuidados Mínimos), sector para egresados de UTI o UCI.</p> <p>e) Puede derivar patología quirúrgica y/o cardiológica a establecimientos pediátricos generales con mayor especialización diagnóstica o terapéutica.</p> <p>f) Se encuentra emplazada en área de circulación semi-restringida, vecina o conti-</p>	<p>a) La unidad debe ocupar locales exclusivamente destinados a ese fin.  <b>Patología más frecuente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anoxia perinatal</li> <li>• Reanimación en sala de partos</li> <li>• Síndromes de dificultad respiratoria</li> <li>• Bajo peso al nacer</li> <li>• Pretérmino.</li> </ul> <p>b) El profesional a cargo debe contar con Título de Especialista en Neonatología y una experiencia mínima de 3, (tres), años en la especialidad. Cumple horario completo.            Dotación profesional:            1 de planta cada 6 camas.            1 de guardia activa cada 6 camas.            1 de guardia pasiva.            Dotación de enfermería:            1 enfermera por turno:            UTI con ARM: cada 2 camas.            UTI sin ARM y UCI: cada 4 camas.            UCM: cada 6 camas.</p> <p>e) Cuenta con normas activas para derivación de pacientes, según lo establecido en el estándar N° 2.</p> <p>f) <u>UTI</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servocuna abierta para RN de más de 1500g y cerrada para los de menos de 1500g: 1 en cada puesto.</li> <li>• TCPO2, Saturómetro, Tensiómetro oscilométrico: 1 cada 2 camas Bomba de Infusión, y Monitor, (FC, FR, y ECG): 1 por cama.</li> <li>• Respirador: 1 cada 4 camas y no menos de 2 en el Servicio.</li> <li>• Bomba de aspiración de</li> </ul>	<p>a) Listado del personal de guardia activa de Hemoterapia, Laboratorio y Radiología</p> <p>b) Título y antecedentes tanto del responsable como del resto del personal médico y auxiliar.</p> <p>c) Normas activas de bioseguridad, tratamientos y profilaxis antibióticas.</p> <p>e) Normas activas de derivación.</p> <p>f) Datos del equipamiento: tipo, marca, modelo, etc.</p> <p>h) Legajos del personal de enfermería con sus respectivos certificados de grado.</p> <p>i) Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.</p> <p>j) HC de Neonatología.</p>

<p>gua al área obstétrica o de la sala de partos o de los quirófanos, dispone de equipamiento para tratamientos de medicina crítica neonatal.</p> <p>g) Está construida y organizada bajo criterios epidemiológicos.</p> <p>h) La totalidad del personal de enfermería posee título de enfermero/a o auxiliar según las definiciones del estándar de enfermería.</p> <p>i) Permite que se mantenga el vínculo familiar madre-hijo-padre, arbitra los medios para fomentar la lactancia materna y se ciñe al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.</p> <p>j) Los procedimientos médicos y de enfermería se registran en las HC de los pacientes, que se mantienen permanentemente actualizadas.</p>	<p>vacío: 1 en el Servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O2, aire comprimido y aspiración centrales, con elementos de control y seguridad:</li> <li>• Flujímetros de O2: 2 por cama.</li> <li>• Ídem de aire comprimido: 1 cada cama.</li> <li>• Manómetro con Ambu o similar: 1.</li> <li>• Aspirador regulable: 1 en cada cama.</li> </ul> <p><u>UCI:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incubadora de circuito cerrado: 1 en cada puesto.</li> <li>• Set de luminoterapia: 1 cada 2 camas.</li> <li>• Monitor, (FC, FR, Apnea), pulso saturómetro y halo cefálico: 1 por cama.</li> </ul> <p><u>UCM:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incubadora o cuna: 1 en cada puesto.</li> <li>• Monitor de apneas: 1 en cada cama.</li> <li>• Saturómetro para pacientes con oxígeno: 1 por cama.</li> <li>• Un pediómetro en el servicio.</li> </ul> <p>g) Criterios epidemiológicos: se refieren a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la circulación,</li> <li>• superficie por puesto,</li> <li>• posibilidad de lavado de manos,</li> <li>• no reesterilización de material descartable,</li> <li>• mantenimiento de bajo stress laboral,</li> <li>• adecuado manejo de las raciones alimentarias,</li> <li>• acondicionamiento de aire,</li> <li>• control y registro permanente de infecciones,</li> <li>• normas activas de bioseguridad,</li> <li>• quirófano seguro.</li> </ul> <p>i) Fomenta el uso constante de la leche materna a través de la previsión de espacio y equipamiento para la misma.</p>	
--	--	--

	<p>j) Se registra en la HC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución diaria de cada paciente, y más frecuentemente según necesidades;</li> <li>• medidas de soporte vital y</li> <li>• métodos de monitoreo efectuados.</li> <li>• Escores de gravedad al ingreso,</li> <li>• características de la reanimación y del transporte (si fuesen necesarios);</li> <li>• Condiciones de egreso.</li> <li>• Todos los procedimientos y observaciones de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> <li>• signos vitales,</li> <li>• parámetros de ARM,</li> <li>• indicaciones cumplidas,</li> <li>• dosis, frecuencias y todo lo que pudiera ser de valor para el seguimiento.</li> </ul> </li> <li>• Diagnóstico de ingreso y egreso. En caso de discrepancia, el último es el de mayor valor.</li> <li>• En fallecimientos, la HC debe registrar lo ocurrido, detallando la evolución de las últimas 24 horas, los procedimientos de reanimación involucrados y las presuntas causas y desencadenantes del fallecimiento.</li> <li>• Consta información a los padres y su consentimiento en caso de procedimientos o estudios potencialmente peligrosos.</li> <li>• Firma del médico responsable del caso.</li> </ul>	
--	--	--

## 7. Área Quirúrgica

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con por lo menos un quirófano, equipado con</p> <p>b) espacios con mesadas para trabajos de enfermería,</p> <p>c) vestuario al ingreso, con zona de transferencia hacia el área restringida,</p> <p>d) lavamanos para cirujanos.</p> <p>e) El área quirúrgica dispone de circulación restringida exclusiva para personal del servicio. Esta área vincula los quirófanos entre sí, de modo que el personal perteneciente a ella no necesita salir para pasar de uno a otro.</p> <p>f) Existen normas activas de preparación y/o conservación de las piezas quirúrgicas y se dispone de los materiales necesarios.</p> <p>g) Se realizan protocolo quirúrgico y anestésico de todas las intervenciones quirúrgicas tienen, y éstos se incorporan a la HC de cada paciente.</p> <p>h) Existe un procedimiento normatizado para la desinfección y limpieza del quirófano entre operaciones.</p> <p>i) Cuenta con personal de enfermería responsable del área y exclusivo.</p>	<p>b) El área de trabajo de enfermería estará sectorizado en LIMPIO, (para cajas y dispositivos limpios o esterilizados), y en USADO, (para ropa, residuos, prelavado de material y todo otro elemento sucio).</p> <p>Las mesadas deben ser móviles para facilitar el aseo.</p> <p>d) El sector de lavado de manos del equipo quirúrgico cuenta con dispositivos dispensadores de jabón y antisépticos y canillas que permiten su manejo sin utilización de las manos (sistemas que permiten su manejo con codos, pies o por medios electrónicos).</p> <p>f) La norma debería contener mínimamente las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y rotulación de muestras.</li> <li>• Conservación de muestras o piezas.</li> </ul>	<p>f) y h) Normas activas.</p> <p>e) Señalización de área restringida (carteles “prohibida la entrada a ...”).</p> <p>g) Historias Clínicas para constatar presencia de protocolos quirúrgicos y anestésicos.</p> <p>i) Listados del personal de enfermería exclusivo del área.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *El área quirúrgica está coordinada por un profesional médico.*
- *Cuenta con local destinado a la recuperación anestésica, con equipamiento y personal propios.*
- *Existe un área de transferencia para camillas y pacientes.*
- *Los quirófanos están diferenciados y equipados por especialidades.*
- *Hay horas de quirófano disponibles en forma permanente para eventuales urgencias.*

## 8. Anestesiología

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Los anestesiólogos acuden a demanda de los cirujanos.</p> <p>b) Realizan evaluaciones preanestésicas.</p> <p>c) Las emergencias son cubiertas por anestesiólogos organizados al menos en guardias pasivas, cada uno de los cuales es responsable del área durante el día de la semana que le corresponda.</p>	<p>a) En el área quirúrgica o administrativa debe existir un listado de anestesiólogos con sus respectivos medios de comunicación (teléfono, radio, celular, buscapersonas, etc.).</p> <p>b) Para ejercer la especialidad de Anestesiología se requiere ser médico, egresado de curso avalado por la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesiología o residencias médicas oficiales de la especialidad y ser reconocido en su carácter de especialista por la autoridad correspondiente. También serán reconocidos aquellos que avalen 3, (tres), años de experiencia en la especialidad y actúen en lugares donde no hubieren especialistas en un radio superior a los 100 (cien) kilómetros.</p> <p>c) La evaluación preanestésica es realizada previamente a la entrada del paciente en el quirófano. Sus resultados se asientan en la HC.</p>	<p>a) Listado de profesionales con sus certificaciones y medios de comunicación.</p> <p>b) Historias clínicas para constatar presencia de evaluaciones preanestésicas</p> <p>c) Listado de profesionales de Guardia.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- Existe un servicio de Anestesiología, a cargo de un responsable que coordina las actividades del servicio, las guardias y, de existir, el Área de Recuperación Anestésica.
- Las guardias son activas, con anestesiólogos y/o médicos residentes de la especialidad.
- El servicio cumple con la Norma IRAM-FAAA AB 37208, (Diciembre de 1992), CDU 615.471:616-089.5 \*CNA6515 "Equipamiento de Anestesia en Quirófanos y Salas de Parto", y sus Normas complementarias:
- IRAM-FAAA AB 37201-Anestesiología-Vocabulario
- IRAM-FAAA AB 37202-Máquina de Anestesia
- IRAM-FAAA AB 37205-Bolsa Reservorio para Anestesia

## 9. Laboratorio de Análisis Clínicos

El laboratorio tercerizado será considerado parte del establecimiento. En tales casos deben cumplirse las condiciones siguientes:

- Existencia de una relación formal entre el responsable del laboratorio y el establecimiento asistencial. (Contrato de cualquier tipo —alquiler, locación de servicios, facturación regular, etc.—).
- En caso de no formar parte del mismo edificio, deberá estar situado próximamente al mismo. (No más de 300 m del establecimiento; no más de 3 minutos a pie).
- Constituir una unidad funcional con el establecimiento asistencial: Todas las determinaciones a pacientes internados en el establecimiento asistencial se efectúan en dicho laboratorio, por más que éste pueda procesar muestras provenientes de otros orígenes.
- Estar en disponibilidad permanente durante las 24 horas, los 365 días del año. (Fuera de los horarios habituales de trabajo, así como los días sábados, domingos y feriados deberá mantener por lo menos un técnico de guardia, activa o pasiva, según disponga o no de servicios de Cuidados Críticos o Neonatología).

