

**HERRAMIENTA PARA LA
AUTOEVALUACIÓN DE BUENAS
PRÁCTICAS PARA LA MEJORA DE LA
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE
SALUD**

DNCSSyRS – Marzo 2021



**Ministerio de Salud
Argentina**

INDICE

Introducción	3
Antecedentes	3
Justificación	3
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
Estructura y metodología del instrumento de evaluación de buenas prácticas.....	7
1. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.....	9
2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	15
3. GESTIÓN DE CALIDAD	¡Error! Marcador no definido.
4. SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	20
Establecimientos de salud Comprometidos con la calidad.....	24
REFERENCIAS.....	25

Elaboración

Equipo de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (DNCSSyRS)

Revisión

- Dra. Liliana BORSANI
Médica Generalista especialista en Gestión de Sistemas de Salud. Asesora de la Secretaria de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación. Portfolio de expertos PNUD
- Dra. Carina Andrea SEQUEIRA
Médica Cirujana. Especialista en Diagnóstico por Imágenes. Directora Médica Asociada Centro Gallego de Buenos Aires
- Lic. Gisela RODA
Especialista en Administración Hospitalaria. Responsable del Comité de Gestión de la calidad y seguridad del paciente Colonia Nacional Montes de Oca. Docente y Coordinadora de la Especialidad en Adm. Hospitalaria Universidad ISALUD
- Farm. Cristina Del Valle CORSI
Farmacéutica. Asesora de la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras del Ministerio de Salud de la Nación.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

A partir de la Resolución GMC 1/2015 en el ámbito del Mercosur, se aprueban los “Requisitos de buenas prácticas para el funcionamiento de los servicios de salud”. Dicha Resolución prevé que los requisitos deben ser adoptados e incorporados a los servicios de salud de cada Estado parte.

Por RM 2212/2015 se incorpora al ordenamiento jurídico nacional, así mismo por RM 964-E/2017 los requisitos de buenas prácticas para el buen funcionamiento de servicios de salud se incorporan al Programa de Garantía de Calidad.

Estas recomendaciones de buenas prácticas entienden por servicios de salud “los establecimientos destinados al desarrollo de acciones relacionadas a la promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud, cualquiera sea el nivel de complejidad, ya sea con régimen de internación o no, incluyendo la atención realizada en consultorio o domicilio, basado en la mejora de calidad, en la humanización de la atención y gestión”.

Las buenas prácticas de funcionamiento están orientadas principalmente a la reducción de riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud y tienen como objetivo la promoción de la salud humana y, en consecuencia, la mejora de la calidad de vida.

Las resoluciones plantean diferentes dimensiones de las organizaciones de salud:

1. Organización del Establecimiento
2. Gestión del Personal
3. Gestión de Calidad
4. Seguridad de los Pacientes

Justificación

Las buenas prácticas refieren a acciones y normas de funcionamiento en los servicios de atención de salud, sin distinción por complejidad, especificidad, o dependencia, cuyo enunciado se encuentra inicialmente asociado a la reducción de riesgos durante la atención.

Se consideran buenas prácticas aquellas acciones o intervenciones que responden a las necesidades de salud de las personas, relacionadas a estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación basada en el mejor conocimiento científico; que hayan demostrado ser efectiva, contribuyan a resultados positivos en ámbitos clínicos, de gestión y sean de valor para los usuarios.

Los requisitos de buenas prácticas son un complemento indispensable de los sistemas de gestión. Se basan en principios que incluyen el cumplimiento de la normativa vigente, la planificación estratégica, factores de calidad, estrategias de prevención y seguridad, y aspectos éticos asociados al cuidado de la salud.

En este sentido, el interés por garantizar la calidad surge de la responsabilidad que el equipo de salud adquiere junto con el paciente y, especialmente de los gestores que dirigen la institución, en búsqueda de la mejor atención. Conocer cuán afectada se ve por las características de la sociedad, de la propia organización, de los equipos de salud y de los pacientes y sus familias.

Su objetivo final es la mejora en la atención y cuidado de la salud, y determinar en qué medida los criterios y buenas prácticas adoptados son efectivamente aplicados.

Las evaluaciones de calidad en el sector salud, y la definición de sus criterios y estándares han sido diseñadas para fomentar el mejoramiento continuo y los procesos centrados en la vida, la salud y la seguridad de los pacientes.

Se trata de un proceso actualmente voluntario, aunque recomendable, de relevamiento de cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por la normativa vigente respecto al mecanismo de habilitación en cada jurisdicción.

La evaluación de la calidad de la atención debe tener las características de integralidad y sistematicidad para que sea confiable y válida, considerando los tradicionales componentes de estructura, proceso y el resultado, pero incorporando la evaluación de la satisfacción del usuario con el servicio.

La autoevaluación en buenas prácticas busca incorporar un modelo orientado a resultados centrados en las personas. Los establecimientos deben encontrar la evidencia de su desempeño, centrándose en las estructuras y procesos con mayor correlación con el resultado. Así, la evaluación releva el cumplimiento de los criterios con elementos que sean medibles y/o demostrables.

De este modo las instituciones pueden dar cuenta de la manera como han implementado sus procesos para el cumplimiento de las buenas prácticas, respetando su autonomía para elegir la manera más adecuada según sus condiciones específicas.

El proceso de autoevaluación sobre el cumplimiento de buenas prácticas, y la búsqueda de documentación, constituye una oportunidad para adquirir conocimientos sobre el propio establecimiento, de las personas que allí trabajan y las que demandan atención, dando lugar a la reflexión y análisis sobre la institucionalización de las buenas prácticas.

La promoción de las buenas prácticas en los establecimientos de salud se encuentra en consonancia con iniciativas internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), reformulados y ampliados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹. Reafirma los compromisos asumidos en el marco de la Estrategia y Plan de Acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025, y sus líneas estratégicas propuestas por la OPS, sobre las cuales se desarrolla el Plan Nacional de Calidad de este Ministerio.

¹ Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Si bien la medicina tiene como uno de sus preceptos más sagrados: “Primero no dañar”, ha convivido desde siempre con el error y el daño a los pacientes. En el informe fundacional “Errar es Humano”², el Instituto de Medicina de los Estados Unidos estimó en 1999 que entre 44.000 y 98.000 personas morían por año como resultado de errores médicos en ese país.^{3,4}

El Estudio IBEAS realizado en el año 2007–aportó conocimiento sobre la prevalencia de eventos adversos para el total de los hospitales latinoamericanos que participaron en el estudio y también otras variables de interés vinculados a la seguridad de los pacientes y los trabajadores.⁵

Estas publicaciones han convertido a la gestión de riesgos, la seguridad del paciente, y la calidad en temas centrales de agenda en la política sanitaria a nivel internacional. El informe permitió la visibilización del tema por parte de diversos actores.

- De la sociedad que pide conocer los riesgos reales junto a una mayor transparencia y participación.
- De los proveedores de atención médica en todos los ámbitos: público y privado, que cada día deben incrementar las medidas de contención de riesgos.
- De los responsables políticos que definen acciones y objetivos tanto a nivel internacional como nacional (OMS, Agencias gubernamentales, Ministerios).

