

# MANUAL DE PROCEDIMIENTO

REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES  
DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA  
CALIDAD EN SALUD

junio 2022



Ministerio de Salud  
Argentina

---

# MANUAL DE PROCEDIMIENTO

---

## REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD EN SALUD

---

Ministerio de Salud de la Nación  
Secretaría de Calidad en Salud  
Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización  
Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria  
Programa Nacional de Garantía de la Calidad en la Atención Médica  
Sistema Nacional de la Evaluación de la Calidad en Salud

Junio, 2022  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Versión 1.2

**TABLA DE CONTENIDO**

A. Introducción	4
B. Marco normativo	4
C. Siglas y Definiciones	5
D. Objetivo	6
E. Ámbito de aplicación	6
F. Identificación de responsables y equipo de trabajo	7
G. Alcance	9
1. Concepto	9
2. Características	10
3. Responsabilidades	10
4. Requisitos del proceso	11
<b>4.1</b> Requisitos Legales y Reglamentarios	11
<b>4.2</b> Procedimiento de evaluación y registro	11
A. Recepción de la solicitud por TAD	11
B. Revisión de requisitos	11
B.1 Relativos a la estructura. Administrativos, y de organización y gestión	11
B.2 Relativos al proceso de evaluación externa de la calidad	13
B.2.3 Manual de Estándares de Evaluación	14
B.3 Relativos al personal evaluador	16
C. Solicitud de documentación faltante:	17
D. Informe de evaluación	17
E. Dictamen final	18
F. Comunicación	18
G. Revisión	18
H. Queja	19
I. Incorporación de EEE en Registro	19
J. Renovación – Inscripciones subsiguientes	20
K. Cambios en la documentación	20
I. Mapa de procesos	21
5. Notificaciones	21
6. Sistema de gestión y registro de documentación	22
6.1 Procedimiento de gestión y registro de documentación	22
6.2 Circuito de expedientes	22
7. Control de versiones, revisión y aprobación del manual de procedimiento	24
8. Control de versiones Formularios y Anexos	25

9. Anexo A	26
10. Anexo B	33
11. Anexo C	62
12. Anexo D	89
13. Anexo E	92
14. Anexo F	99
15. Anexo G	102
16. Formulario 1	105
17. Formulario 2	108
18. Formulario 3	111
19. Formulario 4	118
20. Formulario 5	122

## A. Introducción

En el marco de las políticas que lleva a cabo el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) se desarrolla el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), creado por Resolución N° 432/1992 de la entonces Secretaría de Salud del ex Ministerio de Salud y Acción Social, refrendado oportunamente por el Decreto N° 1424/1997 y el Decreto N° 178/2017, en los cuales se agrupan un conjunto de acciones destinadas a promover la calidad de las prestaciones en los servicios de salud.

Ratificados y actualizados que fueran los ejes conceptuales del PNGCAM por la Resolución Ministerial N° 856 en 2017, entre las acciones previstas para su desarrollo se incorpora establecer y validar modalidades de evaluación externa de la calidad de los servicios de salud como la acreditación y la certificación de procesos de gestión de la calidad en servicios de salud, entendiendo a la evaluación de la calidad como una herramienta central para el proceso de mejoramiento continuo de la atención sanitaria.

Es en este marco que la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (DNCSSyRS) propone la creación del Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud (SINECAS) y el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud, como elemento básico constitutivo del SINECAS, los que son efectivamente creados el 16 de junio de 2021 por Resolución Ministerial N° 1738.

El contenido de este manual de procedimiento se funda entonces en las políticas sanitarias nacionales en desarrollo con el propósito de promover una cultura de la calidad en salud, incluyendo la generación de procesos de reconocimiento de los diferentes mecanismos de evaluación de la calidad, y el establecimiento de mecanismos que garanticen los derechos y seguridad del paciente.

## B. Marco normativo

Los documentos citados a continuación son indispensables para la aplicación de este documento:

- Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549.
- Ley Nacional de Firma Digital N° 25.506.
- Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326.
- Ley de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud N° 26.529
- Decreto N° 1424/1997, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).
- Decreto N° 561/2016 implementación del sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).

- Decreto N° 1063/2016 implementación de la plataforma de Trámites a Distancia (TAD) del sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).
- Decreto N° 1306/2016 implementación del módulo Registro Legajo Multipropósito (RLM) en el sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).
- Decreto N° 178/2017, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).
- Resolución N° 432/1992, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).
- Resolución Ministerial N° 1070/2009, Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).
- Resolución Ministerial N° 2212/2015, Buenas Prácticas para el funcionamiento de los Servicios de Salud del Mercosur.
- Resolución Ministerial N° 856-E/2017, Ejes conceptuales Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).
- Resolución Ministerial N° 1738/2021, Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud (SINECAS) y Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 1744/2021, Herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud.

### C. Siglas y Definiciones

- *MSAL*: Ministerio de Salud de la Nación
- *SsCRyF*: Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización
- *DNCSSyRS*: Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.
- *PNGCAM*: Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica
- *SINECAS*: Sistema Nacional de Evaluación de Calidad en Salud
- *EEE*: Entidad de Evaluación Externa.
- *GDE*: Gestión Documental Electrónica
- *CCOO*: Comunicaciones Oficiales
- *EE*: Expediente Electrónico
- *TAD*: Trámite a Distancia
- *RLM*: Registro Legajo Multipropósito
- *REFES*: Registro Federal de Establecimientos de Salud

A los fines de este Manual se entiende por:

- *ACREDITACIÓN*: Resultado del proceso de evaluación externa integral de la calidad en salud del establecimiento en base a estándares públicos conocidos por las entidades evaluadas.
- *CERTIFICACIÓN*: Resultado del proceso de evaluación externa de la calidad en salud circunscrita a un proceso, servicio, programa o área específica de un establecimiento de salud.
- *EVALUACIÓN INTEGRAL DE UN ESTABLECIMIENTO*: Comprende la evaluación de su estructura, procesos de funcionamiento, y los resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención.

#### D. Objetivo

Evaluar y registrar en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud a las entidades de evaluación externa (EEE) de la calidad en salud en base a criterios de calidad básicos definidos por el MSAL.

#### E. Ámbito de aplicación

E.1 Toda entidad legalmente constituida sin fines de lucro con personería jurídica en la República Argentina u organismos públicos y áreas de gobierno con estructura, recursos, manuales y normativa específica, que realicen evaluaciones externas de la calidad en salud.

E.2 Las evaluaciones externas de la calidad en la atención de salud pueden ser:

- Integrales de la calidad en salud de un establecimiento o administrador de servicios de salud.
- Circunscritas a un proceso, servicio, programa, sistemas informáticos, datos, herramientas, procesos digitales, tecnologías, dispositivos o áreas específicas de un establecimiento de salud, administrador de servicios de salud y demás actores del Sistema de Salud de la República Argentina (artículo 2° inciso a) de la Resolución Ministerial N° 1738/21).

E.3 A los fines enunciativos, las EEE legalmente constituidas sin fines de lucro con personería jurídica pueden ser:

- sociedades científicas,
- asociaciones y federaciones de profesionales del área de la salud,
- colegios profesionales,

- institutos de investigación,
- institutos universitarios y universidades privadas,
- otros.