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Procesa sin delegar a otro laboratorio los análisis listados a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ag. Au,</li> <li>• Amilasemia,</li> <li>• Baciloscopía directa,</li> <li>• Bacterioscopía</li> <li>• Bilirrubinemia,</li> <li>• Calcemia,</li> <li>• Colesterolemia,</li> <li>• CPK,</li> <li>• Creatininemia,</li> <li>• Eritrosedimentación,</li> <li>• Examen físicoquímico de líquidos de punción.</li> <li>• Exámenes bacteriológicos,</li> <li>• Fosfatasemia ácida,</li> <li>• Fosfatasemia alcalina,</li> <li>• Fracción prostática,</li> <li>• Glucemia,</li> <li>• GOT,</li> <li>• GPT,</li> <li>• Grupo Sanguíneo</li> <li>• Hemograma,</li> <li>• HIV,</li> <li>• Ionograma en sangre y orina,</li> <li>• KPTT,</li> <li>• LDH,</li> <li>• Machado Guerreiro,</li> <li>• Orina Completa,</li> </ul>	<p>a) Grupo Sanguíneo y Rh pueden ser efectuados por Medicina Transfusional, de disponerse de este Servicio.</p> <p>b) Las técnicas tomadas como trazadores o indicadores de las señales por "consenso científico" son las enzimáticas para glucosa y triglicéridos, y las cinemáticas por ultravioleta para CPK y LDH.</p> <p>c) El equipamiento necesario es ("equipos trazadores"):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrífuga para microhematocrito.</li> <li>• Fotómetro o espectrofotómetro en espectro ultravioleta desde 200 nm. (nanómetros).</li> <li>• Microscopio binocular con objetivos de 10,40 y 100x.</li> <li>• Cronómetro con precisión de 1/10 de segundo.</li> </ul> <p>d) Las normas activas de Bioseguridad deben contemplar como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La extracción de sangre con agujas y jeringas descartables.</li> <li>• La obtención, manipuleo y procesamiento de muestras</li> </ul>	<p>a) Listado de las prácticas que realizan sin delegar.</p> <p>b) Listado de los juegos de reactivos o kits comerciales o preparados en el laboratorio para las cuatro técnicas señaladas como trazadores. Los reactivos no deben estar vencidos.</p> <p>c) Listado de equipos trazadores.</p> <p>d) Normas activas de Bioseguridad.</p> <p>e) Listado de personal profesional y técnico que cubre las 24 hs. Para el caso de existir guardia pasiva indicar los medios de comunicación con el personal.</p> <p>f) Documentación que se entrega a los pacientes.</p> <p>g), h) Registros. de los controles de calidad.</p> <p>j) Registros de turnos.</p> <p>k) Normas activas de procedimiento.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>•Parasitológico de materia fecal,</li> <li>•Porcentaje de Protrombina,</li> <li>•Proteína C Reactiva,</li> <li>•Proteinograma,</li> <li>•Recuento de Addis,</li> <li>•Recuento de plaquetas,</li> <li>•Rh,</li> <li>•Sangre Oculta en Materia Fecal,</li> <li>•Test de Embarazo,</li> <li>•Test de Graham,</li> <li>•Tiempos de Coagulación y Sangría,</li> <li>•Trigliceridemia,</li> <li>•Uremia,</li> <li>•Uricemia,</li> <li>•V.D.R.L.</li> </ul> <p>b) Se efectúan acorde a técnicas que por consenso científico son definidas como de elección,</p> <p>c) para lo cual cuenta con el equipamiento imprescindible (“trazadores”).</p> <p>d) El servicio cumple con normas de Bioseguridad.</p> <p>e) Está en disponibilidad las 24 horas.</p> <p>f) Se entregan instrucciones impresas para la preparación de los pacientes.</p> <p>g) Realiza controles de calidad internos y</p> <p>h) participa sistemáticamente en un Programa Externo de Control de Calidad.</p> <p>i) Existen mecanismos formales, (ateneos o similares), entre los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos.</p> <p>j) Se otorgan turnos de atención ambulatoria programada dentro de los 3, (tres), días de solicitados y los informes son entregados dentro de los 2, (dos), días de efectuados, con la excepción de los estudios, (ejem-</p>	<p>y lavado de materiales con uso de guantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso de pipetas y dispensadores automáticos para muestras y reactivos.</li> <li>• La limpieza de materiales e instalaciones en base a lavandina en concentración del 5-10% recientemente preparada.</li> <li>• La esterilización del material de vidrio.</li> </ul> <p>e) El laboratorio funciona en horarios diurnos y nocturnos, sábados, domingos y feriados.</p> <p>f) Las instrucciones para los distintos análisis que requieren preparación especial, se encuentran impresos en formularios ad hoc, en los que figura denominación del laboratorio, domicilio, horarios de atención al público y medios de comunicación.</p> <p>g), h) Los controles internos (calibraciones de equipos, puesta a punto de técnicas) y externos (análisis de sueros problema) están debidamente registrados.</p>	
---	--	--

<p>plo cultivos), que por razones técnicas requieren tiempos superiores.</p> <p>k) Las normas activas de procedimiento aseguran la confiabilidad de los resultados y establecen mecanismos de control aptos para ello.</p>		
--	--	--

**Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Existe un sistema adecuado de comunicación con las áreas asistenciales que permite que los resultados lleguen en tiempo y forma.*

## 10. Radiología y Ecografía

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Brinda prestaciones de radiología simple y contrastada y de</p> <p>b) Ecografía, con</p> <p>c) equipamiento adecuado.</p> <p>d) Los profesionales a cargo, con responsabilidad sobre la realización de estudios y emisión de informes de radiología contrastada y ecografía, cuentan con entrenamiento específico en esas especialidades.</p> <p>e) Se encuentra disponible las 24 horas, los 365 días del año</p> <p>f) Posee un mínimo de dos salas de estudios radiológicos, una de las cuales cuenta con sanitario para pacientes.</p> <p>g) Se entregan instrucciones impresas para la preparación de los pacientes.</p> <p>h) Dispone de sistema de control de calidad de las imágenes.</p> <p>i) Dispone de mecanismos normatizados para la prevención y tratamiento de las reacciones adversas a los medios de contraste.</p> <p>j) Existen mecanismos formales, (ateneos o similares), entre los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos.</p> <p>k) Cuenta con reveladora automática de placas o sistemas alternativos de procesamiento automático.</p> <p>l) Existe una norma pre-egreso del paciente, que permite verificar la corrección del es-</p>	<p>c) Dispone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo radiológico fijo con por lo menos un, (1), generador con dos, (2), mesas: una de 500 mA/125 Kv, basculable, potter bucky de mesa, seriógrafo, intensificador de imágenes y TV, y otra de 200 mA/100/Kv con potter bucky de mesa y mural.</li> <li>• Equipo radiológico portátil para su uso en piso, quirófano y UTI.</li> <li>• Ecógrafo con capacidad mínima de 128 escalas de grises, con transductores de 3 a 10 MHz. Inscribe nombre del paciente y fecha del estudio en pantalla. Es capaz de modo M. Dispone de video printer con imagen dividida y regulación de contrastes. Permite la comparación de imágenes entre el monitor y el video printer.</li> <li>• Dispone de sala exclusiva para ecografías.</li> <li>• Los equipos radiológicos tienen menos de 15 (quince) años de antigüedad. Los ecográficos menos de 7 (siete) años.</li> <li>• Se efectúan y registran servicios periódicos de mantenimiento preventivo.</li> </ul> <p>d) El responsable cuenta con título de especialista en Radiología o Diagnóstico por Imágenes. El ecografista a cargo tiene título de Especialista en Ecografía o Diagnóstico por Imágenes. Ambos cuentan con Certificación (del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos o similar).</p>	<p>c) Listado de los equipos y dispositivos indicando marca, modelo y años de uso. Registros de los servicios de mantenimiento preventivo.</p> <p>d) Nombre/s del/los responsable/s médico/s, título/s de especialista/s, certificaciones y, en caso de tercerización del servicio, documentación que avale la relación con el establecimiento, (nota, acta acuerdo, contrato, facturaciones regulares).</p> <p>e) Listado del personal técnico, con sus respectivos títulos.</p> <p>g) Formularios de instrucciones para preparación de pacientes.</p> <p>h) Registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado, limpieza de pantallas intensificadoras y servicios preventivos del equipamiento</p> <p>i) Equipamiento y normas activas para tratamiento de reacciones adversas.</p> <p>j) Registro de ateneos o similares</p> <p>k) Folleto/s descriptivos de las características de la/s reveladora/s automática/s.</p> <p>l) Normas de evaluación pre-egreso de la calidad y corrección de los estudios</p> <p>m) Archivo histórico de informes radiológicos y ecográficos suscritos por los correspondientes especialistas.</p> <p>n) Registro de turnos.</p> <p>o) Inscripción como Generador de Residuos Peligrosos y contrato con empresa autorizada para el tratamiento de residuos peligrosos.</p>

<p>tudio efectuado antes que el paciente se retire.</p> <p>m) Los informes de los estudios se encuentran en un archivo histórico.</p> <p>n) El servicio cuenta con un sistema de otorgamiento de turnos para estudios programados.</p> <p>o) Se encuentra inscripto como generador de residuos peligrosos y</p> <p>q) dispone de un sistema para su tratamiento.</p>	<p>e) Cuenta con técnico/s radiólogo/s en disponibilidad durante las 24 horas, de modo de posibilitar la realización de los estudios urgentes dentro de un lapso máximo de 60 minutos.</p> <p>f) Las salas de estudio son exclusivas del servicio. El sanitario para pacientes es accesible desde dentro de la sala para estudios contrastados.</p> <p>g) Se entrega a los pacientes instrucciones impresas para estudios que requieren preparación previa. Estas deben explicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• período de ayuno previo,</li> <li>• drogas,</li> <li>• dosis y horarios de toma de antiflatulentos,</li> <li>• antisépticos intestinales,</li> <li>• sustancias de contraste, etc., y</li> <li>• contar con la denominación del servicio,</li> <li>• dirección,</li> <li>• horarios de atención al público y</li> <li>• medios de comunicación.</li> </ul> <p>h) Sistema de control de calidad de imágenes consiste en</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el registro de las fechas de cambio de líquidos de revelado,</li> <li>• limpieza de pantallas intensificadoras,</li> <li>• servicios preventivos del equipamiento y</li> <li>• normas para almacenamiento de placas y otros materiales fotosensibles.</li> </ul> <p>i) Para el tratamiento de las reacciones adversas dispone de un equipo formado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• laringoscopio,</li> <li>• cánulas traqueales,</li> <li>• soluciones electrolíticas intravenosas,</li> <li>• medicación vasoactiva,</li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• corticoesteroides,</li> <li>• antihistamínicos,</li> <li>• O2 y</li> <li>• material descartable, (jeringas, agujas, cánulas o catéteres endovenosos, guías, etc.),</li> <li>• material de curaciones esterilizado, (instrumental, guantes, gasas, antisépticos, etc.).</li> </ul> <p>j) Los ateneos o reuniones clínicas deben estar registrados en actas o minutas.</p> <p>k) La/s reveladora/s automática/s responden a las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene/n menos de 5 (cinco) años de antigüedad.</li> <li>• Su tiempo de procesado seco a seco es inferior a los 120 segundos.</li> <li>• Posee/n bombas de integración para revelador y fijador y</li> <li>• Termostato automático.</li> </ul> <p>l) El médico radiólogo o, en su defecto el técnico actuante debe constatar el resultado del estudio efectuado antes de que el paciente se retire del servicio.</p> <p>m) Cuenta con archivo histórico con los informes de los últimos cinco (5) años.</p> <p>n) Se otorgan turnos programados dentro de los 3, (tres), días de solicitados. Los informes son entregados dentro de los 2, (dos), días de efectuados.</p>	
--	--	--

