

DOCUMENTO ESTRATÉGICO

Procedimiento:	POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN									
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	0	

Objetivo																									
<p>En el año 2016 se realizó la revisión del Procedimiento de acreditación (POE_proacred_AT001) que incluía los lineamientos de políticas y se dividió dicho documento para crear por un lado este documento que incluye las políticas de acreditación y por otro lado una actualización del procedimiento de acreditación debido a que ese procedimiento se ha modificado. Es por ellos que el documento POE_proacred_AT001 deja de estar vigente desde el momento de vigencia del presente DE y POE_proacred_AT004</p> <p>El objetivo de este DE es especificar la políticas relacionadas con el proceso de acreditación que deben ser tenidos en cuenta por todos los integrantes del ITAES, los lineamiento que deben cumplir todos los que participan en este proceso. Ya sean internos o externos al ITAES</p>	<p>Fecha de vigencia 01/01/2017</p> <p>Fecha de vencimiento 31/12/2019</p> <p>Áreas Involucradas:</p> <table border="1"> <tr><td>Administración</td><td>x</td></tr> <tr><td>Área técnica</td><td>x</td></tr> <tr><td>Comisión Directiva</td><td>x</td></tr> <tr><td>Comunicación</td><td>x</td></tr> <tr><td>Contable</td><td>x</td></tr> <tr><td>Dirección técnica</td><td>x</td></tr> <tr><td>Evaluadores</td><td>x</td></tr> <tr><td>Dirección General</td><td>x</td></tr> <tr><td>Legales</td><td>x</td></tr> <tr><td>Gerencia</td><td>x</td></tr> <tr><td>Sistemas</td><td>x</td></tr> <tr><td>Todos</td><td>x</td></tr> </table>	Administración	x	Área técnica	x	Comisión Directiva	x	Comunicación	x	Contable	x	Dirección técnica	x	Evaluadores	x	Dirección General	x	Legales	x	Gerencia	x	Sistemas	x	Todos	x
Administración	x																								
Área técnica	x																								
Comisión Directiva	x																								
Comunicación	x																								
Contable	x																								
Dirección técnica	x																								
Evaluadores	x																								
Dirección General	x																								
Legales	x																								
Gerencia	x																								
Sistemas	x																								
Todos	x																								
Alcance																									
<p>Todas y todos los involucrados en el proceso de acreditación (externos e internos) deben tomar conocimiento y cumplir con lo expresado en el presente documento pues se considera la actividad sustantiva de la organización.</p> <p>Todo lo mencionado incluido surge de los lineamientos, normativas, procedimientos y actividades que realiza el ITAES desde su fundación y que se encuentran profusa y taxativamente expresados en los documentos relacionados al proceso de acreditación y en la evidencia de su accionar.</p>																									
Responsabilidades																									
<p>Es responsabilidad de todos los integrantes del ITAES velar por el cumplimiento de lo referido en el presente. El órgano de Gobierno debe instrumentar los mecanismos necesarios para que no surjan impedimentos y asegurar que todo lo enunciado se encuentre alineado con la Misión, Visión y Valores. Los aspectos técnicos, normativos y operativos para su cumplimiento son responsabilidad de la Dirección General y la Dirección Técnica, debiéndose asegurar que en los diversos manuales o guías relacionados con el proceso de acreditación se incluyan los lineamientos definidos en el presente y que los mismos sean conocidos por los terceros que solicitan o participan de un proceso de acreditación.</p> <p>La Dirección General y la Gerencia son los responsables de asegurar que este documento sea conocido por todos los integrantes del ITAES y los aspectos operativos de la organización para que no surjan impedimentos que afecten su cumplimiento.</p> <p>La CD debe velar por el cumplimiento de estas políticas y la DT de mantenerlas actualizadas e informar cualquier situación que pueda requerir de su revisión</p>																									

Descripción del documento

Lineamientos de política

Introducción

La versión impresa de este documento es considerada una "Copia". Sólo imprimir si es necesario, si se imprime verificar que la versión sea la vigente antes de usar. El periodo máximo de retención de esta copia es de 3 años.

DOCUMENTO ESTRATÉGICO

Procedimiento:	POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN									
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	0	

La evolución de las relaciones entre las diferentes sectores que componen nuestro sistema de salud muestra nuevas tendencias: nuevos métodos para la contratación y la determinación de indicadores, integración activa de prestadores y instituciones financiadores, los cambios en las expectativas del usuario, la transferencia de las carteras de los beneficiarios, la inclusión de tecnología de gestión, quiebras, ventas y / o integración de los establecimientos a redes asistenciales.