## F. Identificación de responsables y equipo de trabajo

F.1 Este Manual está dirigido al personal involucrado en la evaluación y registro de las EEE, dependiente de la DNCSSyRS, independientemente de la modalidad de contratación y su mecanismo de financiación.

F.2 El personal involucrado en la evaluación y registro de las EEE debe tomar conocimiento de este Manual y sus futuras actualizaciones.

F.3. El personal involucrado en la evaluación y registro de las EEE debe integrar un equipo de trabajo conformado por:

- Una alta dirección
- Un equipo técnico y
- Un equipo operativo.

### F.4 Alta dirección

F.4.1 La alta dirección debe estar conformada por los y las titulares de la Secretaría de Calidad en Salud, Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización, la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, la Dirección de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente, u organismos que los reemplacen y un o una Gerente Técnico/a.

F.4.2 Las decisiones de la alta dirección deben ser consensuadas y tomadas por unanimidad.

F.4.3 La alta dirección debe estar comprometida con la imparcialidad.

F.4.4 Las responsabilidades de la alta dirección son:

- Establecer, documentar y mantener políticas y objetivos para la evaluación y registro de EEE y asegurar que las políticas y los objetivos se entienden, se conocen y se implementan.
- Revisar anualmente el sistema de gestión y registro para asegurar su continua conveniencia, adecuación y eficacia, incluyendo las políticas y los objetivos declarados relativos a la evaluación y registro de EEE.
- Designar un o una Gerente Técnico/a.

### F.5 Equipo técnico

F.5.1 El equipo técnico debe estar conformado por un o una Gerente Técnico/a y un número de evaluadores suficiente para desarrollar la evaluación de las solicitudes de inscripción en el Registro.

F.5.2 El equipo técnico debe estar comprometido con la imparcialidad.



F.5.3 El o la Gerente Técnico/a, independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y la autoridad para:

- Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos y procedimientos preestablecidos.
- Informar a la alta dirección sobre las actividades desarrolladas, el desempeño del sistema de gestión y registro y cualquier necesidad de mejora.
- Coordinar y dirigir los equipos técnico y operativo.
- Resolver por la conformidad o no conformidad a los ítems de evaluación de las EEE previa vista del informe de evaluación elaborado por un evaluador.
- Elevar a la alta dirección los informes de evaluación respecto de los cuales se presente una dificultad para resolver por su conformidad o no conformidad a los ítems de evaluación.
- Coordinar el Registro Nacional de EEE de la Calidad en Salud.
- Firmar los dictámenes finales de conformidad o no conformidad.
- Revisar los actos administrativos de registro previo a ser enviados a la firma a la SsCRyF.

F.5.4 Las responsabilidades de los evaluadores son:

- Realizar las actividades correspondientes a la evaluación de la solicitud de incorporación al Registro por parte de las EEE y analizar la documentación correspondiente a cada una.
- Observar los criterios de imparcialidad e independencia y el cumplimiento de la normativa vigente.
- Resguardar la información puesta en su conocimiento en ocasión de las actividades que se realicen en el marco de la implementación del Registro.
- Garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos vinculados a las tareas de evaluación.
- Elaborar agendas de trabajo para la revisión de cada una de las EEE que soliciten incorporación al Registro Nacional en el marco de un plazo que no exceda los DOS (2) meses desde la recepción de la documentación.
- Generar los dictámenes de conformidad o no conformidad sobre la base de los informes de evaluación finales y notificar a las EEE.
- Registrar la actividad de evaluación con detalle y precisión a fin de producir el informe final de evaluación.

## F.6 Equipo operativo

F.6.1 El equipo operativo debe estar conformado por un número suficiente de personal administrativo y profesional para brindar soporte a las tareas de evaluación.

F.6.2 El equipo operativo debe estar comprometido con la imparcialidad.

F.6.3 Las responsabilidades del personal administrativo son:

- Registrar en el Registro Nacional a las EEE con acto administrativo de registro.
- Mantener actualizado el Registro Nacional con una periodicidad diaria.
- Gestionar el buzón de mesa de entrada grupal creada en el GDE a los efectos de la evaluación y registro de EEE y asignar a través del GDE los expedientes creados por las EEE a los evaluadores.
- Gestionar el canal de comunicación [sinecas@msal.gov.ar](mailto:sinecas@msal.gov.ar) y/u otro que lo reemplace, verificar sus novedades y responder a las consultas públicas de manera periódica.

F.6.3 Las responsabilidades del personal profesional son:

- Generar los actos administrativos de registro de EEE y enviarlos a la firma al Buzón Grupal de Mesa de Entrada de la SsCRyF, incluyendo al o la Gerente Técnico/a como usuario revisor.

## G. Alcance

El presente Manual representa un elemento básico constitutivo del SINECAS. Comprende los circuitos técnicos y operativos necesarios para la correcta evaluación y registro de EEE, así como las exigencias y parámetros que el personal dependiente de la DNCSSyRS debe respetar para su efectivo logro.

---

## PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y EVALUACION DE EEE DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL REGISTRO NACIONAL

### 1. Concepto

1.1 El Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud se crea por el artículo 7° de la Resolución Ministerial N° 1738/2021, bajo la órbita de la DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD Y REGULACIÓN SANITARIA (DNCSSYRS) y en el marco del Sistema Nacional de la Calidad en Salud (SINECAS). Este Registro se implementa dentro del sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE) a través de la plataforma de Trámites a Distancia (TAD) y el módulo de Registro Legajo Multipropósito (RLM).

1.2 Podrán solicitar ser inscriptas en dicho registro las entidades que realizan procesos de evaluación externa de la calidad en sus distintas categorías según el tipo de proceso de evaluación que realicen, a saber: acreditación, certificación de procesos u otro sistema de evaluación de la calidad en salud.

## 2. Características

2.1 El Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud es de carácter público y ofrece el listado e información sobre las EEE de la Calidad que han solicitado su inscripción y han obtenido la conformidad del MSAL luego de ser evaluada su solicitud por la DNCSSyRS.

2.2 Desde el inicio de la solicitud de inscripción, el *estado del trámite* puede corresponder a alguno de los siguientes: Iniciado, Registrado, Subsanación, Suspendido, Guarda o Archivo.

2.3 El Registro podrá utilizar la información obtenida en el proceso de Registro de las EEE cuando del mismo derive la incorporación en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) de atributos (acreditaciones y/o certificaciones) de los establecimientos solicitantes como *un reconocimiento*.

2.4 La conservación, resguardo y disponibilidad de los registros utilizados durante todo procedimiento se contempla a través del GDE y los Expedientes Electrónicos que se generen en ocasión de cada solicitud. En caso de que el Registro tome conocimiento de dictámenes no favorables a establecimientos de salud y/o no obtención de acreditaciones y/o certificaciones por parte de una EEE, dicha información será resguardada a través de la generación de un Expediente Reservado en GDE.