<p><b>Recomendaciones para el mejoramiento:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los chasis, pantallas, películas y líquidos de revelado son de la misma marca.</li> </ul>

## 11. Mamografía

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Realiza estudios de radiología mamaria, con recursos humanos y</p> <p>b) equipamiento adecuados.</p> <p>c) Dispone de una sala de estudios exclusiva para estos estudios.</p> <p>d) Los profesionales a cargo, con responsabilidad sobre la realización de estudios y emisión de informes, cuentan con entrenamiento específico en la especialidad.</p> <p>e) Existe sistema de control de calidad de imágenes.</p> <p>f) Existen mecanismos formales, (ateneos o similares), entre los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos.</p> <p>g) Cuenta con reveladora automática de placas o sistemas alternativos de procesamiento automático.</p> <p>h) Los informes de los estudios se encuentran en un archivo histórico.</p> <p>i) El servicio cuenta con un sistema de otorgamiento de turnos para estudios programados.</p> <p>j) Se encuentra inscripto como generador de residuos peligrosos y</p> <p>k) dispone de un sistema para su tratamiento.</p>	<p>a) El médico a cargo del servicio, responsable de la realización de los estudios y emisión de informes, cuenta con título de Especialista en Mamografía o Diagnóstico por Imágenes. Los técnicos cuentan con entrenamiento específico.</p> <p>b) El equipo de diagnóstico tiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ánodo de molibdeno,</li> <li>• filtros de aluminio o molibdeno,</li> <li>• sistema de compresión con mecanismo de seguridad.</li> <li>• Posee exposímetro automático y frenos electromagnéticos.</li> </ul> <p>Se constata la existencia de chasis, pantallas y películas especiales para mamografías.</p> <p>Su antigüedad es inferior a los 10 (diez) años.</p> <p>Se efectúan servicios periódicos de mantenimiento preventivo.</p> <p>c) La sala de estudios mamográficos no debe ser compartida por otro u otros equipos de diagnóstico o tratamiento.</p> <p>e) Se entiende por sistema de control de calidad de las imágenes los registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado, limpieza de pantallas intensificadoras, servicios preventivos del equipamiento, y normas activas de almacenamiento de placas.</p> <p>f) Los ateneos o reuniones clínicas deben estar registrados en actas o minutas.</p> <p>g) Iguales consideraciones sobre la/s reveladora/s auto-</p>	<p>a) Nombre del responsable médico, título de especialista, certificaciones y, en caso de tercerización del servicio, documentación que avale la relación con el establecimiento, (nota, acta acuerdo, contrato)</p> <p>Listado del personal, títulos y antecedentes de los técnicos.</p> <p>b) Listado de los equipos y dispositivos indicando marca, modelo y años de uso.</p> <p>Folleto descriptivo de las características del equipo.</p> <p>Registros de los servicios de mantenimiento preventivo.</p> <p>e) Registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado, limpieza de pantallas intensificadoras y servicios preventivos del equipamiento</p> <p>f) Registro de ateneos o similares.</p> <p>g) Folleto/s descriptivos de las características de la/s reveladora/s automática/s.</p> <p>h) Archivo histórico de informes mamográficos suscriptos por los correspondientes especialistas.</p> <p>i) Registro de turnos.</p> <p>j) Inscripción como Generador de Residuos Peligrosos y contrato con empresa autorizada para el tratamiento de residuos peligrosos.</p>

	<p>mática/s que en el estándar 10.</p> <p>h) Cuenta con archivo histórico con los informes de los últimos cinco (5) años.</p> <p>i) Los registros de turnos se otorgan dentro de los tres, (3), días de solicitados, y los informes dentro de los dos, (2), días de efectuados.</p>	
--	---	--

<b>Recomendaciones para el mejoramiento:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Los chasis, pantallas, películas y líquidos de revelado son de la misma marca.</i></li> </ul>

## 12. Tomografía Axial Computada

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Realiza estudios de TAC, con recursos humanos y</p> <p>b) equipamiento adecuados.</p> <p>c) Dispone de una sala de estudios exclusiva.</p> <p>d) Los profesionales a cargo, con responsabilidad sobre la realización de estudios y emisión de los informes, cuentan con entrenamiento específico en esa especialidad.</p> <p>e) Se entregan instrucciones impresas para la preparación de los estudios.</p> <p>f) Existe sistema de control de calidad de imágenes.</p> <p>g) Dispone de mecanismos normatizados para la prevención y tratamiento de las reacciones adversas a los medios de contraste.</p> <p>h) Existen mecanismos formales, (ateneos o similares), entre los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos.</p> <p>i) Cuenta con reveladora automática de placas o sistemas alternativos de procesamiento automático.</p> <p>j) Los informes de los estudios se encuentran en un archivo histórico.</p> <p>k) El servicio cuenta con un sistema de otorgamiento de turnos para estudios programados.</p> <p>l) Se encuentra inscripto como generador de residuos peligrosos y</p> <p>m) dispone de un sistema para su tratamiento.</p>	<p>a), d) El médico a cargo del servicio, responsable de la realización de los estudios y emisión de informes, cuenta con capacitación mayor de tres, (3), años en la especialidad. Debe poseer título de Especialista en Radiología o Diagnóstico por Imágenes y se halla certificado (por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos o entidad similar).</p> <p>Los técnicos radiólogos tienen capacitación específica mayor de un, (1), año, y están en disponibilidad las 24 horas, de modo de asegurar la realización de los estudios urgentes dentro de las dos, (2) horas de solicitados.</p> <p>b) El equipo de diagnóstico es, como mínimo, de tercera, (3ª), generación, es decir, la unidad tubo de rayos X-detectores posee sistema de rotación conjunta de 360° o dispone de scan helicoidal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispone de Certificado de Control de Calidad otorgado por la autoridad de aplicación que corresponda.</li> <li>• Es sometido a servicios periódicos de mantenimiento preventivo.</li> <li>• El soft es de 3ª generación y cuenta con programas Quality Control.</li> </ul> <p>e) Se entregan a los pacientes instrucciones impresas para estudios que requieren preparación previa. Las instrucciones deben contener</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el período de ayuno previo,</li> <li>• drogas,</li> <li>• dosis y horarios de toma de antiflatulentos,</li> </ul>	<p>a), d) Nombre del responsable médico, título de especialista, certificaciones y, en caso de tercerización del servicio, documentación que avale la relación con el establecimiento, (nota, acta acuerdo, contrato).</p> <p>Legajos de los profesionales y técnicos del servicio, con antecedentes, títulos y certificaciones.</p> <p>b) Listado de los equipos y dispositivos indicando tipo, marca, modelo y años de uso.</p> <p>Folletos descriptivos de las características del equipo.</p> <p>Certificado de Control de Calidad otorgado por la autoridad de aplicación que corresponda.</p> <p>Registros de los servicios de mantenimiento preventivo.</p> <p>Certificado de Control de Calidad otorgado por la autoridad de aplicación que corresponda. Registros de la aplicación del programa Quality Control.</p> <p>e) Instrucciones para preparación de pacientes.</p> <p>f) Registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado y servicios preventivos del equipamiento.</p> <p>g) Equipamiento y normas activas para tratamiento de reacciones adversas.</p> <p>h) Registro de ateneos o similares</p> <p>j) Archivo histórico de informes mamográficos suscriptos por los correspondientes especialistas.</p> <p>k) Registro de turnos.</p> <p>l) Inscripción como Generador de Residuos Peligrosos y</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• antisépticos intestinales,</li> <li>• sustancias de contraste, etc., y</li> <li>• cuenta con la denominación del servicio,</li> <li>• dirección,</li> <li>• horarios de atención al público y</li> <li>• medios de comunicación.</li> </ul> <p>f) Se entiende por sistema de control de calidad de las imágenes los registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado, servicios preventivos del equipamiento, y normas activas de almacenamiento de placas.</p> <p>g) Para el tratamiento de las reacciones adversas dispone de un equipo formado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• laringoscopio,</li> <li>• cánulas traqueales</li> <li>• soluciones electrolíticas intravenosas,</li> <li>• medicación vasoactiva,</li> <li>• corticoesteroides,</li> <li>• antihistamínicos,</li> <li>• O<sub>2</sub> y</li> <li>• el correspondiente material descartable, (jeringas, agujas, cánulas o catéteres endovenosos, guías, etc.),</li> <li>• más material de curaciones esterilizado, (instrumental, guantes, gasas, antisépticos, etc.).</li> </ul> <p>h) Los ateneos o reuniones clínicas deben estar registrados en actas o minutas.</p> <p>j) Cuenta con archivo histórico con los informes de los últimos cinco (5) años.</p> <p>k) Los turnos se otorgan dentro de los tres, (3), días de solicitados, y los informes dentro de los dos, (2), días de efectuados.</p>	<p>contrato con empresa autorizada para el tratamiento de residuos peligrosos.</p>
--	---	--

