

**DOCUMENTO ESTRATÉGICO - DE**

Documento	<b>POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN</b>								
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	1

<b>Objetivo</b>	<p>El objetivo de este DE es especificar las políticas relacionadas con el proceso de acreditación que deben ser tenidos en cuenta por todos los integrantes del ITAES y los lineamientos que deben cumplir todos los que participan en este proceso.</p> <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 sobre el que se deberá definir el nuevo proceso de acreditación</p>	<p>Fecha de vigencia <b>01/01/2020</b></p> <p>Fecha de vencimiento <b>31/12/2022</b></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>Capacitación</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	Capacitación	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																									
Capacitación	x																									
Evaluadores	x																									
Dirección General	x																									
Legales	x																									
Gerencia	x																									
Sistemas	x																									
Todos	x																									
<b>Alcance</b>	<p>Todas y todos los involucrados en el proceso de acreditación deben tomar conocimiento y cumplir con lo expresado en el presente documento pues se considera la actividad sustantiva de la organización.</p> <p>Estos lineamientos rigen todas las 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>																									
<b>Responsabilidades</b>	<p>Es responsabilidad de 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, o de quienes ejerzan esas funciones, 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**

La evolución de las relaciones entre los diferentes sectores que componen nuestro sistema de salud muestra nuevas tendencias, nuevos métodos para la contratación, cambios en las expectativas del usuario, la inclusión

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 4 años.

## DOCUMENTO ESTRATÉGICO - DE

Documento	<b>POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN</b>								
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	1

de tecnología de gestión, quiebras, ventas y / o integración de los establecimientos a redes asistenciales, entre otros.

A este escenario se suma la 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 si o no acreditado y considera desde la planta física hasta el proceso de atención médica, los resultados 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.

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.

El ITAES considera que 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:** los niveles de calidad en la atención médica sólo se alcanzan 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 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.

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 4 años.

## DOCUMENTO ESTRATÉGICO - DE

Documento	POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN								
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	1

¿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

### Responsabilidad 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 abarcan 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. Prevenir y declarar ante los establecimientos a evaluar los posibles conflictos de interés evaluador/evaluado
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. Enviar presupuesto de gastos al establecimiento. Una vez acordados cualquier modificación se realiza de común acuerdo con el establecimiento.

### Derechos del ITAES

1. Recusar solicitudes de ingreso a programas de acreditación cuando no cumplan con los requisitos previos.
2. Interrumpir el proceso en el momento que surjan elementos que a su criterio impiden la prosecución 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. Acceder a toda la información del establecimiento vinculada al proceso de acreditación

### Responsabilidad del establecimiento:

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 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.

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 4 años.

## DOCUMENTO ESTRATÉGICO - DE

Documento	<b>POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN</b>								
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	1

**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/o el Área Técnica y presentar elementos que justifiquen su opinión en caso de discrepancia.
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
5. Apelar el Dictamen Final de la Comisión Directiva del ITAES siguiendo lo definido en el Proceso de apelación. POE\_coampelaciones\_CD007
6. 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.
7. Hacer uso de la imagen del ITAES de acuerdo a lo especificado en el Manual de Imagen del ITAES. DE\_manualimag\_CO004.
8. 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 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.

**Establecimientos 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 o en otros países siempre que en el momento de la solicitud haya un programa de acreditación vigente para ese establecimiento y que sea aplicable en la región donde resida dicha institución.

**Requisitos Preliminares**

Para solicitar la acreditación el establecimiento deberá

- No encontrarse ubicado en zonas definidas como de aislamiento geográfico, entiéndense 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.

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 período máximo de retención de esta copia es de 4 años.

## DOCUMENTO ESTRATÉGICO - DE

Documento	<b>POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN</b>								
	DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	1

- 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 evaluación para la acreditación, etapa de evaluación externa, EEE.
- Mantener sus instalaciones, camas o servicios disponibles en relación al tipo de establecimiento y la oferta de servicios.
- Contar con profesionales que garantice la continuidad de la atención, 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, revisando o no en relación de dependencia, se encuentre habilitado para ejercer sus actividades específicas.

### Condiciones Implícitas de Calidad

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

- Presentar interrupciones o restricciones habituales de la provisión de agua potable durante períodos considerables.
- Evidenciar la presencia de animales dentro del establecimiento. Hacen excepción los de laboratorio, que deben estar confinados exclusivamente a un bioriego.
- Carecer de métodos sistemáticos de control de vectores (insectos, roedores, etc.).
- Presentar revestimientos, revoques y pintura de cielorrasos y/o paredes en mal estado y/o carpintería deteriorada, así como filtraciones, especialmente en las áreas restringidas.
- Acumular residuos (comunes, biopatogénicos, peligrosos, etc.) y/o escombros fuera de los lugares especialmente destinados a ese fin.
- Instalaciones inseguras (acondicionamiento del aire y sus condiciones de filtrado, temperatura y humedad; carencia de sistemas redundantes y dispositivos de seguridad en el suministro eléctrico; equipotencialidad de las conexiones a tierra en áreas de tratamientos críticos, etc.).

### Referencias

Código de conducta

Código de ética

Mecanismo de apelación

Comité de apelaciones

Políticas de responsabilidad social empresarial

Manuales de acreditación, documentos operativos, guías.

Convenio de Confidencialidad

Reglamento de Acreditación

Relevamiento y generación de estándares

- POE\_relevinfoestand\_AT003,
- POE\_relevinfoestand\_AT003\_Anexo1,
- POE\_relevinfoestand\_AT003\_Anexo2”

### Historial

Se actualiza el documento DE\_polacred\_AT004, se mantiene nomenclatura y pasa a versión 1

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 4 años.

## DOCUMENTO ESTRATÉGICO - DE

Documento	<b>POLÍTICAS DE ACREDITACIÓN</b>									
		DE	ARG	AT	0	0	4	v	0	1

**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:		AT	
Revisado por:		DG	
Autorizado por		CD	12/12/2019
Administrador		AT	

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 4 años.