Dada la variabilidad que existe en nuestro país en cuanto a la calidad en la provisión de servicios, en gran parte por las características del sistema de salud, se dificulta la identificación de buenas prácticas y el intercambio de las mejores iniciativas. En este contexto el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Subsecretaría de Calidad Regulación y Fiscalización y la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria ha elaborado una herramienta práctica a partir de los “Requisitos de Buenas Prácticas para el funcionamiento de los servicios de salud”, de la Resolución GMC 1/2015.

²Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System* - PubMed - NCBI. National Academies Press (US); 2000.

³James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013. doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69

⁴Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at a National Level.*; 2017.

⁵Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. *Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos En Hospitales de Latinoamérica.*; 2010. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME GLOBAL IBEAS.pdf>.

Objetivo General

Establecer en el ámbito público, privado y de la seguridad social de las 24 jurisdicciones, una línea de base sobre Requisitos de Buenas Prácticas para el Funcionamiento de los servicios de salud, entendiendo como tales a los establecimientos que realizan acciones de promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud, cualquiera sea el nivel de complejidad, basado en la mejora de la calidad, en la humanización de la atención y su gestión.

Objetivos específicos

- Sentar las bases para la construcción de un sistema de evaluación, que permita armonizar parámetros de calidad para un futuro proceso de acreditación.
- Identificar mediante la herramienta proporcionada, las oportunidades de mejora.
- Incentivar y promover el compromiso de los directivos y el equipo de salud en la construcción de una cultura de seguridad y mejora continua, a partir de la autoevaluación de los establecimientos de salud.
- Fomentar el liderazgo de para el logro de los objetivos de mejora continua y cultura de seguridad
- Incorporar la satisfacción/experiencia del usuario como dimensión de calidad.
- Consolidar un proceso de evaluación sistemática de los establecimientos de salud con enfoque de calidad.
- Transformar esta herramienta de autoevaluación en una actividad sistematizada que permita la revisión periódica del cumplimiento de las de buenas prácticas, incorporando una distinción especial en el REFES para aquellos establecimientos considerados "Comprometidos con la calidad"
- Acompañar y asistir técnicamente el desarrollo de programas de mejora de la calidad a partir del proceso de autoevaluación, promoviendo acciones preventivas y correctivas, oportunidades de mejora, y el seguimiento y evaluación los resultados.

La introducción de políticas de calidad en los servicios de salud es una herramienta de mejora ampliamente utilizada. Considerando la heterogeneidad de los servicios de salud en nuestro territorio resulta necesario activar un programa de calidad inicial que ponga en marcha una serie de acciones que incluya: análisis de procesos, formulación de planes de mejora, procedimientos normalizados para determinadas actividades, conocimiento de la opinión de los usuarios, creación de grupos de mejora y la certificación o acreditación.

En este sentido la Dirección Nacional de Calidad ha elaborado una propuesta para promover la autoevaluación de Buenas prácticas en servicios de salud, acorde a los requisitos de la resolución GMC mencionada anteriormente, como un primer paso para el desarrollo de oportunidades de mejora.

Estructura y metodología del instrumento de evaluación

La herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas se acompaña de un instrumento de evaluación, que se organiza en cuatro (4) dimensiones:

1. Organización del Establecimiento.
2. Gestión de Recursos Humanos
3. Gestión de Calidad
4. Seguridad de los Pacientes

Cada una de las dimensiones contiene criterios definidos para responder, que son las acciones y/o aspectos a evaluar. El responsable de la autoevaluación deberá responder seleccionando una de las cuatro opciones consignadas en las columnas de la derecha.

SI: existen acciones verificables y ejecutadas que demuestran el cumplimiento del criterio evaluado.

NO: no existe desarrollo del criterio a evaluar.

Necesita Mejora (NM): existen acciones verificables y ejecutadas que necesitan una actualización al momento de la evaluación o bien se cumplen parcialmente.

No Aplica (NA): Para aquellos casos en los que el elemento evaluado exceda los términos de la estructura u organización de la institución de salud. (A modo de ejemplo: la pregunta “Se implementa el listado de verificación para la cirugía segura” no aplica en un centro de Salud.)

En el caso de que la autoevaluación determine la respuesta Necesita Mejora (NM), deberá aclararse en la columna correspondiente qué aspectos son los que se identifican con necesidad de actualización o cumplimiento parcial.

En la última columna, el equipo evaluador y/o comité debe responder cuál es la documentación que respalda el cumplimiento del estándar.

Las afirmaciones contenidas en el instrumento de recolección de datos deben poder sustentarse en hechos y datos verificables por observación y/o documentación de consulta pública o puesta a disponibilidad.

La propuesta garantiza la confidencialidad de las afirmaciones contenidas en el instrumento, enviadas por el establecimiento, y sólo se publicará, de corresponder, la mención del cumplimiento de buenas prácticas en el REFES.

(*) En la evaluación de establecimientos del primer nivel de atención de salud (centros de salud), podrían **No Aplicar** los criterios 1.5; 1.21; 1.22; 1.23; 1.29 (Organización del establecimiento) y 4.1; 4.3; 4.4; 4.6; 4.7 y 4.8 (seguridad del paciente).

Cada uno de los criterios evaluados estará clasificado de la siguiente manera:

- (I) imprescindibles:** no se puede dejar de tener o hacer
- (N) necesarios:** debe ocurrir, hacerse, o existir para el buen funcionamiento
- (R) recomendables:** deseable para las buenas prácticas.

Este instrumento de autoevaluación pretende acompañar a los efectores de salud en el camino hacia la calidad, invita a pensar cuales son las necesidades y pone en agenda cuales son las condiciones para iniciar un proceso de acreditación.

1. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Premisas de las Buenas prácticas en servicios de salud

El establecimiento de salud debe ser capaz de ofrecer prestaciones dentro de los estándares de calidad requeridos, cumpliendo con los requisitos de la normativa vigente

Para ello requiere en primer lugar la decisión de ordenar, sistematizar y medir procesos y resultados. Valorar una amplia gama de recursos humanos, tecnológicos materiales, y económicos. Estos elementos se congregan en conjuntos integrados, donde la estructura sostiene los procesos y éstos los resultados. En este conjunto todo está ligado y lo que afecte a un elemento tiene repercusión en el conjunto y en el producto final.