2.5 La incorporación de una EEE en el Registro tiene una validez de TRES (3) años.

## 3. Responsabilidades

3.1 El equipo de trabajo debe garantizar:

- el acceso público a la plataforma de Trámites a Distancia (TAD),
- la gratuidad del trámite de inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud y
- la difusión de instrumentos actualizados, - a saber: instructivos -, que orienten a las EEE en el proceso de evaluación y registro en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

*(ANEXO A Instructivo Inscripción de una entidad de evaluación externa en el Registro Nacional de EEE en Salud (trámite TAD).*

## 4. Requisitos del proceso

### 4.1 Requisitos Legales y Reglamentarios

4.1.1 Según el artículo 8° de la Resolución Ministerial N° 1738/2021, las EEE que cumplan con los siguientes requisitos básicos podrán ser incorporadas al Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud:

- a. Ser una entidad legalmente constituida sin fines de lucro, con personería jurídica constituida en la República Argentina.
- b. Disponer de medios para cubrir las responsabilidades legales emergentes de sus actividades.
- c. Poseer y utilizar Manuales de Evaluación con estándares que respeten el alcance y los criterios de calidad básicos establecidos por el MSAL.
- d. Garantizar la accesibilidad desde el punto de vista económico al proceso de acreditación a los establecimientos de salud, ya sean públicos o privados.
- e. Poseer auditores o evaluadores debidamente capacitados y con cursos de actualización periódicos.
- f. Incorporar una declaración de conflicto de intereses de los evaluadores y miembros de la entidad evaluadora que estén involucrados en el proceso de evaluación.

4.1.2 Según el artículo 9° de la Resolución Ministerial N° 1738/2021, la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización (SsCRYF) del MSAL queda autorizada para ampliar los requisitos a exigir para incorporar a las EEE en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud según los procesos de evaluación externa que realicen.

4.1.3 La ampliación de requisitos realizada por la SsCRYF no tendrá efectos retroactivos ni afectará los procesos de inscripción al Registro Nacional de EEE de la Calidad en Salud en curso.

### 4.2 Procedimiento de evaluación y registro

#### A. Recepción de la solicitud por TAD

La solicitud de las EEE para ser inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud se tramitará a través de la plataforma TAD.

#### B. Revisión de requisitos

Al recibir la solicitud, el equipo de trabajo debe revisar el cumplimiento de aspectos básicos establecidos en el artículo 8° de la Resolución Ministerial N° 1738/2021 y demás requisitos que apruebe la SsCRYF, según el artículo 9° de la referida resolución.

##### B.1 Relativos a la estructura. Administrativos, y de organización y gestión

B.1.1 El equipo técnico debe revisar que el o los procesos de evaluación externa de la calidad que se proponen realizar las EEE que soliciten la inscripción en el Registro Nacional de Entidades de

Evaluación Externa de la Calidad en Salud encuentran vinculación con el objeto para el que fueron constituidas o creadas.

B.1.2 El equipo técnico debe revisar que las EEE tengan las competencias necesarias para las actividades que deseen desarrollar, garanticen la accesibilidad al proceso de acreditación desde el punto de vista económico a los establecimientos de salud, sean públicos o privados, y dispongan de medios para cubrir las responsabilidades legales emergentes de sus actividades. Entre estos últimos, una adecuada infraestructura física, como oficinas y equipos informáticos, así como una contabilidad y recursos humanos de apoyo suficientes.

B.1.3 Recibida la solicitud de inscripción por parte de una EEE, el equipo técnico debe poder revisar la siguiente documentación:

- Solicitud de inscripción firmada por la máxima autoridad de la entidad, conjuntamente con la persona responsable de los procesos de evaluación externa de la calidad; dando aval a la solicitud y comprometiéndose con el Registro y con las actividades de evaluación de la calidad a registrar.
- Copia del acta de designación e identificación de la máxima autoridad de la entidad (nombre y apellido, domicilio, CUIT, profesión, teléfono, correo electrónico).
- Copia del acta de designación e identificación de la persona responsable de los procesos de evaluación externa de la calidad (nombre y apellido, domicilio, CUIT, profesión, teléfono, correo electrónico, currículum vitae).
  - Requisitos para ser la persona responsable:
    - i. Poseer un título profesional universitario.
    - ii. Acreditar capacitación o experiencia en procesos de evaluación externa de la calidad.
    - iii. Presentar antecedentes de actividad como evaluadores en los últimos DOS (2) años (incluyendo tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha).
- Constancia de inscripción vigente ante la Inspección General de Justicia u organismo que corresponda. (si corresponde por el tipo de entidad)
- Copia del Estatuto inscripto en el registro que corresponda, el que debe incluir expresamente como parte de su objeto el o los procesos de evaluación externa de la calidad que desarrolla. (si corresponde por el tipo de entidad)
- Copia del reglamento de la Entidad (si en el reglamento se incluye el Estatuto debe aclararse). (si corresponde por el tipo de entidad)

- Nómina de autoridades (nombre y apellido, domicilio, CUIT, dirección, profesión, teléfono, correo electrónico) y copia del Acta de la Comisión Directiva que las designa. (si corresponde por el tipo de entidad)
- Dirección URL de página web de poseer.
- Copia del balance general contable de los últimos 3 años para las entidades privadas sin fines de lucro. (si corresponde por el tipo de entidad)
- Política de accesibilidad económica a los procesos de evaluación externa de la calidad para solicitantes de los sectores público y privado, que incluya a modo enunciativo: sistema de descuentos o bonificaciones sobre el proceso de evaluación o sobre los cursos de capacitación en evaluación externa, de corresponder. *(Refiere a que la EEE contemple alternativas de acceso económico o descuentos para el acceso a su contratación, en un documento formal de la institución, y accesible a través de su página Web u otros canales de difusión o ante solicitud del público general.)*
- Seguro de responsabilidad civil vigente, si corresponde.
- Modelo de diploma a otorgar para cada tipo de evaluación externa de la calidad a realizar.
- Resumen de actividad de la entidad e historial de evaluaciones externas de calidad realizadas en establecimientos, servicios o programas en los últimos TRES (3) años (tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha y dictamen final).

*(Para la verificación de la documentación detallada anteriormente DEBERÁ aplicarse el **Formulario 01- Aspectos relativos a la estructura. Administrativos, y de organización y gestión**)*

## B.2 Relativos al proceso de evaluación externa de la calidad

B.2.1 El equipo técnico debe revisar y evaluar los Manuales de Estándares de Evaluación y de Procedimiento aplicados por cada EEE, para cada uno de los tipos de evaluación externa de la calidad que deseen registrar.

### B.2.2 Manual de Procedimiento

B.2.2.1 El equipo técnico debe revisar y evaluar que la EEE posea un manual o documento en el que se desarrolle de forma detallada, ordenada, sistemática e integral el procedimiento a seguir en las actividades de evaluación externa de la calidad que se realizan en la entidad.

B.2.2.2 De la lectura del documento debe surgir que el fin es estandarizar las actividades que desarrolla la EEE para ser aplicadas por los evaluadores de la entidad, así como demostrar la dinámica de trabajo.