### 13. Resonancia Nuclear Magnética

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Realiza estudios de RMN, con recursos humanos y</p> <p>b) equipamiento adecuados.</p> <p>c) Dispone de una sala de estudios exclusiva.</p> <p>d) Los profesionales a cargo, con responsabilidad sobre la realización de estudios y emisión de los informes, cuentan con entrenamiento específico en esa especialidad.</p> <p>e) Se entregan instrucciones impresas para la preparación de los estudios.</p> <p>f) Existe sistema de control de calidad de imágenes.</p> <p>g) Dispone de mecanismos normatizados para la prevención y tratamiento de las reacciones adversas a los medios de contraste.</p> <p>h) Existen mecanismos formales, (ateneos o similares), entre los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos.</p> <p>i) Cuenta con reveladora automática de placas o sistemas alternativos de procesamiento automático.</p> <p>j) Los informes de los estudios se encuentran en un archivo histórico.</p> <p>k) El servicio cuenta con un sistema de otorgamiento de turnos para estudios programados.</p> <p>l) Se efectúan servicios periódicos de mantenimiento preventivo.</p> <p>m) Se encuentra inscripto como generador de residuos peligrosos y</p>	<p>a), d) El médico a cargo del servicio, responsable de la realización de los estudios y emisión de informes, cuenta con capacitación mayor de tres, (3), años en la especialidad. Debe poseer título de especialista en Radiología o Diagnóstico por Imágenes. Se halla certificado (por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos o entidad similar). Los técnicos radiólogos tienen capacitación específica mayor de un, (1), año, y están en disponibilidad las 24 horas, de modo de asegurar la realización de los estudios urgentes dentro de las dos, (2) horas de solicitados.</p> <p>b) El equipo de diagnóstico, del tipo abierto o cerrado (amperconductivos o resistivos), posee</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• imán resistivo y/o permanente de 0,3 a 0.5 Tesla o</li> <li>• imán superconductor de 0,5 a 2 Tesla</li> <li>• secuencias fast spin echo y gradient echo.</li> </ul> <p>Dispone de Certificado de Control de Calidad otorgado por la autoridad de aplicación que corresponda.</p> <p>c) La sala de estudios no se utiliza para otros fines.</p> <p>e) Se entrega a los pacientes instrucciones impresas para estudios que requieren preparación previa. Las instrucciones deben contener</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el período de ayuno previo,</li> <li>• drogas, dosis y horarios de toma de</li> <li>• antiflatulentos,</li> <li>• antisépticos intestinales,</li> </ul>	<p>a), d) Nombre del responsable, título de especialista, certificaciones y , en caso de tercerización del servicio, documentación que avale la relación con el establecimiento, (nota, acta acuerdo, contrato).</p> <p>Legajos de los profesionales y técnicos del servicio, con antecedentes, títulos y certificaciones.</p> <p>b) Listado de los equipos y dispositivos indicando tipo, marca, modelo y años de uso.</p> <p>Folleto descriptivo de las características del equipo.</p> <p>Certificado de Control de Calidad otorgado por la autoridad de aplicación que corresponda.</p> <p>e) Instrucciones para preparación de pacientes.</p> <p>f) Registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado y servicios preventivos del equipamiento</p> <p>g) Equipamiento y normas activas para tratamiento de reacciones adversas.</p> <p>h) Registro de ateneos o similares</p> <p>j) Archivo histórico de informes mamográficos suscriptos por los correspondientes especialistas.</p> <p>k) Registro de turnos.</p> <p>l) Registros de los servicios de mantenimiento preventivo.</p> <p>m) Inscripción como Generador de Residuos Peligrosos y contrato con empresa autorizada para el tratamiento de residuos peligrosos.</p>

<p>n) dispone de un sistema para su tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sustancias de contraste, etc., y</li> <li>• cuentan con la denominación del servicio,</li> <li>• dirección,</li> <li>• horarios de atención al público y</li> <li>• medios de comunicación.</li> </ul> <p>f) Se entiende por sistema de control de calidad de las imágenes los registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado, servicios preventivos del equipamiento, y normas activas de almacenamiento de placas.</p> <p>g) Para el tratamiento de las reacciones adversas dispone de un equipo formado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• laringoscopio,</li> <li>• cánulas traqueales</li> <li>• soluciones electrolíticas intravenosas,</li> <li>• medicación vasoactiva,</li> <li>• corticoesteroides,</li> <li>• antihistamínicos y el</li> <li>• correspondiente material descartable, (jeringas, agujas, cánulas o catéteres endovenosos, guías, etc.),</li> <li>• más material de curaciones esterilizado, (instrumental, guantes, gasas, antisépticos, etc.).</li> </ul> <p>h) Los ateneos o reuniones clínicas deben estar registrados en actas o minutas.</p> <p>j) Cuenta con archivo histórico con los informes de los últimos cinco (5) años.</p> <p>k) Los turnos se otorgan dentro de los tres, (3), días de solicitados, y los informes dentro de los dos, (2), días de efectuados)</p>	
--	--	--

## 14. Medicina Transfusional

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Dispone de local propio dentro del establecimiento, con heladera de uso exclusivo.</p> <p>b) El personal médico y técnico cuenta con capacitación específica en la especialidad.</p> <p>c) Cuenta con guardia técnica activa las 24 horas,</p> <p>d) Es responsable de la</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•extracción,</li> <li>•agrupamiento,</li> <li>•compatibilización,</li> <li>•estudio serológico, (de acuerdo con las normas legales al respecto), y</li> <li>•transfusión de la sangre y/o sus derivados.</li> </ul> <p>e) En caso de utilizar sangre procesada en otro establecimiento, ésta debe contar con protocolo certificado por especialista que permita establecer que cumple dichas normas.</p> <p>f) Tiene normatizados sus procedimientos técnicos y administrativos.</p> <p>g) Sus registros se encuentran actualizados y permiten establecer la procedencia y destino de los productos que procesa y/o almacena y/o transfunde, así como controlar las condiciones en que fueron procesados.</p>	<p>a) Ni el local ni la heladera son utilizados por otros servicios o áreas del establecimiento.</p> <p>b) El Jefe o Responsable cuenta con título de Especialista en Hemoterapia o similar, (otorgado por cualquiera de las instituciones reconocidas para ello). En las localidades en las que no existan especialistas en Hemoterapia en un radio no menor de 100 Km. a la redonda, se aceptará como responsables del servicio a profesionales médicos que acrediten no menos de 5, (cinco), años de experiencia en la especialidad. El personal Técnico cuenta con título (otorgado por cualquiera de las instituciones reconocidas para ello).</p> <p>d) f) Las normas activas deben abarcar todas las modalidades técnicas operativas incluidas en su responsabilidad, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracción</li> <li>• Agrupamiento</li> <li>• Compatibilización</li> <li>• Estudio serológico</li> <li>• Transfusión</li> </ul> <p>Las normas administrativas se refieren a los aspectos mantenimiento y actualización del registro de dadores, así como sobre los mecanismos de citación e información a los interesados, (dadores y receptores).</p> <p>e) Las muestras procedentes de otros centros deben contar con certificación firmada por el responsable del establecimiento que efectuó la extracción, agrupamiento,</p>	<p>b) Listado de profesionales y técnicos del servicio, con certificaciones profesionales.</p> <p>c) Listados de Guardias activas, con individualización de los técnicos de cada día.</p> <p>d), f) Normas activas de procedimiento.</p> <p>g) Registro de dadores y transfusiones, registro de unidades de sangre o derivados utilizadas.</p>

	<p>compatibilización y estudio serológico originales.</p> <p>g) Debe mantener un registro pormenorizado y permanentemente actualizado de donadores, así como de los receptores o destino final de la sangre y/o derivados utilizados en el servicio.</p>	
--	--	--

***Recomendaciones para el mejoramiento:***

- *Efectúa el fraccionamiento de la sangre obtenida.*

## 15. Medicina Nuclear

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) La Unidad de Medicina Nuclear cuenta con el equipamiento y</p> <p>b) los recursos humanos necesarios para las diversas aplicaciones “in vivo” de los radioisótopos, (en forma de trazadores radiactivos) y</p> <p>c) de aquellas terapéuticas que derivan de los mismos.</p> <p>d) Realiza controles de calidad sobre el equipamiento.</p> <p>e) Se entregan instrucciones impresas para la preparación de los estudios.</p> <p>f) Existe sistema de control de calidad de imágenes.</p> <p>g) Dispone de mecanismos normatizados para la prevención y tratamiento de las reacciones adversas a los isótopos y/o sus vehículos.</p> <p>h) Existen mecanismos formales, (ateneos o similares), entre los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos.</p> <p>i) Cuenta con reveladora automática de placas o sistemas alternativos de procesamiento automático.</p> <p>j) Los informes de los estudios se encuentran en un archivo histórico.</p> <p>k) El servicio cuenta con un sistema de otorgamiento de turnos para estudios programados.</p>	<p>a) Está equipada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detector de radiación para mediciones “in vivo”.</li> <li>• Cámara gamma planar o tomográfica.</li> <li>• Monitor portátil.</li> <li>• Calibrador de actividades.</li> <li>• El centelleógrafo lineal no se considera relevante. Se considera equipo no obligatorio.</li> </ul> <p>Las salas de estudios son propias y exclusivas del servicio.</p> <p>b) Está a cargo de un profesional médico Especialista en Medicina Nuclear, autorizado para la tenencia y uso del material radiactivo. El personal cuenta con instrumentos de protección radiológica, de acuerdo con las normas de seguridad dictadas por la autoridad competente.</p> <p>c) Los controles de calidad se refieren a las calibraciones del equipamiento, que deben respetar las especificaciones técnicas de los fabricantes y/o proveedores.</p> <p>e) Se entrega a los pacientes instrucciones impresas para estudios que requieren preparación previa. Las instrucciones deben contener el período de ayuno previo, drogas, dosis y horarios de toma de los medicamentos correspondientes, y cuentan con la denominación del servicio, dirección, horarios de atención al público y medios de comunicación.</p> <p>f) Se entiende por sistema de control de calidad de las imágenes los registros de las fechas de recambio de líquidos</p>	<p>a) Datos del equipo: tipo, marca, modelo, año de fabricación, etc.</p> <p>b) Certificaciones de los profesionales a cargo, títulos de especialista y autorizaciones para el uso de materiales radiactivos. Legajos del personal..</p> <p>d) Registros de los controles de calidad del equipamiento.</p> <p>e) Instrucciones para preparación de pacientes.</p> <p>f) Registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado.</p> <p>g) Equipamiento para tratamiento de reacciones adversas.</p> <p>h) Registro de ateneos o similares</p> <p>j) Archivo histórico de informes suscriptos por los correspondientes especialistas.</p> <p>k) Registro de turnos.</p>

	<p>de revelado y normas activas de almacenamiento de placas.</p> <p>g) Para el tratamiento de las reacciones adversas dispone de un equipo formado por: laringoscopio, cánulas traqueales soluciones electrolíticas intravenosas, medicación vasoactiva, corticoesteroides, antihistamínicos, O<sub>2</sub> y el correspondiente material descartable, (jeringas, agujas, cánulas o catéteres endovenosos, guías, etc.), más material de curaciones esterilizado, (instrumental, guantes, gasas, antisépticos, etc.).</p> <p>h) Los ateneos o reuniones clínicas deben estar registrados en actas o minutas..</p> <p>j) Cuenta con archivo histórico con los informes de los últimos cinco (5) años.</p> <p>k) Los turnos se otorgan dentro de los tres, (3), días de solicitados, y los informes dentro de los dos, (2), días de efectuados.</p>	
--	---	--