Este ítem evalúa el nivel de organización general del establecimiento, la implementación de planes, la disponibilidad de recursos, el grado de preparación del equipo de salud y la seguridad de los servicios prioritarios para su funcionamiento.^{6, 7}

1.1. Cuenta con habilitación o certificación emitida por la autoridad sanitaria competente.

Se entiende por habilitación el permiso imprescindible para funcionar que debe gestionarse ante las autoridades de fiscalización de cada jurisdicción. La misma se deberá tener disponible como documentación respaldatoria. En caso de tratarse de efectores públicos, si la jurisdicción no cuenta con organismo o autoridad competente que expida habilitación, se solicitará el cumplimiento de requisitos básicos correspondientes a la misma, a saber:

- Identificación, tipología y categoría según normativa vigente (REFES). Descripción de datos referentes a la estructura, servicios y recursos del establecimiento.
- Plano del establecimiento o croquis con destinos y medidas, incluyendo instalaciones de agua y desagüe, instalaciones de electricidad (y sistemas de suministro de energía eléctrica de emergencia) e instalaciones de gas cumplimentando los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las mismas.
- Plan de emergencia y evacuación para eventos de naturaleza potencialmente peligrosa.
- Si poseen servicios de radiología, tomografía computada, diagnóstico por imágenes, equipamiento de kinesiología, y/o láser, deberán presentar su habilitación.
- Identificación de Director o autoridad máxima responsable.
- Nómina de profesionales registrados en REFEPS.

⁶ Facility Guidelines Institute (FGI) and the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health (ATA) with assistance from the U.S. Department of Health and Human Services. "Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities.". Edition 2006.

⁷ Ministerio de Salud Pública. Guía de diseño arquitectónico para establecimientos de salud. Santo Domingo, República Dominicana. Julio 2015.

1.2. Cuenta con un Director o responsable técnico y un reemplazante

Se deberá tener disponible el nombramiento del director o responsable del establecimiento, es imprescindible y de buena práctica que este proceso administrativo esté formalizado.

1.3. Se notifica a la autoridad competente siempre que haya cambios del responsable técnico.

Se deberá informar y gestionar ante la autoridad competente todo cambio del responsable técnico, considerando que es de buena práctica formalizar este proceso administrativo y tener una copia disponible.

1.4. Dispone de algún dispositivo para el control del acceso de los trabajadores, pacientes, acompañantes y visitantes.

En caso positivo debe describirse la modalidad de control de acceso.

1.5. Realiza la identificación de los acompañantes y visitantes. (*)

En caso de responder **SI**= describir la modalidad de identificación, ej. Tarjeta de visita.
NM= se realiza en algunas áreas. NO= no se realiza.

1.6. Cuenta con rampas de acceso y sanitarios con condiciones de accesibilidad para personas con capacidades diferentes. Se debe asegurar la accesibilidad física y la circulación en el establecimiento para todas las personas, con las adecuaciones que se requieran tales como incorporación de rampas, puertas, ascensores y servicios sanitarios de tamaño adecuado.

SI=Las rampas y vías de acceso son suficientes, están íntegras y libres de obstáculos. NM= No hay rampas o acceso suficientes o están bloqueados o dañados. NO= sin rampas o acceso adecuados.

1.7. Las instalaciones de agua y desagüe, cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones. SI= cuenta con planos aprobados de acuerdo a códigos de construcción y reglamentos técnicos y el sistema de eliminación de desagües tiene una buena capacidad y hay indicios de inspección y mantenimiento. NM=No cuenta con todos los requisitos y el sistema se halla en condiciones regulares; hay pocos o ningún indicio de inspección y mantenimiento. NO= No cumple los requisitos y el sistema de eliminación de aguas servidas o peligrosas se halla en mal estado**1.8. Las instalaciones de electricidad cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.**

Presentar documentación de respaldo (planos de instalación aprobados).

1.9. Dispone de sistemas de suministro de energía eléctrica de emergencia en los servicios críticos. En el caso de cortes de energía eléctrica, los hospitales deben tener plantas de generación de electricidad para afrontar los cortes en servicios críticos como: quirófanos, UTI, Neonatología, pediatría y donde se brinde soporte vital. En este punto se examina la capacidad y el tiempo que tarda en arrancar las fuentes alternativas en las áreas críticas del hospital en casos de emergencias y desastres.

SI=las fuentes alternativas arrancan automáticamente en menos de 10 segundos y satisfacen más del 70% de la demanda en las áreas críticas. NM= las fuentes alternativas

satisfacen entre el 31 y el 70% de la demanda en las áreas críticas y arrancan en menos de 10 segundos en las áreas críticas; NO= no hay fuentes alternativas o, si las hay, satisface menos del 30% de la demanda en las áreas críticas, o solo pueden ponerse a andar manualmente.

En caso de tratarse de un Centro de Salud (sin internación), el mismo debe poder asegurar suministro eléctrico para afrontar los cortes en áreas críticas como aquellas donde se brinde soporte vital si hubiere, y en áreas de almacenamiento de insumos con requerimientos de cadena de frío (vacunas y medicamentos).

SI= Dispone de un sistema de suministro de energía (grupo electrógeno), NM= Solo dispone de equipo para luz de emergencia. NO = ninguna.

1.10. Las instalaciones de gas cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.

Presentar documentación de respaldo (planos de instalación aprobados).

1.11. Cuenta con un plan de emergencia y evacuación para eventos de naturaleza potencialmente peligrosa.

Plan de Emergencias: establece las secuencias de acciones a seguir para el control inicial de la emergencia y las conductas de los que deben intervenir. Un grupo de emergencia integrado por personal interno y terceros afectados a tareas dentro de la institución, bien individualizados e intercomunicados, para cada uno de los eventos que se produzcan. Ej incendios, explosiones inundaciones etc.

El Plan de emergencia y evacuación debe ser dado a conocer a todo el personal y realizar los simulacros en forma periódica.

SI = tiene el plan de emergencias completo, se consigue fácilmente, se revisa o actualiza al menos una vez al año y hay recursos para ejecutarlo. NM= el plan ha sido documentado y está completo; sin embargo, no se consigue fácilmente ni está actualizado (han transcurrido más de 12 meses desde la última actualización). NO= El plan de emergencia no está documentado.

1.12. Cuentan con agua potable de red pública.

O en su defecto como garantiza la provisión de agua potable en el efector de salud.

1.13. La limpieza de los tanques de agua se realiza de manera periódica y conforme las normativas vigentes.

SI=Contrato vigente, (si el servicio está terciarizado) y certificado de la última limpieza con la periodicidad adecuada. NM=Cuenta con servicio, pero no certifica cuándo fue la última limpieza. NO= No cuenta con servicio o no se realiza la limpieza periódica.

Historia Clínica del paciente

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación (principal fuente de información de estudios retrospectivos), evaluación de la calidad y gestión de recursos. Constituye además un elemento de prueba en los casos de responsabilidad profesional.⁸

⁸ Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

1.14 El establecimiento asegura una historia clínica única por persona a la que todo el equipo de salud tiene acceso.

Se dispone de una historia clínica única por cada persona, para todo el establecimiento con identificación unívoca, a la que puede acceder todo el equipo de profesionales de la institución. Se priorizará en efectores con internación la historia clínica única al menos en los servicios con internación y urgencias.

1.15 Se garantiza la custodia de la historia clínica en todos sus aspectos, fundamentalmente respecto a la confidencialidad e integridad de la misma.

La institución deberá describir la modalidad de custodia, resguardo e identificación de las historias clínicas

1.16 Todo paciente a ser trasladado se acompaña de un resumen completo de su historia clínica, legible, con identificación y firma del profesional asistente

Cada proceso de transferencia de pacientes, entre diferentes servicios del establecimiento y/o en caso de derivaciones desde o hacia otras instituciones, debe ser acompañado de Historia Clínica o resumen completo del mismo

1.17 La historia clínica está disponible ante el requerimiento del paciente o sus representantes legales y para la autoridad competente.