B.2.2.3 El manual de procedimientos de la EEE debe desarrollar, como mínimo, el siguiente listado de puntos, independientemente de la terminología utilizada y su organización:

- Definición de objetivos (tipo de evaluación que se proponen realizar)
- Alcance y ámbito de aplicación
- Identificación del/los responsables y equipo de trabajo
- Referencias a reglamentaciones, directrices, normativa y otros documentos en los que se apoye el procedimiento descrito
- Glosario o definiciones
- Requisitos relativos a la estructura, administración y organización, a los evaluadores y al personal, y al proceso de evaluación
- Identificación de la secuencia de pasos y flujograma correspondiente, en el procedimiento de evaluación desde la solicitud al dictamen final que incluya el desarrollo del sistema de autoevaluación, sus plazos, condiciones y notificación de ítems a evaluar, informe de evaluación, procesos de revisión y queja.
- Mecanismos de comunicación y notificación de comunicaciones y resoluciones oficiales.
- Sistema de gestión de documentos y registros
- Formularios, instructivos y otro material de apoyo
- Identificación de tiempos y fechas
- Modelo de declaración de conflicto de intereses
- Desarrollo de un mapa de procesos

*(Para la verificación de la documentación detallada anteriormente DEBERÁ aplicarse el **Formulario 02** - Revisión del proceso de evaluación de la EEE- Manual de procedimientos)*

B.2.2.4 Cuando corresponda, las tipologías y categorías de establecimientos a evaluar deben estar clasificadas según la taxonomía del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

### B.2.3 Manual de Estándares de Evaluación

B.2.3.1 El equipo técnico debe revisar y evaluar que la EEE posea un manual de estándares de evaluación para cada uno de los tipos de proceso de evaluación externa de la calidad que desea registrar.

B.2.3.2 Según el artículo 8° inciso c) de la Resolución Ministerial N° 1738/2021, los manuales de estándares de evaluación de las EEE deben respetar el alcance y la totalidad de los criterios de calidad básicos establecidos por el MSAL y definidas en el marco del SINECAS.

*NOTA: Las entidades pueden exigir criterios de calidad superiores a los mínimos requeridos por el MSAL, en cuyo caso deben realizar esa aclaración en el Manual de Procedimiento.*

B.2.3.3 Los criterios de calidad básicos establecidos que deben contener las evaluaciones externas realizadas por las EEE, son:

Criterios mínimos: **Anexo B** Buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud.

**Anexo C** Documentos PNGCAM- Documentos generales y específicos

*NOTA: Para los procesos integrales de evaluación externa que abarquen al establecimiento en su totalidad (acreditación) se aplicarán el 70% de los criterios de calidad básicos considerados como Imprescindibles y Necesarios. Para las evaluaciones externas de servicios, áreas o procesos específicos (certificación) se aplicarán el 70% de los criterios Imprescindibles y Necesarios de calidad básicos relativos a los servicios, áreas asistenciales o procesos sobre los que la EEE desarrolla su actividad tanto en estructura, recursos, procesos de gestión y seguridad, así como los criterios de calidad básicos que surjan de la normativa incorporada al PNGCAM vinculada a los servicios y procesos correspondientes a la actividad evaluada. Sobre el resto de los criterios que no se hallen incluidos se realizarán las sugerencias y solicitudes de incorporación de mismos a las EEE en las nuevas versiones de sus manuales.*

B.2.3.4 El equipo evaluador debe corroborar que los criterios de calidad básicos definidos por MSAL se encuentran incluidos en las proporciones mencionadas en los manuales de estándares de evaluación de las EEE que soliciten su registro, según el objeto y alcance de su actividad.

*NOTA: El equipo del SINECAS revisará que el proceso de evaluación de la entidad incluya, revise, evalúe todos los ítems que son contemplados como criterios de calidad básicos, independientemente de la terminología utilizada y la organización del manual.*



(Para la verificación de la documentación detallada anteriormente DEBERÁ aplicarse el **Formulario 03 - Revisión de manuales de estándares**)

### B.3 Relativos al personal evaluador

B.3.1 El equipo técnico debe revisar y evaluar que la EEE cuente con un cuerpo de evaluadores constituido por profesionales universitarios idóneos, con formación especializada en el área de incumbencia y capacitación periódica en procesos de evaluación externa de la calidad en salud, ya sea mediante la aprobación de cursos o programas de capacitación dictados en la entidad o en otras instituciones.

B.3.2 Según el artículo 8° inciso e) de la Resolución Ministerial N° 1738/2021, los evaluadores deben estar debidamente capacitados y con cursos de actualización periódicos de acuerdo con los requisitos mínimos establecidos.

**(Anexo D Requisitos evaluadores)**

*NOTA: El equipo técnico debe revisar y evaluar la nómina de evaluadores para cada proceso a registrar por la EEE.*

B.3.3 Cuando las EEE brinden programas de capacitación para el personal que actúe como evaluador en una EEE, el equipo técnico debe revisar y corroborar que este programa contenga los siguientes contenidos mínimos:

- Metodología para la evaluación en terreno de los criterios de evaluación externa de la calidad en salud.
- Código de ética y conducta del evaluador.
- Buenas Prácticas en atención en servicios de salud, seguridad y derechos de pacientes.
- Normativa que regula la actividad de evaluación externa de la calidad.
- Prácticas comprobables en terreno de aplicación de criterios de evaluación externa de la calidad en salud en instituciones de salud.

*NOTA: El equipo técnico debe revisar que el programa de capacitación incluya los ítems que son contemplados como contenidos mínimos, independientemente de la terminología utilizada y la organización del programa.*

**(Formulario 04 - Revisión requisitos evaluadores)**

## C. Solicitud de documentación faltante:

### C.1 Durante el proceso

C.1.1 Cuando el equipo operativo observe que la documentación presentada por la EEE en la solicitud de inscripción al Registro Nacional esté incompleta o desactualizada, el equipo operativo debe requerir por comunicación oficial la carga de documentación adicional a fin de que la EEE cumpla con todos los requisitos de inscripción.

### C.2 Finalizado el proceso

C.2.1 Las entidades registradas como EEE deben informar al MSAL anualmente - en el mes de Mayo o Septiembre - las evaluaciones externas de la calidad realizadas, incluyendo tipo de evaluación, nombre de la institución, servicio o área evaluada, fecha y dictamen final. Cumplido el año y no habiendo informado las evaluaciones externas de la calidad realizadas, la EEE será automáticamente suspendida, de manera transitoria por el equipo técnico. Dicha situación podrá ser revertida a solicitud de la EEE y cumplimiento del requisito dentro de un plazo de TREINTA (30) días desde la notificación de la comunicación oficial de suspensión.

C.2.2 Las EEE que no realicen evaluaciones en el plazo de un año deben presentar al MSAL un informe que acredite esa situación.

## D. Informe de evaluación

D.1 Iniciado el expediente de inscripción en el Registro Nacional, el equipo técnico debe organizar y llevar adelante la evaluación de la EEE, la que debe volcarse en un informe de evaluación final desglosado en tres componentes:

- En relación a los requisitos relativos a la estructura de la EEE.
- En relación a los requisitos relativos al proceso de evaluación externa de la calidad.
- En relación a los requisitos relativos al personal.

D.2 Este informe de evaluación debe incluir los siguientes elementos:

- Identificación de la EEE.
- Descripción del trabajo de evaluación encargada
- Identificación o breve descripción de los métodos y procedimientos de evaluación utilizados, mencionando las desviaciones y las adiciones o exclusiones respecto de los métodos y procedimiento acordados
- Información sobre el lugar donde se realizó la evaluación y la modalidad elegida, presencial o virtual.