A este escenario se suma idea que la calidad en el proceso de atención de la salud desempeña un papel importante para regular las relaciones entre los sectores en el futuro inmediato y que los mecanismos de evaluación permanentes, como la acreditación, que es el método más extendido, será cada vez más importante.

Acreditación

Es uno de los métodos, (o grupos de técnicas), para evaluar la calidad de la atención médica que brindan los establecimientos asistenciales. Conforma un procedimiento dinámico que califica a la totalidad del establecimiento: el resultado, básicamente 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.

La acreditación se basa en la evaluación por medio de estándares, que son un

Conjunto de criterios que permiten la visualización accesible y totalizadora de algunos de los aspectos considerados significativos para revelar la existencia de calidad.

Estos estándares, deben ser conocidos y deben ser 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 los procesos que se aplican, así como también los resultados y el impacto que sobre la población producen, en términos de salud, 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, sino que para obtenerla es menester reunirlos todos, puesto que cada uno mostrará aspectos parciales de esa calidad.

Alguno de estos estándares puede no aplicar, cuando el establecimiento no provee el servicio listado en el estándar.

Por definición, la Acreditación es:

- ✓ **PERIÓDICA:** una vez obtenida, debe ser reevaluada periódicamente, de manera de poder evaluar la continuidad de las condiciones que justificaron el resultado inicial
- ✓ **VOLUNTARIA:** buenos niveles de calidad en la atención médica sólo se alcanza cuando los implicados conocen, están imbuidos y comprometidos con los principios que la sustentan. Para que estas condiciones se den es imprescindible la incorporación voluntaria a los programas que la desarrollan. Caso contrario, se corre el riesgo de transformarla en otra obligación que hay que cumplir, perdiendo la elemental sinceridad que su cumplimiento exige.
- ✓ **CONFIDENCIAL:** durante el proceso de Acreditación los evaluadores tienen acceso a mucha información de los establecimientos que es reservada y así debe ser mantenida. Es por ello que los expertos del ITAES suscriben un convenio de confidencialidad y el ITAES sólo difunde en los medios

La versión impresa de este documento es considerada una "Copia". Sólo imprimir si es necesario, si se imprime verificar que la versión sea la vigente antes de usar. El periodo máximo de retención de esta copia es de 3 años.

DOCUMENTO ESTRATÉGICO

Procedimiento:	POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN									
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	0	

la condición de Acreditado en aquellos casos en que el establecimiento lo autoriza fehacientemente, pero la información en la que se basa es mantenida bajo estrictos niveles de seguridad y nunca es puesta en conocimiento de terceros.

La acreditación no debe sólo limitarse a establecer una imagen en corte vertical de la realidad institucional en un momento dado de su evolución, sino que, para convertirse en una herramienta verdaderamente útil en su misión de mejorar la calidad de atención médica, es imprescindible que desarrolle al mismo tiempo, mecanismos de docencia brindando orientación al establecimiento acerca de las pautas a seguir para lograr ese mejoramiento.

¿Qué significa esto? pues brindar orientación al establecimiento acerca de las pautas a seguir para lograr la mejora en todas las etapas de proceso acreditación

Responsabilidades del ITAES

Además de lo establecido como obligaciones o responsabilidades del ITAES particulares para cada programa que se definen en el momento del acuerdo. Las siguientes son abarcativas a todos los programas:

1. Informar a los referentes del establecimiento acerca de los aspectos que los involucra en lo que respecta a los procesos y actualizar dicha información cada vez que se produzcan cambios.
2. Firmar un acuerdo con el establecimiento donde se especifiquen los derechos y obligaciones de ambas partes.
3. Garantizar el cumplimiento por parte de los integrantes del ITAES de los Códigos de Ética, de Conducta y las normativas vigentes, los que deberá poner a disposición del establecimiento para su conocimiento.
4. Velar por la confidencialidad y resguardo de la información producida durante el proceso de acuerdo a lo estipulado en las políticas y procesos vinculados a la gestión de la información.
5. Garantizar la independencia, imparcialidad, transparencia, prevenir los conflictos de intereses de acuerdo a lo estipulado en los Códigos de ética y de Conducta.
6. Asegurar el cumplimiento de los lineamientos expresados en las Políticas de Responsabilidad Social que puedan tener relación con el proceso de acreditación.
7. Elaborar en conjunto con el establecimiento las agendas y cronogramas de trabajo.
8. Enviar información acerca de los evaluadores que deberán ser fehacientemente aceptados o recusados por el establecimiento.
9. Envía presupuesto de gastos al establecimiento. Una vez acordados cualquier modificación se realiza de común acuerdo con el establecimiento.