El servicio de salud debe mantener la historia clínica en un ámbito seguro, en buenas condiciones de conservación y organización, que permita el acceso cuando sea necesario. Se trata de un documento médico legal y su titular es el paciente, a quien debe suministrarse ante su requerimiento.

1.18. Dispone de Historia Clínica (HC) digital

La historia clínica puede ser, y es recomendable, informatizada/digitalizada. En estos casos deben asegurarse su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad.

1.19. Dispone de algún mecanismo de evaluación de la calidad de la historia clínica

Se hace referencia a la calidad de la HC y no a la calidad asistencial. Considerando los atributos de calidad: Completas, legibles, que mantengan el orden cronológico, con identificación del paciente y del Profesional/técnico interviniente., etc. Y que mecanismo utiliza: Retrospectivo, concurrente, por muestreo.

Documentación y Registro de servicios

Los diferentes servicios y actividades complementarias de los establecimientos de salud deben contar con la respectiva documentación y registros. Si se encuentran terciarizados deben tener contratos de prestación de servicios actualizado y corresponde al establecimiento observar el cumplimiento de las buenas prácticas en calidad del servicio contratado.

1.20. Servicios para el manejo de residuos patogénicos.^{9,10}

- Si la actividad está a cargo de la institución:

El establecimiento realiza clasificación y segregación de residuos comunes (RSU) y residuos biopatogénicos en cumplimiento con requisitos legales correspondientes, y cuenta con manual o normativa institucional sobre el tratamiento de los mismos.

Deberá contar, de corresponder, con la inscripción al *Registro Nacional de Generadores y Operadores de Residuos Peligrosos (Ley N° 24.051)*.

SI: cuenta con manual o normativa institucional y realiza clasificación y segregación. Se encuentra inscripto en el Registro Nacional, si corresponde.

NM: cuenta con alguna normativa institucional

- Si la actividad está terciarizada: corresponde todo lo anterior más contrato vigente.

1.21. Servicios para lavadero (*)

- Si la actividad está a cargo de la institución:

El establecimiento cuenta con manual de procedimientos, que describe la organización de los circuitos y frecuencia de los mismos y establece personal responsable.

SI: cuenta con manual de procedimientos o normativa institucional y personal responsable.

NM: Cuenta con responsable asignado, pero no tienen normatizados todos los procedimientos en manual o equivalente.

- Si la actividad está terciarizada: se solicita además contrato vigente.

1.22. Servicios para alimentación¹¹ (*)

- Si la actividad está a cargo de la institución:

El establecimiento gestiona un servicio de alimentación propio y cuenta con manual de procedimientos que define áreas, equipamiento, circuitos y personal en cantidad y distribución e identifica responsable a cargo.

SI: cuenta con manual de procedimientos o normativa institucional y personal responsable.

NM: cuenta con responsable asignado, pero no tienen normatizados todos los procedimientos en manual o equivalente.

- Si la actividad está terciarizada: Contrato vigente.

⁹ *Ley 24.051 Residuos Peligrosos, Honorable Congreso de la Nación Argentina, BO 27307, Buenos Aires, 17-Enero-1992.*

¹⁰ *República Argentina, Ministerio de Salud, Resolución 349/1994, Normas Técnicas Nacionales sobre el manejo de Residuos Biopatológicos de Unidades de Atención de la Salud. Programa Nacional de garantía de la calidad de la Atención Médica.*

¹¹ *República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1674/2007. Directrices de Organización y Funcionamiento del Área de Alimentación y Dietoterapia y la Grilla de Habilitación Categorizante del Área de Alimentación y Dietoterapia.*

1.23. Servicios para esterilización (*)¹²

- Si la actividad está a cargo de la institución:

El establecimiento gestiona un servicio de esterilización propio y dispone de un área específica para el mismo, con procesos normatizados y tecnología adecuada, y establece profesional responsable. En la Central de Esterilización se realizan al menos los procesos básicos¹³, y existe un sistema de registro de los mismos. SI: cuenta con área exclusiva, manual de procedimientos o normativa institucional y personal responsable.

NM: cuenta con responsable asignado, pero no tienen normatizados todos los procedimientos en manual o equivalente, no posee un área exclusiva.

- Si la actividad está terciarizada: Contrato vigente.

1.24. Servicio de Mantenimiento preventivo y correctivo del edificio e instalaciones

- Si la actividad está a cargo de la institución:

El establecimiento cuenta con personal capacitado y un programa de mantenimiento preventivo y correctivo del edificio, de las instalaciones y del equipamiento médico, un manual de procedimientos que incluye actividades y periodicidad de las mismas identificando responsables para su ejecución y seguimiento.

- Si la actividad está terciarizada: Contrato vigente.

1.25. Realiza control de la calidad del agua.

Informes de control de calidad del agua.

1.26. Dispone revisiones técnicas, mantenimiento preventivo y correctivo de equipamiento e instrumentos generadores de rayos.

Documentación que respalda las revisiones técnicas periódicas del equipamiento emisor de rayos (en particular Rayos X), si el establecimiento dispone de los mismos.

1.27. Realiza control de vectores y plagas urbanas.

Certificado del último control realizado por empresa habilitada.

1.28. Realiza la notificación oportuna de Eventos de Notificación Obligatoria.¹⁴

El Ministerio de Salud de la Nación ha impulsado el fortalecimiento de la vigilancia de la salud a través de la implementación a partir del año 2002, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Este sistema, que constituye la estrategia oficial para cumplir

¹² República Argentina. Secretaría de Gobierno de Salud, Resolución 1067/2019. Directrices de organización y funcionamiento de centrales de esterilización y reprocesamiento de productos médicos en establecimientos de salud y establecimientos exclusivos de esterilización externos; Boletín Oficial 11/07/2019. Y rectificación Resolución SGS 1158/2019; Boletín Oficial 11/07/2019.

¹³ Se entiende como procesos básicos en esterilización 1.- lavado de instrumental, dispositivos médicos y demás productos como por ej. Biberones 2.- acondicionamiento que incluye, secado, armado, pruebas de funcionamiento, envasado y rotulado según el método de esterilización que se vaya a utilizar. 3.- esterilización propiamente dicha. Si bien es obligatorio contar con un método básico de esterilización (por vapor), se puede terciarizar la esterilización por otros métodos cuando el producto sea termolábil, es decir no soporta las temperaturas que se usan con el vapor. El producto de dicho proceso debe ir limpio, acondicionado, envasado y rotulado.

¹⁴ República Argentina. Ley 15.465. Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria.

con la notificación obligatoria, tiene por objetivos: - Establecer redes de comunicación entre diferentes actores de la vigilancia, con distintos niveles de responsabilidad y participantes en diferentes estrategias de vigilancia, permitiendo así la generación de información integrada, completa y oportuna; esta red virtual se conforma a través usuarios habilitados en todo el país. Permite tanto la notificación de los distintos eventos, como el análisis sistemático y rápido de la información disponible. SI=Se considera cumplido si tiene usuario habilitado y se encuentra completa la carga semanal con una demora aceptable de hasta 15 días.