- Declaración especificando que los resultados de la evaluación se relacionan únicamente con el trabajo encargado o el ítem (u ítems) a evaluar.
- Firma, aclaración y nombre y apellido del evaluador
- Fecha de la evaluación

*(Deberá utilizarse el Informe de evaluación Modelo, ver **Anexo E**)*

#### E. Dictamen final

E.1 El equipo técnico debe emitir un dictamen final en base al informe de evaluación, que se adjuntará como informe técnico en el expediente correspondiente.

E.2 El dictamen final puede ser de conformidad o de no conformidad.

E.3 Cuando el dictamen final sea de no conformidad, la EEE puede plantear su revisión en un plazo de cinco días mediante la plataforma TAD. *(ver G.1 Revisión)*

*((Deberá utilizarse el Modelo de Dictamen, ver **Anexo F**)*

#### F. Comunicación

F.1 El personal involucrado en la evaluación y registro debe instrumentar un sistema de notificación electrónica.

F.2 Realizada la revisión y evaluación de la documentación presentada por la EEE, el equipo operativo debe registrar y comunicar a la EEE el dictamen final por la plataforma TAD.

#### G. Revisión

G.1 Ante un dictamen de no conformidad la EEE puede plantear su revisión en un plazo de cinco días hábiles administrativos en la plataforma TAD.

G.2 En esta instancia la EEE puede realizar aclaraciones, presentar nueva documentación, actualizar documentación presentada y/o modificar algún requisito que haya sido observado durante el proceso de evaluación y consideren pudiera cambiar el resultado del informe final.

G.3 El equipo técnico debe evaluar la documentación y aclaraciones incorporadas a raíz de las objeciones planteadas en un nuevo informe de evaluación y emitir un nuevo dictamen que modifique o ratifique el anterior, siendo este último de carácter definitivo.

G.4 A los fines de resolver la revisión solicitada, el equipo técnico no debe estar integrado por el personal que haya intervenido en la evaluación y armado del informe inicial.

G.5 Realizada la evaluación de la documentación y/o aclaraciones incorporadas por la EEE, el equipo técnico debe nuevamente registrar y comunicar a la EEE el informe y dictamen finales en la plataforma TAD enviando copia de los documentos.

G.6 en caso de un dictamen no conforme que no requiere revisión por parte de la EEE, el equipo técnico incorporará actuación (acta) final a firmar por parte de la Alta Dirección para la guarda y archivo de las actuaciones en GDE.

**(Formulario F05 – Revisión y quejas)**

#### H. Queja

H.1 Cualquier parte interesada disconforme con la actividad que lleva adelante el equipo técnico u operativo vinculada a la evaluación de entidades de evaluación externa de la calidad en salud puede plantear una queja.

H.2 La queja puede ser anónima y no requerir respuesta.

H.3 La queja debe ser dirigida al siguiente correo electrónico [sinecas@msal.gov.ar](mailto:sinecas@msal.gov.ar) y cuando tenga relación con un expediente iniciado por una EEE debe indicar su número en el Asunto.

H.4 Recibida la queja, el equipo técnico debe confirmar si está relacionada con las actividades de evaluación de las que es responsable y, en ese caso, debe tratarla. En caso que no la considere pertinente, se deben dejar documentadas las razones por las cuales se ha tomado esa decisión.

H.5 Resuelta la queja, el equipo operativo debe registrar el resultado en la plataforma GDE y comunicarlo a la parte interesada al correo electrónico que surja en la solicitud de queja.

H.6 Cuando el resultado de la queja no puede ser comunicado por ausencia de medio de comunicación, o bien ante el anonimato de la parte interesada, igualmente el resultado de la queja debe ser registrado.

#### I. Incorporación de EEE en Registro

I.1 El equipo operativo debe tramitar la incorporación de la entidad solicitante al Registro Nacional, la que debe incluir los siguientes datos:

- Estado, alcances del registro (incluir el objeto: qué procesos de evaluación externa puede desarrollar en campo libre salvo acreditaciones), identificación de la entidad, fecha de registro, fecha de vto.

Tras otorgar la inscripción, el equipo operativo lo impactará en el expediente electrónico correspondiente y registrará en el módulo RLM en forma automática. Esta acción se comunica a la EEE vía expediente.

*NOTA: Recibida la solicitud de inscripción, el equipo operativo debe cargar la modificación como estado del trámite Iniciado. Una vez asignado el expediente al equipo técnico, y luego de la evaluación y firmado el acto administrativo de registro, el equipo operativo debe modificar el estado del trámite de Iniciado a Registrado.*

I.2 Con dictamen final de conformidad, el equipo técnico debe solicitar al equipo operativo que tramite el registro de la entidad solicitante mediante el dictado de un acto administrativo a firmar por el o la titular de la SsCRYF.

I.3 Tanto la disposición de registro como la incorporación de la entidad solicitante al Registro Nacional deben ser notificadas fehacientemente a la EEE, por plataforma TAD y por vía electrónica al correo informado en dicha plataforma oportunamente.

#### J. Renovación – Inscripciones subsiguientes

J.1 La incorporación de una EEE en el Registro tiene una validez de 3 años. Vencido el plazo, o hasta 90 días antes del mismo, a fin de sostener la incorporación en el Registro, la EEE debe iniciar una nueva solicitud de inscripción por medio de la plataforma TAD.

J.2 Cuando una EEE registrada solicite ampliar el objeto por cual inició la solicitud de inscripción inicial, ésta debe comenzar una nueva solicitud de inscripción por medio de la plataforma TAD.