<b>Recomendaciones para el mejoramiento:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Desarrolla actividades docentes y de investigación.</i></li> </ul>

## 16. Terapia Radiante

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) El servicio cuenta con los recursos humanos y</p> <p>b) de equipamiento suficientes para brindar tratamientos de acuerdo con el estado actual de la especialidad.</p> <p>c) Mantiene un sistema profesional de comunicación entre el especialista a cargo del paciente y el radioterapeuta.</p> <p>d) Cuenta con registro de inspección de equipos por la autoridad de aplicación.</p>	<p>a) El responsable del servicio cuenta con título de Especialista en Radioterapia o similar, otorgado por entidad reconocida para ello, y se halla autorizado para el uso de equipos de radioterapia. Se halla certificado (por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos o entidad similar). Cuenta con un especialista en Física de la Radioterapia, ó Técnico Físico, cuya dedicación dependerá del tipo de equipo disponible, (Bombas de CO<sup>60</sup>, part-time; Aceleradores lineales, full-time). Para el manejo diario de los tratamientos dispone de Técnicos operadores de radioterapia con una experiencia no menor a los 3, (tres), años.</p> <p>b) Equipamiento</p> <p><u>Teleterapia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bomba de CO<sup>60</sup> isocéntrica, de 80 cm de radio de giro y actividad inicial de 4500 Ci o Acelerador lineal de 4 Mev de energía de fotones en adelante.</li> <li>• Equipo de radioterapia superficial o semiprofunda con emisión de fotones de entre 80 y 300 Kev.</li> </ul> <p><u>Simulación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• equipo de radiodiagnóstico afectado a la localización de los volúmenes, o</li> <li>• equipo simulador específicamente construido a tal fin.</li> </ul> <p><u>Braquiterapia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicadores intracavitarios de retrocarga y sus res-</li> </ul>	<p>a) Títulos y certificaciones del responsable y del resto del personal.</p> <p>b) Documentación técnica del equipamiento, (tipo, modelo, características, capacidad, etc.).</p> <p>c) Registros de tratamiento de los pacientes, HC, registros especiales de comunicaciones entre radioterapeutas y profesionales asistenciales.</p> <p>d) Registros de inspecciones del equipamiento por la Autoridad competente.</p>

	<p>pectivas fuentes radiactivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de internación de pacientes y de almacenamiento de fuentes de características apropiadas a esos fines.</li> </ul> <p><u>Dosimetría:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cámaras de dosimetría aptos para realizar mediciones en los equipos disponibles.</li> <li>• Fantomas de agua y/o sólidos.</li> <li>• Sistema de dosimetría para el personal, (radioprotección).</li> <li>• Dosimetría convencional manual, (tablas de curvas de dosis).</li> </ul> <p>c) Existe registro de las comunicaciones entre el radioterapeuta y los profesionales asistenciales. La información respectiva puede estar contenida en las HC o en registros específicos para tales fines.</p>	
--	--	--

<b>Recomendaciones para el mejoramiento:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Acelerador lineal de 4 a 8 Mev, con emisión de fotones y/o electrones.</i></li> <li>• <i>Sistemas de dosimetría computarizada.</i></li> </ul>

## 17. Rehabilitación

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con un servicio especializado integrado por profesionales idóneos en Rehabilitación que trata pacientes internados y ambulatorios. La asistencia a internados es requisito imprescindible en establecimientos con servicios de medicina crítica.</p> <p>b) Dispone de instalaciones mínimas y</p> <p>c) del equipamiento necesario.</p> <p>d) Las actividades del servicio se reflejan en las Historias Clínicas.</p>	<p>a) El personal especializado está compuesto por Kinesiólogos y/o Terapeutas Físicos y efectúan por lo menos tratamientos de rehabilitación neurológica, ortopédica y respiratoria.</p> <p>El responsable del servicio tiene título de especialista en Rehabilitación y/o Fisiatría o acredita no menos de 5 (cinco) años de experiencia en la especialidad.</p> <p>b) Instalaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorios con mesas de rehabilitación y/o camillas en número suficiente para la demanda estimada.</li> <li>• Gimnasio de no menos de 30 m<sup>2</sup> de superficie.</li> <li>• Sanitarios y vestuarios para pacientes con acceso directo desde el servicio.</li> </ul> <p>c) Equipamiento: El necesario para fisioterapia y rehabilitación ortopédica y neurológica, como por ejemplo ondas cortas, ultrasonidos, baños de parafina, pesas, colchonetas, poleas, escalera, bicicleta fija, tracciones, etc.</p> <p>d) Se asienta en la HC: fecha, hora y terapéutica instituida.</p>	<p>a) Certificaciones del personal.</p> <p>c) Datos del equipamiento: tipo, modelo, año de fabricación, etc.</p> <p>d) Historias clínicas.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- Cuenta con un Servicio Rehabilitación integral, equipado para desarrollar todos o la mayor parte de los tratamientos de la especialidad, en ambulatorio y en internación.
- Existe un mecanismo de seguimiento mediato de los pacientes tratados.

## 18. Gestión de Medicamentos

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un depósito de medicamentos,</li> <li>• heladera/s para la conservación de los requieren frío</li> <li>• un área de seguridad para estupefacientes</li> </ul> <p>b) Existe personal responsable de su administración, exclusivo del área.</p> <p>c) El circuito de provisión de medicamentos se encuentra normatizado.</p> <p>d) Existe un sistema continuo de disponibilidad de medicamentos.</p> <p>e) Se controlan las fechas de vencimiento.</p> <p>f) El acceso al área está restringido a quienes se desempeñan en el mismo.</p>	<p>a), f) El depósito de medicamentos es un local con acceso restringido. Esta condición debe estar claramente exhibida en los ingresos al servicio. Sólo el máximo responsable del servicio y/o quien éste haya designado, tienen acceso al área de seguridad.</p> <p>El área de seguridad está claramente definida.</p> <p>c) El circuito debe definir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de adquisición de medicamentos</li> <li>• Cómo se solicitan desde las unidades asistenciales</li> <li>• Cómo se entregan desde el depósito</li> <li>• Horarios de solicitud y entrega</li> <li>• Responsables de cada etapa.</li> </ul> <p>d) El servicio cuenta con un listado de medicamentos imprescindibles y tiene definido sus niveles de stock</p> <p>e) Se cuenta con registros (manuales o computarizados) que permiten controlar las fechas de vencimiento</p> <p>f) Debe existir señalización clara que impida el acceso a toda persona ajena al servicio.</p>	<p>a), f) Carteles o indicadores de área de acceso restringido claramente visibles en los ingresos al servicio.</p> <p>b) Legajos del personal del servicio.</p> <p>c) Normas activas para provisión de medicamentos.</p> <p>d) Listado de medicamentos y sus niveles de stock.</p> <p>e) Registros y normas activas para control de fechas de vencimiento.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *El servicio está a cargo de un profesional farmacéutico.*
- *Cuenta con un vademécum al que se ajustan las prescripciones a los pacientes internados.*
- *Cuenta con un comité de farmacia que actualiza vademécum y normas de utilización de medicamentos y otras relacionadas.*

## 19. Control de Infecciones Hospitalarias

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con normas activas sobre precauciones para la prevención y control de las infecciones hospitalarias</p> <p>b) Cuenta por lo menos con un médico o enfermero encargado del control de infecciones, que utiliza métodos activos de vigilancia epidemiológica</p> <p>c) Se llevan registros de incidencia de infecciones hospitalarias, tanto en salas generales como en unidades de cuidados críticos y se efectúan estudios de prevalencia por lo menos una vez al año.</p> <p>d) El comité de infecciones y/o enfermería participan activamente en la elaboración y supervisión de las normas de vigilancia, tratamiento y erradicación de las infecciones hospitalarias, así como en las de limpieza y prevención.</p>	<p>a) Las normas deben contener al menos instrucciones acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lavado de manos,</li> <li>• selección, preparación y uso de antisépticos y desinfectantes,</li> <li>• higiene hospitalaria,</li> <li>• precauciones universales con sangre y fluidos corporales,</li> <li>• curación de heridas,</li> <li>• cuidado de catéteres (intravasculares, urinarios y otros)</li> <li>• manejo de secreciones respiratorias.</li> </ul> <p>b) El encargado del control de infecciones hospitalarias tiene antecedentes en la especialidad.</p> <p>c) Se debe contar con registros de por lo menos los seis (6) meses previos a la fecha de evaluación. Sus normas deben determinar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios de infección hospitalaria</li> <li>• Metodología para obtención de las tasas de infección</li> </ul> <p>d) Existe documentación que recoge la actividad de los comités de infecciones o enfermería.</p>	<p>a) Normas activas.</p> <p>b) Legajo actualizado del o los encargados del control de infecciones hospitalarias.</p> <p>c) Estadísticas de infección hospitalaria de por lo menos seis (6) meses previos a la fecha de evaluación.</p> <p>d) Normas emitidas por los comités de enfermería o infecciones, o minutas de Enfermería.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- Cuenta con un Programa de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias que se revisa y actualiza periódicamente.

## 20. Enfermería

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) El responsable de enfermería tiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• título habilitante, otorgado por alguna de las entidades reconocidas para ello, más</li> <li>• una experiencia mínima de cinco (5) años en la profesión, y</li> <li>• capacitación en administración de servicios de salud.</li> </ul> <p>b) Existe un diagrama de la estructura del área.</p> <p>c) La totalidad del personal tiene título de enfermero/a profesional o auxiliar de enfermería.</p> <p>d) Se registran en la HC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parámetros vitales (al menos una vez por turno)</li> <li>• Medicación y soluciones administradas</li> <li>• Procedimientos de enfermería</li> <li>• Admisión y observaciones sobre el estado del paciente internado, consignando fecha, hora, firma y número de matrícula del/la enfermero/a.</li> </ul> <p>e) Existen normas activas de procedimientos de enfermería en todos los offices.</p>	<p>a), c) Se entiende por</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Título habilitante:</li> </ul> <p>1) <u>Profesional</u>: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia.</p> <p>2) <u>Auxiliar</u>: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidades reconocidas para emisión de título habilitante:</li> </ul> <p>1) <u>Universidades</u> nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente</p> <p>2) <u>Centros de formación</u> de nivel terciario no universitario dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales o instituciones privadas reconocidas por autoridad competente.</p> <p>3) <u>Por países extranjeros</u>. En este caso deberá estar reva- lidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.</p> <p>b) El organigrama del área comprende la totalidad de las dependencias de enfermería, (organización horizontal) así como sus niveles de responsabilidad (organización vertical).</p> <p>d) Parámetros vitales: pulso, temperatura, respiración y tensión arterial</p>	<p>a), d) Títulos y antecedentes del personal.</p> <p>b) Organigrama estructural</p> <p>d) Historias clínicas y registros de enfermería.</p> <p>e) Normas activas de procedimientos de enfermería.</p>