1.29. Cuenta con libro acta para registro de guardia (consultas en emergencias y urgencias), libro de partos y libro de morgue.^{15,16,17,18} (*)

Corresponde según la legislación vigente en los establecimientos de salud, contar con registros básicos: 1. Libro de guardia y/o HC de atención en emergencias/urgencias, para registro de lo actuado donde el profesional deje asiento como mínimo nombre del paciente, edad, cobertura de OOSS, procedencia, motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento e indicaciones, destino del paciente (alta, derivación o internación). 2.Libro-Registro de recepción y entrega de cadáveres. Este libro será considerado elemento básico dentro del ordenamiento legal-administrativo de los servicios de Anatomía Patológica para registro de ingreso y egreso de cadáveres. 3. Libro de partos donde se deje registro de la constatación de partos por los profesionales del equipo de salud.

Se solicita en todos los casos registros en formato libro-acta o modalidad superadora, como Historia Clínica digital o formularios específicos.

¹⁵ República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1703/2007 Directrices de Organización y Funcionamiento de los servicios de Patología (Anatomía Patológica) Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica - Derogación de la res.608/2004 (M.S.). del 07/12/2007; Boletín Oficial 14/12/2007.

¹⁶ República Argentina, Ministerio de Salud, Resolución 495/2014 Normas de Organización y Funcionamiento, Servicios de Maternidad, Programa Nacional de garantía de la Calidad de la Atención Médica Del: 15/04/2014; Boletín Oficial 23/04/2014.

¹⁷ Provincia de Buenos Aires. Ley 14.078 (Art. 52) Ley del Registro de las Personas de la Provincia de Buenos Aires

¹⁸ República Argentina Ley 26.413/2008. Registro del estado civil y capacidad de las personas.

2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

2.1 Tiene mecanismos para garantizar la identificación de los trabajadores.

Es recomendable que el establecimiento posea mecanismos de identificación del personal, visibles o a disposición de quien lo requiera. En particular para el ingreso y egreso del mismo y el acceso a los sectores de circulación restringida.

2.2 Los profesionales del establecimiento están matriculados para su ejercicio y registrados en REFEPS - Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud.

El personal del equipo de salud, sin importar la modalidad de contratación, debe contar con legajo individual correspondiente y actualizado. Los profesionales que requieren matrícula habilitante deben tenerla vigente y estar registrados en el REFEPS

2.3 Cuenta con programa o seguimiento de capacitación técnico-profesional para los trabajadores

Es buena práctica promover la educación continua de los trabajadores. Las capacitaciones pueden corresponder a actividades organizadas por la propia institución, u otorgar facilidades para la capacitación externa sobre habilidades y conocimientos del área correspondiente.

2.4 Cuenta con un programa o plan de salud ocupacional, prevención de riesgos y seguridad en el trabajo

Es recomendable que el establecimiento tenga un programa de salud ocupacional y prevención de riesgos, que incluya factores tales como la evaluación del estado de salud individual, actividades de promoción de la salud y capacitaciones en seguridad, control preventivo periódico, y aspectos organizacionales y estructurales del efector, así como del medioambiente o entorno físico de trabajo.

2.5 El personal del establecimiento cuenta con la inmunización prevista por ley para evitar riesgos.

Se deberá documentar en todos los trabajadores el cumplimiento del plan de inmunizaciones general y especial para el personal de salud y/o poblaciones de riesgo previstas según normativa.

2.6 Se provee a los trabajadores, con exposición potencial a riesgos biológicos, físicos o químicos la indumentaria de trabajo, incluyendo calzado, que sean compatibles con el riesgo y en condiciones de confort.

El establecimiento debe proveer los elementos de protección correspondientes según las tareas que realicen e idealmente se capacitará periódicamente al personal en el uso de los mismos.

2.7 Cuenta con documentación y registro de accidentes de los trabajadores¹⁹

Es buena práctica contar con registro completo de la documentación sobre cobertura de los trabajadores por ART, o cobertura individual por riesgo laboral, según corresponda por modalidad de contratación; así como realizar registros de todo incidente ocurrido en ocasión de actividad laboral.

¹⁹ República Argentina. Ley 24.557/1995 Riesgos del trabajo.

3. GESTIÓN DE CALIDAD

3.1 Tiene el establecimiento desde su dirección una política de gestión de la calidad que involucre: estructura, proceso y resultados.

El establecimiento debe contar con un documento que refleje su compromiso con la calidad de atención y cuidado de la salud, donde se determine de manera explícita la política del mismo, los objetivos y las responsabilidades asignadas. Asimismo, resulta necesario garantizar la difusión de la misma a todo el personal, asistencial y no asistencial, permanente o eventual, así como a ingresantes recientes.

3.2 Cuenta con Comité o área de calidad.²⁰

Es recomendable que exista un Comité de gestión de calidad o un área orgánica con funciones asignadas, que planifique, coordine e impulse las actividades específicas. Su conformación debe estar documentada a través de un acto administrativo/ acta o similar, junto a la designación de los integrantes.

3.3 Implementa estándares de calidad

Es recomendable que el área o responsables de calidad difundan la utilización de estándares que haya desarrollado o promueva el establecimiento, así como también que elaboren estrategias para su implementación. Posteriormente, debe contrastarse con información a partir del seguimiento de un set de indicadores desarrollados para ello, y realizar un análisis que permita identificar oportunidades de mejora.

3.4 Genera informes de calidad periódicamente

El establecimiento debe analizar lo realizado en función del cumplimiento de las buenas prácticas y la política de calidad promovida. Deberán elaborarse informes que documenten el trabajo, con periodicidad adecuada según necesidades.

3.5 Cuenta con un sistema de turnos programados que se pueden solicitar de manera presencial, telefónica o vía web.

Para favorecer la accesibilidad a la atención de salud y mejorar la organización del sistema se considera buena práctica contar con algún sistema de gestión de turnos. Los turnos programados son los que se otorgan de manera anticipada para realizar una consulta de salud. Puede realizarse de manera presencial, telefónica, o a través de alguna plataforma web.

Se solicita la descripción de la/s modalidad/es del sistema y si incluye registro de la demanda ambulatoria rechazada.

²⁰ República Argentina, Ministerio de Salud, *Resolución 2041/2014 Directrices de organización y funcionamiento de Comités de gestión de la calidad en los establecimientos de salud. Boletín Oficial 11/11/2014.*

3.6 Cuenta con procesos definidos de referencia/contrarreferencia con otros establecimientos de la red a la que pertenece.

La existencia de una red de atención de salud y la coordinación entre sus diferentes niveles mejora la calidad del cuidado. La sistematización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de los pacientes permite una mejor coordinación entre los niveles de atención y la optimización de recursos.