Derechos del ITAES

1. Recusar una solicitud de un establecimiento cuando no cumpla con los requisitos previos para ingresar a un programa.
2. Interrumpir el proceso en el momento que surjan elementos que a su criterio impiden la consecución del programa. Esta situación debe ser planteada al establecimiento dejando claramente especificados los motivos. Esto debe ser informado a la DG y la CD quien intervendrá en situaciones de conflicto o desacuerdo.
3. Percibir los pagos por los aranceles pactados y previamente acordados.
4. Modificar, eliminar o actualizar estándares que por motivos manifiestos no puedan cumplir el ciclo de revisión, esta situación deberá ser aprobada por la CD, justificada ante el establecimiento con el que se debe consensuar el mecanismo de implementación para mantener el concepto que los estándares deben ser conocidos y se preserve la independencia y la transparencia.
5. Acceder a toda la información del establecimiento vinculada al proceso de acreditación

Responsabilidades del establecimiento:

La versión impresa de este documento es considerada una "Copia". Sólo imprimir si es necesario, si se imprime verificar que la versión sea la vigente antes de usar. El periodo máximo de retención de esta copia es de 3 años.

DOCUMENTO ESTRATÉGICO

Procedimiento:	POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN									
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	0	

1. Comunicar a todo el personal lo relacionado al proceso de acreditación.
2. Designar un responsable (o equipo responsable) en función de Contraparte. Este funcionario ejercerá la representación del establecimiento ante el ITAES y particularmente ante los evaluadores.
3. Convocar a los responsables de los servicios relacionados con los estándares obligatorios a concurrir a las reuniones y actividades relacionadas.
4. Instruir debidamente al personal para que conteste a todos los requerimientos efectuados por el equipo evaluador.
5. Obtener las autorizaciones que correspondan por parte de los proveedores contratados, para que los técnicos del ITAES puedan eventualmente evaluar 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 al ITAES a considerar que tales estándares no han sido satisfechos.
6. Disponer de toda la información necesaria mencionada en los estándares, tales como HC, protocolos y norma, entre otras. El ITAES no aceptará reclamos por documentación no presentada, una vez finalizada la evaluación en terreno.
7. Analizar y dar su consentimiento a los hallazgos de la evaluación.
8. Abonar el arancel estipulado por el ITAES y de la forma establecida por éste.

Derechos del Establecimiento:

1. Solicitar y ser incorporado al Programa de Acreditación del ITAES, siempre que cumpla con los Requisitos Preliminares y las Condiciones Edilicias de los Estándares Mínimos de Acreditación del Consenso de la Comisión Nacional de Evaluación Externa (Resolución 1924/06MSAL).
2. Conocer los parámetros (estándares) de calidad estipulados.
3. Recusar a uno o más de los coordinadores, evaluadores y/o expertos propuestos por el ITAES en cada etapa del programa. El establecimiento no está obligado a informar las razones que motivan esta actitud al ITAES, pero tampoco puede seleccionar un evaluador en particular para actuar en su propia evaluación.
4. Recibir y consensuar el cronograma de cada una de las etapas del programa.
5. Conocer, los hallazgos del equipo evaluador y presentar elementos que justifiquen su opinión en caso de discrepancia. Se deberá tener en cuenta que el único referente con autoridad en el equipo del ITAES es el Coordinador del Equipo de Evaluación.
6. Disponer de un plazo definido de acuerdo a cada programa, para aportar documentación o información capaz de modificar lo evaluado.
7. Contar con el Dictamen en el plazo estipulado para cada programa
6. Apelar el Dictamen Final de la Comisión Directiva del ITAES siguiendo lo definido en el Proceso de apelación.
7. Dar a conocer públicamente la Acreditación una vez concedida por el ITAES a través de los medios que considere convenientes, exclusivamente durante y no más allá del período de vigencia del respectivo Certificado.
8. Hacer uso de la imagen del ITAES de acuerdo a lo especificado en el Manual de Imagen del ITAES.
9. Autorizar o no al ITAES la difusión de su condición de acreditado mediante decisión expresa.

Comunicación al Personal

Las autoridades deberán hacer hincapié, en todo momento, sobre el significado del concepto de evaluación de la calidad de atención en salud, destacando que la acreditación es fundamentalmente un proceso de carácter voluntario y orientado hacia el mejoramiento del servicio. Este hecho facilitará el trabajo de los equipos del ITAES y mejorará su eficacia.

Disponibilidad de la información escrita

La versión impresa de este documento es considerada una "Copia". Sólo imprimir si es necesario, si se imprime verificar que la versión sea la vigente antes de usar. El periodo máximo de retención de esta copia es de 3 años.