	<p>Procedimientos de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• administración de fármacos,</li> <li>• control y mantenimiento de vías,</li> <li>• higiene,</li> <li>• movilización,</li> <li>• curaciones,</li> <li>• control de drenajes</li> <li>• nebulizaciones,</li> <li>• sondajes,</li> <li>• observaciones de síntomas y necesidades del paciente</li> <li>• control de excretas.</li> </ul> <p>Admisión: el registro de la fecha y hora de ingreso del paciente, su nivel de dependencia, estado general y condicionantes, (venoclisis, vendajes, sondas, etc.)</p> <p>La administración de medicaciones y soluciones se efectuará de acuerdo con orden médica escrita, completa, actualizada y firmada.</p> <p>e) Las normas activas deben contener instrucciones sobre aquellos procedimientos de enfermería más frecuentes citados previamente.</p>	
--	--	--

**Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Existe una organización de enfermería que desarrolla y participa en programas de selección, capacitación y evaluación de personal y define y normatiza procedimientos de enfermería.*
- *La totalidad del personal de conducción cuenta con experiencia mínima de cinco (5) años en el ejercicio de la profesión.*
- *Todo el personal ha recibido instrucción específica en el establecimiento dentro del primer año de su ingreso.*
- *Cuenta con un proyecto establecido para el desarrollo de la Enfermería con objetivos a desarrollar y metas a alcanzar.*

## 21. Esterilización

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución.</p> <p>b) Cuenta con autoclave y estufa de esterilización.</p> <p>c) El área está a cargo de un farmacéutico o profesional habilitado según norma jurisdiccional. El personal cuenta con capacitación específica.</p> <p>d) Existen normas activas de procedimiento.</p> <p>e) Se efectúan controles biológicos.</p>	<p>a) El local debe encontrarse en un área de circulación restringida y disponer de mesas y alacenas para la manipulación y depósito de los materiales.</p> <p>d) Las normas de procedimiento deberán definir al menos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de lavado y/o desinfección previa (aunque se trate de materiales sometidos a estos procesos en sus centros de origen, antes de ingresar al servicio)</li> <li>• Tiempos mínimos de esterilización según diferentes tipos de material</li> <li>• Normas de recepción, almacenamiento y entrega de materiales</li> </ul> <p>e) Los controles biológicos deben ser realizados en todos los ciclos de esterilización y sus resultados deben registrarse.</p>	<p>a) Señalización que limita el ingreso al personal autorizado.</p> <p>b) Características técnicas de los equipos de esterilización.</p> <p>c) Legajos del personal con certificaciones de capacitación</p> <p>d) Normas activas de procedimientos de esterilización.</p> <p>e) Registro de resultados de controles biológicos de esterilización de por lo menos seis meses anteriores a la fecha de evaluación.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *El área cuenta con tres sectores:*
  - ✓ *Recepción y lavado.*
  - ✓ *Preparación y acondicionamiento de materiales.*
  - ✓ *Esterilización y almacenamiento.*
- *Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtro de alta eficiencia.*
- *El lavado y desinfección de materiales se realiza mediante equipos automáticos.*

## 22. Alimentación

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) El establecimiento dispone de un listado de regímenes estándar para las patologías principales y menús diarios.</p> <p>b) La alimentación es considerada componente del tratamiento de los pacientes internados.</p> <p>c) La comida es satisfactoria para los internados.</p>	<p>a) El médico de las áreas de internación deberá disponer de un listado de regímenes estándares para las patologías principales y estos deberán contener detalles de la composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.</p> <p>El listado deberá incluir, por lo menos, regímenes para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• úlcera gastroduodenal,</li> <li>• diabetes,</li> <li>• patología intestinal,</li> <li>• postcolecistectomía,</li> <li>• insuficiencia renal,</li> <li>• hipertensión arterial e</li> <li>• insuficiencia cardíaca.</li> </ul> <p>b) Las indicaciones alimentarias constan en la HC de los pacientes internados.</p>	<p>a) Listado de regímenes estándar</p> <p>b) H.C. (indicaciones dietéticas alimentarias).</p> <p>c) Efectuar encuesta entre internados acerca de su opinión sobre calidad de los alimentos, su preparación y presentación.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Dispone de un dietista-nutricionista que dirige y organiza el servicio y cumple la prescripción de regímenes personalizados.*
- *Cuenta con un área para la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas.*
- *Existe un equipo de profesionales integrado por médicos y nutricionistas-dietistas, encargado de la supervisión de los pacientes nutricionalmente comprometidos y de la alimentación parenteral y enteral, administrada con nutribomba o similar.*

## 23. Provisión de Ropa

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con un responsable a cargo de la ropería.</p> <p>b) Existen normas activas sobre el proceso de cambio de ropa, embolsado y traslado.</p> <p>c) En caso de tratarse de un servicio contratado, el establecimiento evalúa el proceso de lavado.</p> <p>d) El proceso de lavado se halla normatizado.</p>	<p>a) Existe un responsable de la supervisión de los procedimientos de control de stock, manipuleo, lavado y provisión de ropa a pacientes, profesionales, auxiliares y demás personal que corresponda.</p> <p>b) Las normas de cambio de ropa deben contemplar por lo menos frecuencia diaria durante los 7 días, y/o cada vez que se manche con fluidos corporales y/o excretas.</p> <p>c) El encargado de ropería supervisa la tarea del contratista en servicios tercerizados. El convenio establece las normas de procedimiento y se entrega con cada tanda un resumen del proceso a que la ropa ha sido sometida.</p> <p>d) Las normas activas de lavado (tanto en servicios propios como tercerizados) deben contemplar por lo menos la concentración del jabón, desinfectantes y temperatura del agua.</p>	<p>a) Datos del encargado de ropería</p> <p>b), d) Normas activas.</p> <p>c) Prueba documental de la tercerización y registro de las evaluaciones realizadas sobre el servicio contratado.</p>

## 24. Limpieza

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Existen normas activas del proceso de limpieza general del establecimiento.</p> <p>b) Cuenta con un responsable de la limpieza.</p> <p>c) El personal recibe instrucción acerca de los procedimientos de limpieza.</p>	<p>a) Las normas activas deben incluir por lo menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación de las diluciones del o los productos utilizados para las limpieza</li> <li>• Instrucciones para evitar incompatibilidades entre diferentes productos (ej.: detergentes-lavandina)</li> <li>• Descripción de las técnicas de limpieza que deben aplicarse a los diferentes sectores del establecimiento.</li> <li>• Que todos los pisos sean lavados al menos una vez al día.</li> <li>• Prohibición de barrido en seco y aspiración de polvo.</li> <li>• Tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes, (hepatitis B, SIDA, salmonellosis)</li> </ul> <p>b) El responsable de la limpieza deberá desarrollar, además del control general del área, c) actividades periódicas y permanentes de entrenamiento del personal a su cargo.</p>	<p>a) Normas activas generales de limpieza</p> <p>b) Datos del responsable de la limpieza y</p> <p>c) registro de las actividades de entrenamiento de los recursos humanos.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *El comité de Infecciones y/o enfermería participan activamente en la elaboración y supervisión de las normas activas de limpieza.*

## 25. Residuos Biopatogénicos

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con normas activas sobre manipuleo, descarte y disposición final de residuos biopatogénicos, o especiales o regulados.</p> <p>b) En todos los sectores generadores de residuos biopatogénicos se dispone de cantidad suficiente de recipientes para desechos, adecuados al tipo de residuos de que se trate.</p> <p>c) Tiene asegurado el retiro diario y disposición final de los residuos biopatogénicos</p> <p>d) Se encuentra inscripto como Generador de Residuos Biopatogénicos.</p>	<p>a) Se entiende por residuos biopatogénicos, especiales o regulados a todos los desechos o elementos materiales, orgánicos o inorgánicos en estado sólido y/o semisólido que presentan cualquier característica de actividad biológica que pueda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• afectar directa o indirectamente a los seres vivos o</li> <li>• causar contaminación del agua, el suelo o la atmósfera, que</li> <li>• requieran de un tratamiento especial para su disposición (autoclavado, compactación-trituración con tratamiento químico, incineración en horno pirolítico, etc.).</li> </ul> <p>Pueden provenir de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• áreas de internación,</li> <li>• de emergencias,</li> <li>• de tratamientos quirúrgicos</li> <li>• u obstétricos y</li> <li>• traumatológicos,</li> <li>• laboratorios clínicos,</li> <li>• de investigación y</li> <li>• farmacológicos, de</li> <li>• hemoterapia o</li> <li>• consultorios odontológicos.</li> </ul> <p>También integran estos residuos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• los cuerpos de animales de experimentación y</li> <li>• sus excrementos,</li> <li>• elementos provenientes de anatomía patológica,</li> <li>• morgue,</li> <li>• autopsias,</li> <li>• farmacia, etc., incluyendo</li> <li>• los desechos alimentarios de áreas de internación de pacientes infectocontagiosos.</li> </ul>	<p>a) Normas activas para el tratamiento de los residuos patológicos, que deben respetar la legislación local vigente (por ejemplo, las normas del programa Nacional de Garantía de Calidad).</p> <p>b) Descripción del Tipo y cantidad de recipientes.</p> <p>c) Prueba documental de la relación con la empresa encargada del retiro y disposición final de los residuos biopatogénicos.</p> <p>d) Inscripción como Generador de Residuos Biopatogénicos ante la autoridad jurisdiccional.</p>

	<p>Son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residuos del laboratorio,</li> <li>• Piezas anatómicas,</li> <li>• Piezas quirúrgicas,</li> <li>• Elementos punzo-cortantes,</li> <li>• Animales de investigación,</li> <li>• Materiales descartables y desechos, (gasas, algodón, apósitos, etc.),</li> <li>• Residuos sólidos provenientes de servicios de radiología, radioterapia, bomba de cobalto y otros emisores de radiación.</li> </ul> <p>b) Los <u>residuos biopatogénicos</u> deberán contenerse en recipientes de <u>color rojo</u>. Los <b>radiactivos</b> en los de <b>color amarillo</b>.</p> <p>Se considerará suficiente cantidad cuando en los horarios cercanos al cambio de turnos del personal de enfermería o técnico, los recipientes dispongan de hasta un 25% de su capacidad libre.</p> <p>c) Los residuos son retirados del establecimiento en forma regular y periódica por una empresa específicamente habilitada para tal fin por la autoridad jurisdiccional correspondiente.</p>	
--	--	--