SI= Posee circular, guía o manual de procedimientos que detalle los mecanismos para la referencia y contrarreferencia de los pacientes según requerimientos de niveles de complejidad. NM= posee mecanismos de referencia y contrarreferencia de los pacientes realizados de modo informal, sin documentación respaldatoria.

3.7 Promueve la utilización de Guías de práctica clínica o guías para estandarización de procesos, y prescripción de medicamentos y/o vacunas.

El establecimiento debe promover actividades, entre ellas actividades de capacitación del personal de la institución, y la mejora continua de los procesos de atención, específicamente la disminución de la variabilidad inapropiada de los mismos. Para ello se deben promover la utilización de guías de práctica clínica, y/o la elaboración de normas de procedimientos estandarizadas, así como las actividades correspondientes para su difusión, implementación y adopción por parte del personal.

SI= El establecimiento tiene definido el listado de GPC, algoritmos y/o protocolos acordados, y su uso está institucionalizado.

3.8 Cuenta con un área de estadística que realiza informes de producción y estadísticas sanitarias y de gestión

El establecimiento posee un área que lleva adelante los registros estadísticos, aunque no sea de carácter exclusivo, que utilice procedimientos estandarizados para contar con indicadores e informes sobre la producción hospitalaria, de la gestión de recursos y de resultados sanitarios (morbimortalidad).

3.9 Utiliza algún mecanismo de evaluación de la satisfacción / experiencia del usuario

Las buenas prácticas en atención de salud se encuentran centradas en el usuario, por lo que resulta necesario conocer la calidad del proceso asistencial percibida por los mismos. Este ítem indaga sobre la existencia de algún sistema de información sobre la satisfacción del usuario, recepción de quejas, consultas, sugerencias de pacientes, familiares, y personal del establecimiento. Si existe una metodología sistematizada (planificada, periódica, analizada y difundida) para el relevamiento del grado de satisfacción de la persona y su familia y con elaboración de informes con recomendaciones para las autoridades correspondientes, así como posterior seguimiento de las mismas.

Por ej. Encuestas post alta, telefónicas, etc. Que indaguen sobre la experiencia del paciente en el establecimiento (Ej. sí volvería al mismo establecimiento por el mismo problema, o lo recomendaría)

4. SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial, tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Prácticas en identificación y cuidado de los pacientes

4.1. Cuenta con procedimientos estandarizados para la identificación correcta de los pacientes. (*)

Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo, nombre completo y fecha de nacimiento) para la identificación de los pacientes

4.2. Utilizan métodos para la correcta identificación de muestras biológicas e imágenes, con al menos dos identificadores.

Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo, nombre completo y fecha de nacimiento) para la identificación de muestras, imágenes y cualquier otro material procedente de pacientes.

4.3. Cuenta con medidas para la prevención de caídas de los pacientes. (*)

Implementa algún procedimiento de valoración del riesgo de caídas de los pacientes internados a través de la utilización de escalas validadas.

4.4. Tiene un plan para la prevención de úlceras por presión. (*)

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones localizadas en la piel, generalmente en relación con una prominencia ósea, producidas por presión, fricción, cizallamiento, o una combinación de estos factores, que generan inflamación y anoxia tisular en el sitio afectado. La misma resulta en ulceración, necrosis y muerte tisular. La OMS considera la presencia de UPP como un indicador negativo de la calidad asistencial. Puede considerarse que el 95% de las UPP que se producen son prevenibles, por lo que existe una gran oportunidad de mejora. Se recomienda para la buena práctica implementar un procedimiento de evaluación del riesgo de UPP de los pacientes internados y la estandarización de los cuidados de prevención universales y de aquellos ajustados al riesgo de cada paciente. Existen varias escalas adecuadas para los distintos grupos etarios orientadas a evaluar el riesgo de desarrollar UPP. Se recomienda la utilización de escalas validadas, con las que el usuario esté familiarizado. Será fundamental consignar esta evaluación en la historia clínica.

4.5. Cuenta con algún mecanismo para la detección de incidentes o eventos adversos relacionados con la atención a la salud.

Los eventos adversos (EAs) se definen como las consecuencias indeseables que las fallas en los procesos asistenciales pueden afectar a los pacientes, y que no están relacionadas con la o las patologías que lo condujeron a someterse a atención. La prevención y disminución de la gravedad de los mismos son la razón de ser de lo que conocemos como seguridad del paciente. La teoría de la gestión de riesgos establece que el primer paso para la prevención

de EAs es su identificación, para luego poder diseñar intervenciones que reduzcan su frecuencia e impacto.

Prácticas seguras en cirugía.

4.6. Se implementa el listado de verificación para la cirugía segura.²¹ (*)

Tradicionalmente, la seguridad del paciente quirúrgico se basó en la responsabilidad individual de los profesionales intervinientes (cirujanos, anestesiólogos, instrumentadoras). Se asumía que profesionales con un adecuado desarrollo de sus competencias garantizaban una práctica exenta de daños evitables. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que no alcanza con el esfuerzo individual. En todo el mundo se producen eventos adversos que pudieron haber sido evitados con medidas muy simples y de bajo costo: errores de sitio quirúrgico, procedimiento o paciente; gasas e instrumental retenido durante el procedimiento, muertes en el post-operatorio inmediato por un inadecuado control, daños por un mal manejo de la vía aérea, etc. El listado de Verificación para la cirugía segura obliga a chequear una serie de puntos en tres momentos:

- ✓ Antes de la inducción de la anestesia (entrada)
- ✓ Antes de la incisión cutánea (pausa)
- ✓ Antes de que el paciente salga del quirófano.

La misma constituye una herramienta para los profesionales asistenciales interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

El establecimiento, de corresponder según su tipología, deberá tener disponible la Lista de Verificación (*Check List Quirúrgico*),

Prácticas para el uso seguro de medicamentos

Estas prácticas se pueden definir con estrategias que permitan el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo. Garantizar la conciliación de medicación en los diferentes puntos de traspaso asistencial.

4.7. Tiene farmacéutico o técnico en farmacia. (*)

El establecimiento debe contar con farmacéutico a cargo de la Dirección Técnica, debidamente nombrado, y promover la participación activa del mismo en el pase de sala o ronda médica. Es recomendable la participación de farmacéuticos en la validación de la prescripción médica (el particular es deseable en los MAR), así como también contar con técnicos en farmacia en el Servicio, para asegurar un doble control que evite errores por una prescripción adecuada, con ajustes de dosis, y detección temprana de reacciones medicamentosas. Debería tener disponible como documentación respaldatoria la disposición o circular interna.

²¹ Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Resolución 28/2012. Listado de Verificación Para La Cirugía Segura y Su Manual de Uso e Instrucciones. Argentina: Boletín oficial del 27 de enero del 2012; 2012.*

4.8. Gestión de los medicamentos centralizado en el servicio de Farmacia (*)

Centralizar el manejo de medicamentos en la farmacia y evitar que las preparaciones se realicen en los sitios asistenciales, que son más susceptibles a incurrir en errores.