Procedimiento:	POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN									
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	0	

La información escrita deberá estar disponible para ser presentada a requerimiento de los evaluadores en terreno. En todos los casos la información estará disponible en las áreas del establecimiento que éste establezca, salvo a requerimiento del Equipo de Evaluación.

Establecimiento que pueden solicitar la Acreditación

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

- Establecimientos para la atención de agudos con o sin internación.
- Establecimiento Ambulatorio de Diagnóstico y Tratamiento
- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Centro de Diagnóstico por Imágenes
- Hemocentros
- Establecimientos de Diálisis Crónica
- Establecimiento Odontológico
- Organizaciones de internación domiciliaria
- Aquellos que se definan en un futuro que deberán ser incluidos en el presente.

Requisitos Preliminares

Para solicitar la acreditación el establecimiento deberá

- No encontrarse ubicado en zonas definidas como de aislamiento geográfico, entendiéndose por éstas a las localidades con población menor de 15.000 habitantes, y/o con tiempo de derivación a centros de mayor nivel, superior a una hora.
- Contar con la habilitación por parte de las autoridades sanitarias Nacionales, Provinciales y/o Municipales, según corresponda.
- Esto implica el reconocimiento 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.
- Contar asimismo con la habilitación específica de todos los servicios, en los que existan normas vigentes que así lo indiquen.
- Haber funcionado en forma continua por lo menos durante un año antes de la solicitud de acreditación.
- Mantener sus instalaciones, camas y servicios disponibles las 24 horas, durante los 365 días del año.
- Contar con un cuerpo médico propio que garantice la continuidad de la atención médica, en forma permanente. En caso de los establecimientos de atención ambulatoria exclusiva, estos requisitos dependerán del tipo de prestaciones que desarrolle.
- 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.
- 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.

DOCUMENTO ESTRATÉGICO

Procedimiento:	POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN									
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	0	

Condiciones Implícitas de Calidad

Condiciones de carácter general no incluidas en los estándares específicos y que *son considerados excluyentes*:

- No estar ubicado en zona habitualmente inundable. Esto no se refiere a fenómenos climáticos de excepción, sino aquellos cuya historia indica que se repiten periódica y frecuentemente
- No debe presentar barreras arquitectónicas sin resolver para personas con movilidad reducida, transitoria o permanente (falta de ascensores, rampas u otro tipo de soluciones para la circulación vertical en establecimientos de más de una planta, marcados desniveles en los pisos, pasillos y puertas cuyo ancho no permita el paso de equipamiento para discapacitados, ausencia de barandas y pasamanos en áreas de circulación horizontal y vertical, sanitarios sin elementos que permitan su utilización por estas personas, etc.).
- Debe existir circulaciones diferenciadas (técnica y pública), en las áreas en las que se las considera imprescindibles (quirófanos, áreas de aislamiento y otras).
- No deben presentarse interrupciones o restricciones habituales de la provisión de agua potable durante períodos considerables.
- Evitar la presencia de animales dentro del establecimiento. Hacen excepción los de laboratorio, que deben estar confinados exclusivamente a un bioterio.
- Presentar métodos sistemáticos de control de vectores (insectos, roedores, etc.).
- No presentar revestimientos, revoques y pintura de cielorrasos y/o paredes en mal estado y/o carpintería deteriorada, ni filtraciones, especialmente en las áreas restringidas.
- Los residuos (comunes, biopatogénicos, peligrosos, etc.) y/o escombros no deben ser acumulados fuera de los lugares especialmente destinados a ese fin.
- Asegurar 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 instalaciones de unidades tipo UPS, o de las tierras equipotenciadas en áreas de tratamientos críticos (Área quirúrgica, Cuidado Críticos y Neonatología), etc.

Los procedimientos de acreditación inician con la expresión voluntaria por parte del establecimiento de ingresar a un programa de acreditación.

Referencias

Código de conducta
 Código de ética
 Mecanismo de apelación
 Comité de apelaciones
 Políticas de responsabilidad social empresarial
 Manuales de acreditación, documentos operativos, guías.

Historial

DOCUMENTO ESTRATÉGICO

Procedimiento:	POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN									
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	0	

CIRCUITO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN			
Las firmas asentadas debajo significan el entendimiento, acuerdo y compromiso para cumplir los roles y responsabilidades detalladas en este documento.			
	Firma	Nombre y Apellido/Posición	Fecha (dd/mm/aaaa)
Autor:		Director Técnico	
Revisado por:		DG	
Revisado por:		G	
Autorizado por:		CD	
Autorizado por:		Asamblea General	
Administrador		DT	

La versión impresa de este documento es considerada una "Copia". Sólo imprimir si es necesario, si se imprime verificar que la versión sea la vigente antes de usar. El periodo máximo de retención de esta copia es de 3 años.