## 26. Confort en Internación

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Todos los ambientes cumplen los requisitos de confort, (ventilación y temperatura), adecuadas a las condiciones climáticas de la región.</p> <p>b) En áreas críticas se cuenta con sistemas que aseguran el mantenimiento permanente de la temperatura ambiente dentro de márgenes adecuados.</p>	<p>a) Los locales de internación que dan al exterior deberán permitir la ventilación natural de los mismos.</p> <p>El resto contarán con ventilación forzada por medios mecánicos, pero no se utilizarán para internación, salvo en áreas de cuidados críticos.</p> <p>En regiones donde la temperatura media invernal supere los 15° C, la calefacción será optativa.</p> <p>De no disponerse de sistema centralizado de calefacción, los sistemas individuales a gas deberán ser del tipo “aprobado” y verificada su instalación de acuerdo a las normas en vigencia. En este caso, todos los artefactos dispondrán de un sistema de eliminación de gases de combustión directa al exterior (“tiro balanceado” o similar) que asegure aislamiento entre el ambiente y la cámara de combustión, con corte de fluido en caso de falta de llama, como termocupla, célula fotoeléctrica u otro tipo de sensor.</p> <p>Se considerarán como aprobados aquellos artefactos que tengan el sello reglamentario oficial.</p> <p>No se admitirán extensiones de la red de gas por medio mangueras de goma.</p> <p>No se admitirán extensiones de caño de cobre que excedan de un metro de longitud.</p> <p>b) Se entiende por márgenes adecuados para áreas críticas, entre 18 y 22° C.</p>	<p>a) Certificado de instalaciones de calefacción/refrigeración por personal habilitado.</p> <p>Sello Oficial de Aprobación de los artefactos.</p>

## 27. Historias Clínicas y Archivo

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Posee HC de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como internadas.</p> <p>b) La HC es legible, está firmada por el médico tratante y tiene cierre, (epicrisis, resumen o diagnóstico de egreso).</p> <p>c) Existen normas activas sobre la confección de las HC.</p> <p>d) Más del 80 % de una muestra de HC de pacientes internados se halla actualizada al día anterior al de evaluación.</p> <p>e) El archivo está organizado por orden alfabético, numérico o dispone de doble entrada.</p>	<p>a) Todo paciente asistido en el establecimiento debe estar registrado y contar con HC.</p> <p>b) Las HC son aptas para transmitir a terceros profesionales la información de lo acaecido con el paciente durante su asistencia en el establecimiento evaluado.</p> <p>e) Las HC activas, estarán disponibles en los sectores de consultorios externos, de internación (las 24 horas) o en lugares ad-hoc, a efectos de que los profesionales actuantes registren sus prácticas, intervenciones y/o medicaciones contemporáneamente con la concreción de ellas.</p>	<p>a), b), d) Historias Clínicas</p> <p>c) Normas activas sobre confección de HC</p> <p>e) Locales donde se archivan los registros médicos.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Incluir el consentimiento informado de los pacientes para los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.*
- *Dispone de HC única para la internación.*
- *Se corrobora periódicamente la exactitud en el ordenamiento del archivo.*
- *Existe HC única también para la atención ambulatoria.*
- *Las HC se hallan codificadas para su utilización con fines docentes o de investigación, y ello se refleja en el archivo.*
- *El movimiento de las HC está registrado y se hace un seguimiento de ruta.*
- *Existe personal exclusivo para este fin.*
- *Hay acceso al archivo durante las 24 horas.*

## 28. Estadísticas

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Lleva registro estadístico de por lo menos: consultas, egresos, nacimientos, (partos, cesáreas), promedios de estadía, intervenciones quirúrgicas y mortalidad.</p> <p>b) Existe personal específicamente capacitado y dedicado a esta tarea, aunque no sea su función exclusiva.</p> <p>c) Los resultados son informados periódicamente a las áreas de decisión. a) El registro estadístico debe estar centralizado en un área específica, aunque no sea exclusiva;</p>	<p>b) Una o más personas deben estar específicamente dedicadas a la tarea, aunque su dedicación no sea exclusiva.</p> <p>c) Debe existir exactitud, (reflejar la realidad) y precisión (las metodologías de cálculo deben ser aplicadas siempre de la misma forma) en los datos y puntualidad en su recolección.</p> <p>Los registros deberán encontrarse tabulados, graficados y procesados a efectos de contribuir a la toma de decisiones, en publicaciones, impresos o mediante un sistema informático computarizado.</p>	<p>a) Registros estadísticos de los últimos 6 meses</p> <p>b) Datos del personal del área estadísticas, con sus certificaciones.</p> <p>c) Informes estadísticos periódicos.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Las internaciones se hallan clasificadas por patología, siguiendo una clasificación internacional, tal como ICD, 9CM, OMS u otras similares.*
- *Tiene instrumentado un sistema integrado de información que contempla la publicación periódica de los datos elaborados.*
- *La información rutinaria abarca otros aspectos de la producción, así como de los ámbitos económico financieros, administrativos y de recursos humanos.*
- *Existe un Tablero de Comando que permite disponer de la información gerencial necesaria para el seguimiento de la empresa, la planificación y la toma de decisiones.*

## 29. Gobierno Hospitalario

Comprende a las autoridades, unipersonales o colegiadas, que fijan las políticas de la institución y controlan su ejecución.

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con Director Médico responsable que conduce las actividades, quien dedica a la tarea un tiempo adecuado a la magnitud del establecimiento.</p> <p>b) Existe una estructura orgánico-funcional.</p> <p>c) Las principales decisiones son comunicadas por escrito.</p> <p>d) El Director tiene capacitación específica en administración de servicios de salud.</p>	<p>a) Se entiende por tiempo adecuado, entre cuatro y ocho horas diarias, según la magnitud del establecimiento.</p> <p>b) La estructura orgánico funcional determina los niveles de competencia y responsabilidad y es aprobada por la instancia superior de gobierno del establecimiento.</p> <p>c) Todas las decisiones que afecten la operatividad del establecimiento deben ser comunicadas por escrito al personal de ejecución y estar suscriptas por el responsable de su emisión.</p> <p>d) En el legajo del Director deben figurar antecedentes de por lo menos un curso de Administración Hospitalaria, Salud o similar de 200 horas o más.</p>	<p>a) Habilitación del Director.</p> <p>b) Estructura orgánico funcional.</p> <p>c) Ejemplos de decisiones orgánicas.</p> <p>d) Legajo del Director Médico.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *El Director Médico está asistido por uno o más Coordinadores o Subdirectores Médico y Administrativo, o cargos similares.*
- *Existen procedimientos sistemáticos de desarrollo organizacional entre los distintos sectores y servicios y el gobierno del establecimiento.*

### 30. Administración

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Existe un responsable general del área.</p> <p>b) Cuenta con legajos de todos los agentes, profesionales o no, incluyendo títulos profesionales, y otros certificados de capacitación.</p> <p>c) Existe una cuenta corriente actualizada de todas las prestatarias.</p>	<p>a) En el establecimiento se desempeña una o más personas que tienen a su cargo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La conducción y control de los procesos administrativos.</li> <li>• La adquisición, distribución y control de los recursos materiales.</li> <li>• Los registros, liquidación de haberes y control de los recursos humanos.</li> </ul> <p>b) La totalidad del personal profesional cuenta con copia de sus títulos habilitantes en su respectivo legajo.</p> <p>c) Los registros de facturación y cobro de prestaciones se hallan al día.</p>	<p>a) Datos y prueba documental de la designación del responsable administrativo. Documentación que refleje las actividades de conducción administrativa, compras y administración de los recursos humanos por parte del responsable del área.</p> <p>b) Legajos del personal, registro de títulos habilitantes de los profesionales y curricula actualizados.</p> <p>c) Registros contables.</p>

<b>Recomendaciones para el mejoramiento:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La administración general se halla diferenciada por áreas, de acuerdo a las distintas gestiones: administración general, contable, financiera, personal, etc.</i></li> <li>• <i>Cuenta con un manual de Procedimientos Administrativos.</i></li> </ul>

### 31. Seguridad e Higiene Laboral

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Existe un programa de control sanitario del personal, de acuerdo con la legislación vigente.</p> <p>b) Está prevista la atención de accidentes de trabajo.</p> <p>c) El personal dispone de duchas, vestuarios y servicios sanitarios para su uso, independientes de los destinados a pacientes y público.</p> <p>d) Se dispone de normas activas para situaciones definidas de riesgo: hepatitis B, salmonellosis, SIDA.</p>	<p>a) Cada agente tiene archivada una ficha clínica donde se registran los resultados de los controles y novedades de salud ocurridos. En caso que la legislación no lo contemple, el control sanitario debe hacerse con una periodicidad no mayor de 2 años, debiendo estar compuesto por examen clínico, radiografía de tórax y columna lumbar, Reacción de Mantoux, vacuna antitetánica y antihepatítica, hemograma, eritrosedimentación hepatograma y orina completa.</p> <p>b) Debe existir un procedimiento mediante el cual se denuncian y tratan los accidentes de trabajo.</p> <p>c) Las duchas, vestuarios y servicios sanitarios funcionarán, de acuerdo a las normativas vigentes en locales exclusivos.</p> <p>d) Las normas establecen las modalidades de detección de grupos de riesgo y las acciones que deben desarrollarse sobre los mismos. Existe un registro de estas acciones.</p>	<p>a) Ficha clínica actualizada de cada empleado.</p> <p>b) Documentos que avalen el tratamiento de accidentes de trabajo.</p> <p>d) Manual de Procedimientos para prevención de hepatitis B, salmonellosis, SIDA. Registro de las actividades.</p>

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *El personal está clasificado por grupos de riesgo, y para cada uno de ellos estén previstos los programas preventivos correspondientes.*

## 32. Seguridad General

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta con extintores de incendio manuales en cantidad, clase y distribución adecuadas, con un debido programa de recarga.</p> <p>b) Posee salidas accesibles y claramente señalizadas.</p> <p>c) Existen normas activas de evacuación escritas o gráficas claramente visibles en todos los lugares con acceso de personas.</p> <p>d) Posee sistemas de detección de incendio aprobados por autoridad competente.</p>	<p>a) Los extintores están ubicados en lugares estratégicos de fácil visualización, (ej. quiebre de circulaciones-descanso de escaleras). Su clase está acorde al riesgo de cada área:</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. Habrá un extinguidor cada 200 m<sup>2</sup> de superficie.</p> <p>b) Las salidas de emergencia estarán señalizadas de modo fácilmente visible. En las circulaciones públicas, (horizontales y verticales), habrá flechas que orienten hacia las salidas.</p> <p>c) Hay instrucciones escritas o gráficas en lugares visibles sobre procedimientos a realizar y quien los ejecutará o dónde (tipo “en caso de incendio diríjase a ...”).</p> <p>d) Los detectores de incendio se ubican en las zonas de riesgo.</p>	<p>a) Extintores y sus registros de carga y services periódicos.</p> <p>b) Señalización de salidas.</p> <p>c) Normas activas escritas o gráficas.</p>

### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *El personal está instruido y existe un responsable para afrontar eventuales emergencias, (incendio, terremoto, etc.).*
- *Posee personal de vigilancia las 24 horas.*
- *Desarrolla actividades de mantenimiento preventivo con personal idóneo.*
- *Posee dispositivo de alarma general y está integrado al programa de defensa civil.*
- *Ha realizado simulacros de incendio y otras catástrofes.*

### 33. Planos

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
a) Posee planos b) actualizados conforme a obra c) de Plantas e Instalaciones.	a) Los planos están disponibles en el establecimiento. b) Actualizados conforme a obra son aquellos que responden fielmente a la situación real del edificio al momento de la evaluación, debiendo tener incorporadas todas las refuncionalizaciones y/o ampliaciones realizadas hasta esa fecha. De haber obras en construcción, deberán incluirse los respectivos planos de plantas e instalaciones. Los planos estarán dibujados como mínimo en escala 1:100.	a) b) c) Planos actualizados del edificio.