Es una práctica recomendable la implementación de la validación farmacéutica de la prescripción médica, contar con procedimientos operativos escritos para los principales procesos que se realizan en el Servicio (devolución de la medicación en caso de no ser administrada, dispensa de psicotrópicos y estupefacientes, manejo de medicación citotóxica, almacenamiento de medicamentos que requieren cadena de frío, gestión de residuos peligrosos, implementar la conciliación de medicación, etc.)

4.9. Cuenta con un formulario terapéutico de la institución, normas de utilización de medicamentos e información útil para garantizar su uso seguro

Se considera de buena práctica definir con un equipo multidisciplinario un formulario terapéutico de la institución según criterios de eficacia, seguridad y costo basados en la mejor evidencia científica, normas de utilización de medicamentos e información útil para asegurar su uso seguro. Debería tener disponible como documentación respaldatoria dicho formulario.

4.10. Cuenta con una estrategia para el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo (MAR)

Se denominan “medicamentos de alto riesgo” aquellos que tienen un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Se considera de buena práctica utilizar y dar a conocer una lista de medicamentos de alto riesgo de cada institución. Se recomienda tener disponible como documentación respaldatoria una descripción escrita de la estrategia y listado de medicamentos de alto riesgo de la institución, así como identificadores de alerta de MAR y especial rotulación de medicamentos LASA, que no requiera necesariamente incurrir en elevados gastos ni tecnología. Debe considerarse un plan de capacitación para el personal a cargo de estas actividades.

En el documento “Acciones para la seguridad del paciente en el ámbito de la atención sanitaria” se describen las principales recomendaciones.

Prácticas en control y prevención de infecciones

Las infecciones intrahospitalarias o asociadas al cuidado de la salud (IACS) son aquellas que ocurren en los pacientes en el hospital, a causa de intervenciones realizadas para su cuidado y que se ponen de manifiesto luego de las 48 horas de su estadía. Conocer la magnitud de la ocurrencia de IACS, gestionar el compromiso de todos los trabajadores de la institución y aprender el uso de herramientas simples que favorezcan procesos asistenciales y en la notificación de incidentes en relación al tema constituyen buenas prácticas de seguridad.

La implementación de un programa de prevención y control de infecciones es indispensable para disminuir el riesgo de transmisión de infecciones, prevenir brotes epidémicos y prepararse por si estos se presentan, en los ítems que siguen a continuación será de buena práctica disponer documento del programa de control de IACS de la institución, número de capacitaciones y

cantidad de personas capacitadas en el tema, así como también disponer del último informe mensual sobre IACS e Informe sobre los indicadores de control de infecciones de la Institución.

4.11. Cuenta con un programa institucional, un área o persona para trabajar en la prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Los responsables de las instituciones de salud deben velar por la calidad de la atención de los pacientes y asegurar que un equipo de control de infecciones funcione y cumpla con los objetivos trazados, asumir un compromiso para la implementación de un efectivo y activo programa de control de infecciones. SI= Programa escrito. Equipo conformado-Informe de control de infecciones por servicio. NM=Programa escrito, pero sin desarrollo, esfuerzos en algunas áreas no institucionalizado. NO= no hay programa de trabajo en IACS

4.12. Realiza capacitación continua para todo el personal en la prevención de IACS.

Las actividades de capacitación que se desarrollen en el marco del programa de control de infecciones asociadas al cuidado de la salud deben ser parte del plan de educación anual general de cada institución. Las mismas serán elaboradas y coordinadas por el equipo técnico profesional del Programa en base a las recomendaciones efectuadas por las guías y protocolos.

4.13. Se proporcionan los insumos, productos y equipos necesarios para las prácticas de higiene de manos de los trabajadores, pacientes, acompañantes y visitantes.

Incluidos señalética visual recordatoria, y área de lavado de manos con insumos necesarios, especialmente en lugares estratégicos, próximos al contacto con el paciente.

4.14. Cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas al cuidado de la Salud.

El establecimiento cuenta con algún sistema o programa de vigilancia epidemiológica, conocido por el personal y comprometido en la notificación de incidentes en relación al tema. SI= cuenta con programa. MN= se encuentra en desarrollo. De corresponder por tipología del establecimiento, se recomienda su incorporación al Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina ([VIHDA](#)).

Proceso de reconocimiento como “Establecimientos de salud Comprometidos con la calidad”

La aplicación de la autoevaluación, aparte de ser un proceso que promueve el mejoramiento continuo a partir del autoconocimiento, permite también a los establecimientos de salud que alcancen los estándares mínimos optar por ser reconocidos como “Establecimiento de salud comprometido con la calidad”.

Para iniciar el proceso de reconocimiento, a partir de la solicitud del establecimiento, la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria junto a su contraparte jurisdiccional de calidad hará una valoración general de las respuestas para considerar si el establecimiento alcanza los estándares mínimos requeridos en las categorías INICIAL, INTERMEDIO, o AVANZADO.

Para considerar un establecimiento **comprometido** con las Buenas Prácticas, se conformarán tres categorías:

- AVANZADO:** (I) imprescindibles; 100% Respuesta SI
(N) necesarios y (R) recomendables; $\geq 70\%$ NM o SI, para cada una de las cuatro dimensiones.
- INTERMEDIO:** (I) imprescindibles; $\geq 80\%$ Respuesta SI, el resto NM
(N) necesarios y (R) recomendables; $\geq 50\%$ NM o SI, para cada una de las cuatro dimensiones.
- INICIAL:** (I) imprescindibles; 50% Respuesta SI

ACLARACION: En el caso que las diferentes dimensiones tengan resultados disímiles, la categorización del establecimiento será realizada con la calificación de la dimensión de menor categoría.

Aquellos establecimientos que realicen e informen la autoevaluación a través de los medios correspondientes recibirán una distinción como establecimiento Comprometido con la Calidad (con su categoría) y tendrán un reconocimiento especial en REFES.

Se promoverá el desarrollo de un plan de mejora y planificación de una nueva evaluación, en función de los diferentes aspectos identificados con necesidad de mejora, o cumplimiento parcial, con la asistencia técnica de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y las áreas competentes jurisdiccionales.

REFERENCIAS

- Acosta-Gnass SI. Acosta-Gnass SI. Manual de Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria. (Salud OP de la, ed.). Washington, D. C; 2011.
- Agency of Healthcare Research and Quality. Culture of Safety. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>. Published 2019.
- Agency of Healthcare Research and Quality. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>.
- Asociación Electrotécnica Argentina. AEA 90364 Reglamentación para la ejecución de instalaciones eléctricas en inmuebles - Parte 7: Reglas particulares para las instalaciones en lugares y locales especiales - Sección 710: locales para usos médicos y salas externas a los mismos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Asociación Electrotécnica Argentina, 2008.
- Baek S, Piao J, Jin Y, Lee SM. Validity of the Morse fall scale implemented in an electronic medical record system. *J Clin Nurs*. 2014. doi:10.1111/jocn.12359
- Bates DW, Boyle DL, Vliet MBV, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med*. 1995. doi:10.1007/BF02600255
- Cohen M. Preventing medication errors related to prescribing. In: Medication Errors. Causes, Prevention, and Risk Management. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association; 1999.
- Donabedian, A. (1990). Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. *Perspectivas en Salud Pública*, Méjico: Instituto de Salud Pública.
- Donabedian, A. (2001) The Lichfield lecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. *Revista Calidad Asistencial*, 16, 102-106. Madrid.
- Facility Guidelines Institute (FGI) and the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health (ATA) with assistance from the U.S. Department of Health and Human Services. "Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities.". Edition 2006.
- Gamundi Planas C, Sabin Urkía P. Documento de Consenso En Terminología y Clasificación En Conciliación de La Medicación. Madrid; 2009. [Http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion](http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion).
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Protocolo para el tratamiento de cadáveres, nacidos muertos, segmentos y partes anatómicas en hospitales del GCBA. Mayo 2014.