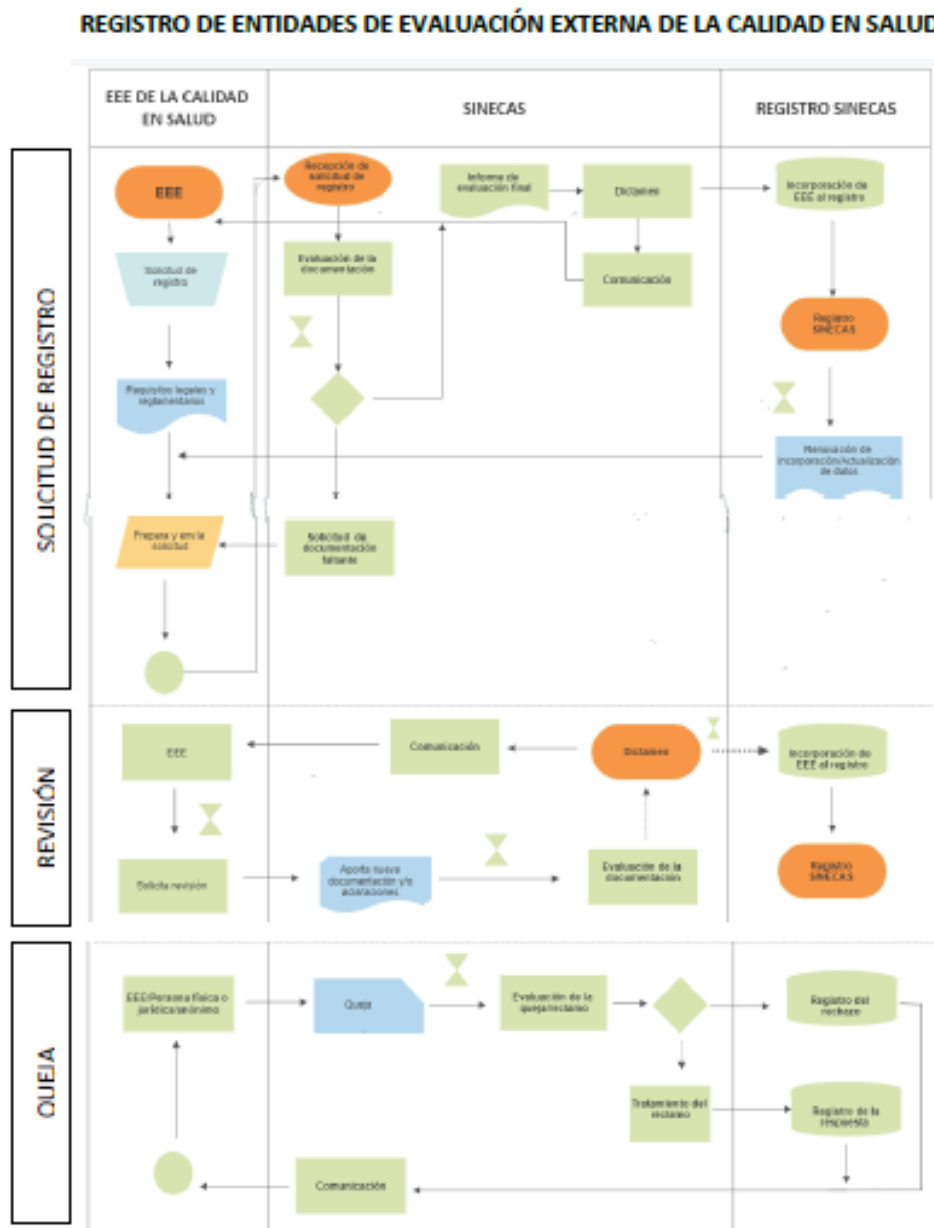
#### K. Cambios en la documentación

K.1 Los cambios en el estatuto, personería jurídica (si corresponde), cualquier otro aspecto administrativo o de estructura, o en los requisitos relativos al proceso de evaluación externa de la calidad de la entidad registrada deben ser informados en forma inmediata, con una tolerancia de 30 días, a efectos de que el equipo técnico resuelva por la actualización del registro otorgado o bien, por la necesidad de realizar una nueva solicitud de inscripción.

K.2 El Registro se reserva la posibilidad de suspensión transitoria o definitiva de la EEE en caso de identificarse cambios no informados, o con falta de documentación actualizada.

K.3 La EEE debe informar al MSAL las altas o bajas en la nómina de evaluadores dentro de los SESENTA (60) días de ocurrido. Sin perjuicio del periodo de tolerancia contemplado para informar las novedades, solamente serán válidas las actuaciones de los evaluadores inscriptos y aprobados oportunamente.

## I. Mapa de procesos



## 5. Notificaciones

5.1 Todas las notificaciones de actos administrativos, documentos y comunicaciones oficiales se realizarán a través de la plataforma TAD y/o al correo electrónico denunciado por cada EEE en la misma al momento de iniciar el trámite de inscripción en el Registro Nacional. Se considerará como notificación fehaciente, tanto por sistema TAD o bien mediante correo Electrónico, siendo responsabilidad de la EEE la actualización de los datos de contacto y su comunicación al Registro para una eficiente y eficaz comunicación entre las partes involucradas.

## 6. Sistema de gestión y registro de documentación

### 6.1 Procedimiento de gestión y registro de documentación

6.1.1 La alta dirección y los equipos técnico y operativo deben implementar los módulos CCOO (Comunicaciones Oficiales), GEDO (Generación de Documentos Oficiales) y Expediente Electrónico (EE) del sistema Gestión Documental Electrónica (GDE) como sistema de gestión de la documentación interna y externa para lo cual contarán con los permisos correspondientes en el sistema GDE.

*NOTA: Entiéndase por documentación externa a la presentada por cualquier parte interesada vía la plataforma TAD o correo electrónico oficial.*

6.1.2 El equipo operativo debe asegurar la identificación de los documentos externos, su registro en el sistema GDE y controlar su distribución al equipo técnico.

6.1.3 La alta dirección y los equipos técnico y operativo deben implementar el Registro Legajo Multipropósito (RLM) del sistema GDE como único medio de administración del Registro Nacional.

6.1.4 La alta dirección debe prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos e identificarlos adecuadamente si se conservan para cualquier fin.

6.1.5 La alta dirección y los equipos técnico y operativo se reservan la posibilidad de utilizar la información obtenida en el proceso de Registro de las EEE cuando del mismo derive la incorporación en el REFES de atributos (acreditaciones y/o certificaciones) de los establecimientos solicitantes como *un reconocimiento*. O cuando se trate del listado de EEE que forman parte del Registro Nacional.

En todos los casos el tratamiento de la información acorde a la normativa vigente, en particular la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales y la Ley N°26.529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

### 6.2 Circuito de expedientes

#### **A. Ingreso Expediente en el sistema GDE**

A.1 Iniciada en la plataforma TAD la solicitud de inscripción en el Registro Nacional, se creará de forma automática un expediente virtual que ingresará en el Buzón Grupal de la Mesa de Entrada correspondiente al personal involucrado en la evaluación y registro de EEE en el sistema GDE.

A.2 Ingresado el expediente en el Buzón Grupal, un miembro del equipo operativo debe darle trámite ingresándolo en su Buzón Personal, en un plazo no mayor a 2 (dos) días hábiles administrativos.

## B. Tramitación

B.1 La tramitación por parte del equipo operativo consiste en corroborar que la documentación presentada por la EEE solicitante está completa y actualizada, en un plazo no mayor a 5 (cinco) días hábiles administrativos, desde recepcionado el trámite en su casilla.

B.2 Cuando la documentación presentada no esté completa o esté desactualizada, o en caso de expedientes anteriores sin subsanación por parte de la EEE, el equipo operativo debe solicitar documentación adicional a fin de dar cumplimiento con los requisitos para dar inicio a la solicitud de inscripción. B.3 Cumplidos los requisitos para dar inicio a la solicitud de inscripción, el equipo operativo debe asignar el expediente al o a la Gerente Técnico/a a cargo del equipo técnico, quien podrá encontrarlo en su Buzón Personal.

*NOTA: Cuando no se cumplan los requisitos para dar inicio a la solicitud de inscripción en un plazo de TREINTA (30) días hábiles, el equipo operativo debe tramitar la Guarda Temporal del expediente. Y se notificará a la EEE que se ha cumplido el plazo y deben iniciar un nuevo trámite o iniciar un nuevo trámite para solicitar sacar de guarda.*

B.5 Recibido el expediente, el o la Gerente Técnico/a debe asignar el expediente a uno o una de los/las evaluadores que integran el equipo técnico, enviándolo a su Buzón Personal.

B.6 Recibido el expediente, el o la evaluador/a deben fijar un periodo de evaluación de hasta 10 días hábiles administrativos, a fin de elaborar el informe de evaluación (Ver punto 4.2.2.D.2).

B.7 Elaborado el informe de evaluación, el o la evaluador/a actuante debe registrar éste en el sistema GDE en el expediente bajo trámite, realizar la confección del dictamen final, y enviarlo al equipo operativo para la revisión del o de la Gerente Técnico/a (Ver punto 4.2.2.E).