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Cuenta con Planos de estructura.*
- *Dispone de Planos de cortes y fachadas.*
- *Posee plan director físico-funcional.*

### 34. Accesos y Circulaciones

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Posee facilidades para el ascenso y descenso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas.</p> <p>b) Posee señalización de fácil comprensión en todas las circulaciones de uso público.</p> <p>c) Existen facilidades para el desplazamiento de discapacitados en todas las áreas de circulación (rampas, pasamanos, etc.).</p> <p>d) Los ascensores deberán permitir el acceso de camillas y sillas de ruedas.</p> <p>e) Los sanitarios para público deberán estar adaptados para su uso por discapacitados.</p>	<p>a) El ascenso y descenso de pacientes transportados no deberá realizarse sobre vías de circulación vehicular de intensidad media y alta, salvo que exista, como mínimo una dársena para el ingreso y estacionamiento de vehículos. El acceso de pacientes en camilla dispondrá de una marquesina o alero de protección sobre el área de maniobra.</p> <p>b) El objetivo de la señalización es que el paciente se oriente en todo el establecimiento mediante la lectura de letreros y carteles o interpretación de gráficas, fundamentalmente para el acceso a los sectores de mayor utilización.</p> <p>c), d), e) El edificio debe carecer de barreras arquitectónicas al acceso y desplazamiento de discapacitados o disponer de elementos que las obvien.</p>	

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Tiene una caracterización físico-funcional de las circulaciones: general, técnica, semirrestringida, restringida, las que están claramente diferenciadas.*
- *Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.*
- *Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de emergencia con señalización adecuada.*
- *Cuenta con personal asignado para la orientación al público las 24 horas.*

### 35. Electricidad

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Posee sistema alternativo de iluminación en circulaciones y medios de salida.</p> <p>b) Posee sistema alternativo de energía eléctrica para las áreas críticas.</p> <p>c) Toda la instalación de tomacorrientes y partes conductoras normalmente aisladas de las instalaciones fijas, deben estar puestas a tierra en forma efectiva y adecuada.</p> <p>d) Posee protecciones específicas en las áreas de cuidados críticos para evitar shock eléctrico.</p> <p>e) Posee sistema de puesta a tierra separada para equipos de electromedicina.</p> <p>f) Todos los sistemas se encuentran en perfectas condiciones de funcionamiento.</p>	<p>a) El sistema de iluminación alternativo podrá ser de cualquier tipo, siempre y cuando su puesta en marcha sea inmediata, (dentro de los tres minutos del corte de suministro).</p> <p>b) Los establecimientos donde se desarrollen prácticas quirúrgicas, partos, tratamientos de urgencia, etc., deberán contar con un sistema alternativo de energía para las áreas donde éstas se realicen. Este criterio se extiende a cualquier otra área donde se practiquen actividades de diagnóstico y/o tratamiento con pacientes críticos. Se deberá contar con registros de mantenimiento: registros de puesta en marcha, servicios periódicos preventivos, etc.</p> <p>c), d), e) Todo el edificio deberá brindar seguridades técnicas frente al riesgo de electrocución.</p> <p>f) Realiza verificaciones periódicas y programadas de funcionamiento de los distintos sistemas.</p>	<p>a), b), f) Registro de actividades de mantenimiento preventivo.</p> <p>c), d) e) Documentación avalatoria de las puestas a tierra y demás protecciones.</p>

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Posee sistema alternativo de generación de energía con arranque y transferencia automático.*
- *Posee sistema de energía ininterrumpida disponible para el subsistema de seguridad vital y de monitoreo.*

### 36. Agua y Desagües

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Pose red interna de agua potable y sistema de eliminación de excretas.</p> <p>b) Todos los depósitos de agua disponen de tapas adecuadas.</p> <p>c) El lavado de los depósitos de agua está normatizado.</p> <p>d) Si la provisión es de agua de pozo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectúa análisis de potabilidad cada 6, (seis), meses.</li> <li>• Asegura disponibilidad de agua para un mínimo de 24 horas.</li> </ul> <p>e) Suministra agua caliente y fría en todas las instalaciones sanitarias.</p>	<p>a) No existen desagües a cielo abierto, debiendo estar intubados para aislarlos del medio ambiente. La disposición final de las aguas servidas y su canalización cumplirán estrictamente con las normas legales vigentes en la jurisdicción.</p> <p>b) Las tapas de los depósitos deberán estar construidas de tal modo que faciliten la inspección e impidan el ingreso de elementos indeseables.</p> <p>c) Las normas determinarán la limpieza periódica (mínimo una vez al año) de todos los depósitos de agua, tanques de reserva y de bombeo que existieran. Asimismo establecerá responsabilidades acerca de la tarea, medios para llevarla a cabo y registros de las acciones.</p> <p>d) El análisis bacteriológico de potabilidad se hará en base a muestras obtenidas en distintos puntos de la red de distribución interna del establecimiento.</p> <p>e) La provisión de agua caliente debe estar disponible durante las 24 horas.</p>	<p>a) Aprobación de los sistemas de agua potable y eliminación de excretas por autoridad correspondiente.</p> <p>c) Normas activas de procedimiento de limpieza de tanques y cisternas.</p> <p>d) Informes de análisis bacteriológicos del agua.</p>

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Desarrolla actividades de mantenimiento preventivo con personal técnico o profesional especializado.*

### 37. Servicio Social

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Cuenta por lo menos con un profesional de Servicio Social y</p> <p>b) un ámbito adecuado para el desarrollo de su tarea, o</p> <p>c) conoce y ejecuta los mecanismos necesarios para acceder en tiempo y forma a los servicios sociales desarrollados por terceros (el Estado o la Seguridad Social).</p> <p>d) Existen normas activas y procedimientos escritos, revisados periódicamente.</p> <p>e) Confecciona Historia Social de cada caso.</p>	<p>a) El servicio Social deberá estar a cargo de un Licenciado en Servicio Social o profesión afín reconocida en la jurisdicción.</p> <p>b) Dispone de una oficina suficiente para realizar las entrevistas sociales. El tamaño y complejidad de la misma estará acorde con la demanda del establecimiento.</p> <p>c) Los médicos y/o los responsables administrativos del movimiento de pacientes internados cuentan con instrucciones escritas acerca de los mecanismos de acceso a los servicios sociales de los financiadores.</p> <p>d) Las normas activas se refieren a confección de Historia Social, revisión de casos, y detección de grupos de riesgo.</p> <p>e) La Historia Social deberá estar archivada y disponible en lugar específico.</p>	<p>a) Datos, título/s y matrícula/s (cuando ello sea aplicable) del personal profesional del servicio.</p> <p>c) Normas activas para el acceso a los servicios sociales de las financiadoras.</p> <p>d) Normas activas de procedimiento.</p> <p>e) Historia Social y su archivo.</p>

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Desarrolla programas asistenciales y preventivos, con objetivos institucionales y de extensión comunitaria.*

### 38. Biblioteca

En caso de que, en lugar de una biblioteca en el sentido clásico, se cuente con un sistema computarizado, con acceso remoto a centros bibliográficos, bancos de datos científicos, Internet, etc., se podrá obviar el requisito del personal administrativo siempre que las terminales estén disponibles en todos los lugares con acceso a profesionales asistenciales durante no menos de doce (12) horas diarias.

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Existen publicaciones actualizadas acerca de las especialidades clínicas básicas y emergencias, en forma de tratados, manuales y revistas.</p> <p>b) Cuenta con un sistema que permite por lo menos la ubicación temática del material.</p> <p>c) Se halla a cargo de personal (aunque no sea exclusivo del área) que lleva control de ingresos y egresos.</p> <p>d) Dispone de acceso a Internet</p> <p>e) Funciona por lo menos 6 horas diarias, de lunes a viernes.</p>	<p>a) Los textos están disponibles y pueden ser consultados dentro del establecimiento.</p> <p>b) Dispone de fichero (manual o electrónico) por temas.</p> <p>c) El personal está específicamente dedicado al manejo administrativo de la biblioteca, aun cuando no sea exclusivo de ella.</p> <p>d) Cuenta con sistema computarizado, (mínimo una PC), con módem y cuenta de acceso a Internet.</p>	<p>a), b) Fichero de material bibliográfico existente.</p> <p>c) Datos del personal y horarios que cumple en Biblioteca.</p> <p>d) Equipamiento informático para acceso a Internet. Nombre de la cuenta de acceso.</p> <p>e) Horario de funcionamiento.</p>

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- Cuenta con suscripciones a revistas científicas.
- Cuenta con personal exclusivo.
- Existe un programa de incorporación de material bibliográfico.
- Existe un comité de profesionales, que elabora el programa bibliográfico anual, del cual forma parte el encargado de la biblioteca.
- El encargado tiene formación en bibliotecología.

### 39. Autoevaluación

TEXTO DEL ESTÁNDAR	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
<p>a) Existe un proceso consciente y crítico de análisis de las actividades asistenciales y</p> <p>b) un mecanismo de corrección de los errores detectados.</p>	<p>a) El establecimiento debe desarrollar al menos alguna de las actividades consideradas de autoevaluación, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ateneos.</li> <li>• Revisión y discusión de casos.</li> <li>• Revisión de temas.</li> <li>• Emisión, evaluación y revisión de normas</li> <li>• Pases de sala.</li> <li>• Círculos de calidad.</li> </ul> <p>b) Cuenta con profesionales y/o Comités de Auditoría o Garantía de Calidad</p>	<p>a) Registros de las actividades de autoevaluación.</p> <p>b) Datos de los responsables de Auditoría o Garantía de Calidad o de los integrantes de los respectivos comités.</p>

#### **Recomendaciones para el mejoramiento:**

- *Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.*
- *Cuenta con un reglamento médico que estipula normas para el ingreso de los profesionales, tipo de profesionales, obligaciones y derechos, condiciones de trabajo, etc.*