- Hospital Donostia. Manual de Buenas Prácticas. Cocina. Osakidetza, País Vasco. En www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/ManualBuenasPracticasCocinaC.pdf
- Hou WH, Kang CM, Ho MH, Kuo JMC, Chen HL, Chang WY. Evaluation of an inpatient fall risk screening tool to identify the most critical fall risk factors in inpatients. *J Clin Nurs*. 2017. doi:10.1111/jocn.13510
- IECS. Foro Latinoamericano Colaborativo En calidad y Seguridad en Salud. Evitando UPP reporte de la primera fase de la colaborativa 2016.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System* - PubMed - NCBI. National Academies Press (US); 2000.
- International Health Improvement. *Develop a Culture of Safety*. Boston; 2004. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>.
- James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*. 2013. doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69
- Joint Commission International. *Estándares de Acreditación Para Hospitales de Joint Commission International*.; 2014. <http://www.jcrinc.com>.
- L.J. D, E. T. K, N D-K, M. P. K, A S. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. *The Lancet*. 2017;389(10080):1680-1681.
- Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med*. 2002. doi:10.1056/NEJMNEJMhpr011493
- Leape LL. The checklist conundrum. *N Engl J Med*. 2014. doi:10.1056/NEJMe1315851
- López J, Castillo F, Salavert M. Técnicas de identificación. *Microbiol Apl*. 2007. doi:10.1007/BF02643862
- López Y, Otero M, Alonso P. Estudio prospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) en pacientes hospitalizados. *Rev Clin Esp*. 2000;200.
- M. CG, L. B, G. C, et al. Detección, análisis y prevención en el uso de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado en Argentina. *Rev argent salud pública*. 2010;1(3):30-35.
- Malagón-Londoño, Gustavo (1999). *Visión sobre la Calidad Total*. En: *Garantía de Calidad en Salud*. Malagón-Londoño, Gustavo; Galán Morera, Ricardo y Pontón Laverde, Gabriel (Compiladores). Editorial Médica
- Ministerio de Salud Pública. *Guía de diseño arquitectónico para establecimientos de salud*. Santo Domingo, República Dominicana. Julio 2015.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Listado de Verificación Para La Cirugía Segura y Su Manual de Uso e Instrucciones*. Argentina: Boletín oficial del 27 de enero del 2012; 2012.

- Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos En Hospitales de Latinoamérica.; 2010. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME GLOBAL IBEAS.pdf>.
- Morante Fernández MA, Checa Marín F, Expósito Montes P. Equipamiento de la cocina hospitalaria. <https://docplayer.es/23427655-Equipamiento-de-la-cocina-hospitalaria.html>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory; Pan Pacific Pressure Injury Alliance. 6. Prevención y Tratamiento de Las Úlceras Por Presión: Guía de Consulta Rápida.; 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jconhyd.2006.01.001>
- Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud. La Cirugía Segura Salva Vidas. Ginebra; 2008. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria. Guía para evaluadores. Segunda edición. Washington, D.C.: OMS, OPS; 2018. Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.
- Organización Mundial de la Salud. Patient safety Solutions. Solution 2: patient identification. 2007. <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>.
- Provincia de Buenos Aires. Ley 14.078/2009 (Art. 52) Ley del Registro de las Personas de la Provincia de Buenos Aires
- Provincia de Santa Fe. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Sanidad, Clínicas, Sanatorios y Hospitales privados; Segunda Circunscripción de Santa fe; Convenio Colectivo de trabajo 470/2006; Aplicación desde el 1/05/2006. Expte. 534.987/03
- República Argentina, Ministerio de Salud, Resolución 495/2014 Normas de Organización y Funcionamiento, Servicios de Maternidad, Programa Nacional de garantía de la Calidad de la Atención Médica Del: 15/04/2014; Boletín Oficial 23/04/2014.
- República Argentina. Ley 15.465. Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria.
- República Argentina. Ley 23.592. Ejercicios de derechos y garantías constitucionales. Medidas contra actos discriminatorios.
- República Argentina. Ley 24.051 Residuos Peligrosos, Honorable Congreso de la Nación Argentina, BO 27307, Buenos Aires, 17-Enero-1992. Y legislación jurisdiccional complementaria.
- República Argentina. Ley 24.557/1995 Riesgos del trabajo.
- República Argentina. Ley 26.413/2008. Registro del estado civil y capacidad de las personas.
- República Argentina. Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

- República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS (2016). Mar del Plata: Ministerio de Salud de la Nación.; 2016.
- República Argentina. Ministerio de Salud, Resolución 349/1994, Normas Técnicas Nacionales sobre el manejo de Residuos Biopatológicos de Unidades de Atención de la Salud. Programa Nacional de garantía de la calidad de la Atención Médica.
- República Argentina. Ministerio de Salud. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Septiembre 2019. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acciones-seguridad-pacientes.pdf>
- República Argentina. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA). <http://sitiovihda.anlis.gob.ar/wordpress/programavihda/adherir/>
- República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1703/2007 Directrices de Organización y Funcionamiento de los servicios de Patología (Anatomía Patológica) Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica - Derogación de la res.608/2004 (M.S.). del 07/12/2007; Boletín Oficial 14/12/2007.
- República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 2041/2014 Directrices de organización y funcionamiento de Comités de gestión de la calidad en los establecimientos de salud. Boletín Oficial 11/11/2014.
- República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1674/2007. Directrices de Organización y Funcionamiento del Área de Alimentación y Dietoterapia y la Grilla de Habilitación Categorizante del Área de Alimentación y Dioterapia.
- República Argentina. Secretaría de Gobierno de Salud, Resolución 1067/2019. Directrices de organización y funcionamiento de centrales de esterilización y reprocesamiento de productos médicos en establecimientos de salud y establecimientos exclusivos de esterilización externos; Boletín Oficial 11/07/2019. Y rectificación Resolución SGS 1158/2019; Boletín Oficial 11/07/2019.
- Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at a National Level.; 2017.
- SMP-España. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos. Published 2011. <Http://www.ismpespana.org/ficheros/Recomendaciones nombres ISMP-Espana.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, GA 30333, Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. 2003. <Https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf>

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2021-20706237- -APN-DD#MS - HERRAMIENTA PARA LA AUTOEVALUACION DE BUENAS PRACTICAS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 30 pagina/s.