B.8 Revisado el dictamen final, este deberá estar firmado por el evaluador del caso y/o por el Gerente Técnico responsable del evaluador o equipo evaluador asignado y ser enviado por el o la Gerente Técnico/a a la firma del titular de la SsCRyF.

B.9 Cuando el dictamen final fuese de conformidad, una vez firmado y visto y conforme por el Gerente Técnico, éste solicitará la redacción y envío del borrador del Acto Administrativo al Buzón Personal del o de la Gerente Técnico/a para revisión y al Buzón Grupal de la SsCRyF para la firma del titular de aquella.

B.10 Firmado el dictamen final, y el acto administrativo si corresponde, el o la Gerente Técnico/a debe registrar éste en el sistema GDE en el expediente bajo trámite y devolverlo al equipo operativo para que notifique a la EEE solicitante.



*NOTA: Cuando el dictamen final fuese de no conformidad, el o la Gerente Técnico/a debe devolverlo al equipo operativo para que notifique a la parte solicitante abriéndose la instancia de revisión. (Ver punto 4.2.2.G)*

### **C. Finalización**

C.1 El equipo operativo debe cargar y actualizar la información que integra el Registro Nacional mediante la implementación del RLM y administrar el legajo de documentos que respaldan dicha información por la misma vía.

C.2 El equipo operativo debe solicitar al o la Gerente Técnico la guarda temporal en el sistema GDE de los expedientes que cuenten con dictamen final de conformidad y disposición administrativa firmada y notificada fehacientemente a la parte solicitante, luego de registrar el acuse de recibo en el expediente, refiriendo como motivo de la guarda, la finalización del trámite de inscripción.

C.3. El listado de EEE inscriptas en el Registro se pondrá a disposición para la consulta pública en la página web del PNGCAM.

C.4 El equipo operativo debe solicitar el desarchivo de los expedientes de entidades registradas como EEE que no informen al MSAL las evaluaciones externas de la calidad realizadas anualmente o finalizado el plazo de TREINTA (30) días otorgado y notificado por falta de cumplimiento del plazo anual inicial, a los fines de modificar el estado de trámite de Registrado a Suspendido. Informadas y registradas en el sistema GDE las evaluaciones externas de la calidad realizadas o la ausencia de actividad por parte de la EEE, a solicitud del/de la Gerente Técnico/a, el equipo operativo debe modificar el estado de trámite de Suspendido a Registrado.

## **7. Control de versiones, revisión y aprobación del manual de procedimiento**

Las distintas revisiones del documento, la fecha en que se efectuaren, así como también una breve descripción de las modificaciones realizadas, se asentarán en este apartado.

En caso de no sufrir cambios, se explicitará en el ítem para las modificaciones y no se modificará la versión del documento.

En caso de existir modificaciones se rediseñará y emitirá todo el documento como versión correlativa a la anterior.

El control de revisiones contiene el siguiente formato:

- Nombre del documento
- Código (SINECAS- Reg)
- Fecha: mayo 2022

- Modificaciones:
- Versión: *1.0*
- Revisión (REV):
- Aprobación:

La revisión de la versión vigente se realizará como mínimo cada 3 años. La autoridad responsable corresponde a el o la titular de la Dirección de Mejoramiento de la calidad y Seguridad del Paciente, o equivalente ante cambio de estructura.

Para la aprobación del documento corresponde a el o la titular de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (o equivalente ante cambio de estructura), su visto y elevación para la firma del o la titular de la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización de este Ministerio de Salud.

## 8. Control de versiones Formularios y Anexos

Los formularios y Anexos utilizados en el marco del presente Manual se registrarán por el control de versiones actualizado que forma parte del presente como **ANEXO G**.

# **ANEXO A**

## **INSTRUCTIVO**

# **INSCRIPCIÓN DE UNA ENTIDAD DE EVALUACIÓN EXTERNA EN EL REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

## Inscripción de una Entidad de Evaluación Externa en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

### Objeto

Es el trámite por el cual, en el marco del Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud, una Entidad de Evaluación Externa solicita la inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud (“el Registro”) a fin de obtener su inscripción y reconocimiento del Ministerio de Salud de la Nación (“MSAL”) para realizar evaluaciones externas de la calidad en establecimientos, servicios, programas, áreas, procesos, administradores de servicios de salud, tecnologías y demás actores del sistema de salud.

### Finalidad

Promover que las entidades que realicen evaluaciones externas de la calidad en salud lo hagan en el marco del Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud y cuenten con el reconocimiento del MSAL.

### Características del Registro

El Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud se crea por [Resolución Ministerial N° 1738/21](#) y está a cargo de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria dependiente del MSAL. Es de carácter público y ofrece el listado e información de las Entidades de Evaluación Externa reconocidas por el MSAL.

El Registro requiere que las entidades informen periódicamente las actividades de evaluación externa de la calidad en salud que realicen independientemente de su resultado y se compromete a garantizar la confidencialidad de los datos compartidos en ocasión de una evaluación y resultados, con excepción de aquellos que deriven en el otorgamiento de acreditaciones/certificaciones, las que podrán ser listadas en el Registro e incorporadas en el REFES entre los atributos de los establecimientos solicitantes como *un reconocimiento*.

### ¿A quién está dirigido?

A toda entidad legalmente constituida sin fines de lucro con personería jurídica en la República Argentina, organismo público o área de gobierno interesada en convertirse en una Entidad de Evaluación Externa reconocida por el MSAL.

## ¿Qué necesito reunir para solicitar la inscripción?

### 1. Identificación de la Entidad de Evaluación Externa

#### 1.1 Generales

Las entidades que soliciten la inscripción en el Registro deben demostrar que el o los procesos de evaluación externa de la calidad que se proponen realizar encuentran vinculación con el objeto para el que fueron constituidas o creadas.

Estas entidades deben justificar que cuentan con las competencias necesarias para las actividades que deseen desarrollar, garantizar la accesibilidad al proceso de acreditación desde el punto de vista económico a los establecimientos de salud, sean públicos o privados, y deben disponer de medios para cubrir las responsabilidades legales emergentes de sus actividades. Entre estos últimos, deben disponer y mantener una adecuada infraestructura física, como oficinas y equipos informáticos, así como una contabilidad y recursos humanos de apoyo suficientes.

- Las entidades privadas sin fines de lucro que soliciten la inscripción deben estar constituidas como tales y acreditar personería jurídica en la República Argentina.

A fin enunciativo estas entidades pueden ser:

- sociedades científicas,
  - asociaciones y federaciones de profesionales del área de la salud,
  - colegios profesionales,
  - institutos de investigación,
  - institutos universitarios y universidades privadas,
  - otros.
- Los organismos públicos o áreas de gobierno que soliciten la inscripción deben acreditar una estructura, recursos, manuales y normativa que los habilite a llevar adelante procesos de evaluación externa de la calidad.

#### 1.2 Documentación a presentar

- a) Solicitud de inscripción firmada por la máxima autoridad de la entidad, conjuntamente con la persona responsable de los procesos de evaluación externa de

la calidad; dando aval a la solicitud y comprometiéndose con el Registro y con las actividades de evaluación de la calidad a reconocer.

- b)** Copia del acta de designación e identificación de la máxima autoridad de la entidad (nombre y apellido, domicilio, CUIT, profesión, teléfono, correo electrónico). Acto administrativo, resolución, disposición o equivalente en el caso de organismos públicos.
- c)** Copia del acta de designación e identificación de la persona responsable de los procesos de evaluación externa de la calidad (nombre y apellido, domicilio, CUIT, profesión, teléfono, correo electrónico, currículum vitae). Acto administrativo, resolución, disposición o equivalente en el caso de organismos públicos.
- d)**
  - Requisitos para ser la persona responsable:
    - i. Poseer un título profesional universitario.
    - ii. Acreditar capacitación o experiencia en procesos de evaluación externa de la calidad.
    - iii. Presentar antecedentes de actividad como evaluadores en los últimos DOS (2) años (incluyendo tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha).
- e)** Constancia de inscripción vigente ante la Inspección General de Justicia u organismo que corresponda. (si corresponde)
- f)** Copia del Estatuto inscripto en el registro que corresponda, el que debe incluir expresamente como parte de su objeto el o los procesos de evaluación externa de la calidad que desarrolla. (si corresponde)
- g)** Copia del reglamento de la Entidad (si en el reglamento se incluye el Estatuto debe aclararse). (si corresponde)
- h)** Nómina de autoridades (nombre y apellido, domicilio, CUIT, dirección, profesión, teléfono, correo electrónico) y copia del Acta de la Comisión Directiva que las designa.
- i)** Dirección URL de página web de poseer.
- j)** Copia del balance general contable de los últimos 3 años para las entidades privadas sin fines de lucro. (si corresponde)
- k)** Política de accesibilidad económica a los procesos de evaluación externa de la calidad para solicitantes de los sectores público y privado, que incluya a modo enunciativo:

sistema de descuentos o bonificaciones sobre el proceso de evaluación o sobre los cursos de capacitación en evaluación externa, de corresponder.

- l) Seguro de responsabilidad civil vigente, en caso de corresponder.

## 2. Evaluadores de la Entidad de Evaluación Externa

### 2.1 Generales

La entidad debe contar con un cuerpo de evaluadores constituido por profesionales universitarios idóneos, con formación especializada en el área de incumbencia y capacitación periódica en procesos de evaluación externa de la calidad en salud, ya sea mediante la aprobación de cursos o programas de capacitación dictados en la entidad o en otras instituciones.

La entidad debe informar al MSAL las altas o bajas de la nómina de evaluadores dentro de los SESENTA (60) días de ocurrido el cambio.

### 2.2 Documentación a presentar

- a) Copia del acta de designación e identificación de evaluadores activos (nombre y apellido, domicilio, CUIT, profesión, teléfono, correo electrónico, currículum vitae).
- Requisitos para ser evaluador/a:
    - i. Poseer un título profesional universitario.
    - ii. Acreditar capacitación o experiencia en procesos de evaluación externa de la calidad.
    - iii. Presentar antecedentes de actividad como evaluadores en los últimos DOS (2) años (incluyendo tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha).
- b) Contenidos mínimos de los programas de capacitación propios de corresponder:
- Metodología para la evaluación en terreno de los criterios de evaluación externa de la calidad en salud.
  - Código de ética y conducta del evaluador.
  - Buenas Prácticas en atención en servicios de salud, seguridad y derechos de pacientes.
  - Normativa que regula la actividad de evaluación externa de la calidad.
  - Prácticas comprobables en terreno de aplicación de criterios de evaluación externa de la calidad en salud en instituciones de salud.

### 3. Proceso de Evaluación Externa

#### 3.1 Generales

La entidad debe contar con un Manual de Procedimientos y - a fin de asegurar la transparencia e independencia de los procesos de evaluación externa de la calidad en salud - desarrollar en aquél, o en un documento *ad hoc* que sirva como declaración jurada, una política de conflictos de interés.

Asimismo, debe contar con un Manual de Evaluación que desarrolle los criterios correspondientes a los procesos de evaluación externa de la calidad que la entidad se propone realizar, pudiendo ser un documento *ad hoc* o parte integrante del Manual de Procedimiento.

Las entidades reconocidas como entidades de evaluación externa de la calidad en salud deben informar anualmente al MSAL las evaluaciones externas de la calidad realizadas, incluyendo tipo de evaluación, nombre de la institución, servicio o área evaluada, fecha y dictamen final.

#### 3.2 Documentación a presentar

- a) Manual de Procedimientos que desarrolle:
  - Tipo de evaluación que se proponen realizar.
  - Tipologías y categorías de establecimientos a evaluar según la taxonomía del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).
  - Flujo del proceso de evaluación externa de la calidad en salud, desde la solicitud de evaluación hasta el dictamen final.
  - Instrumentos de evaluación específicos para cada tipo de evaluación a realizar.
  - Procesos de tratamiento de quejas y apelaciones.
- b) Declaración Jurada de Conflicto de Intereses a firmar por los evaluadores que estén involucrados en el proceso de evaluación externa como documento *ad hoc* o parte integrante del Manual de Procedimientos.
- c) Manual de Evaluación que contenga:
  - Criterios de calidad a evaluar, los que deben incluir como requisitos mínimos los criterios de calidad establecidos por el MSAL en el Manual de procedimientos del Registro. Las entidades pueden exigir criterios de calidad superiores a los mínimos requeridos por el MSAL, en cuyo caso deben realizar esa aclaración en el Manual de Procedimiento.



- Puede ser un documento *ad hoc* o parte integrante del Manual de Procedimientos.
- d) Modelo de diploma a otorgar para cada tipo de evaluación externa de la calidad a realizar.
- e) Resumen de actividad de la entidad e historial de evaluaciones externas de calidad realizadas en establecimientos, servicios o programas en los últimos TRES (3) años (tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha y dictamen final).

### ¿Cómo inicio la solicitud de inscripción?

La solicitud de inscripción en el Registro debe iniciarse en la plataforma de Trámites a Distancia (TAD) ingresando [aquí](#). Para ingresar al TAD corresponde crear un usuario en “Mi Argentina” o contar con la clave fiscal de “AFIP”. Podés consultar detalles en: <https://tramitesadistancia.gob.ar/ayuda.html>

Por consultas comunicate con la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (Correo electrónico: [sinecas@msal.gov.ar](mailto:sinecas@msal.gov.ar))

### ¿Cuál es la validez de la inscripción en el Registro?

La inscripción en el Registro tiene una validez de 3 años.

Los cambios en el estatuto, personería jurídica o en los procesos de evaluación externa (manuales, instrumentos, procedimientos) de la entidad reconocida deben ser informados al MSAL en forma inmediata, dentro de los 30 días de ocurrido, a efectos de que éste resuelva por la actualización del reconocimiento otorgado o bien, por la necesidad de realizar una nueva solicitud de inscripción.

### ¿Cuánto tiempo lleva hacer el trámite?

Iniciada la solicitud de inscripción en el Registro y cargada la documentación, el trámite lleva aproximadamente 2 (dos) meses. El MSAL podrá solicitar aclaraciones. Procesada la solicitud, la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria del MSAL enviará la comunicación correspondiente respecto del trámite iniciado a la EEE a través de la plataforma TAD y al mail denunciado al iniciar el trámite.

### ¿Cuál es el costo del trámite?

Gratuito

**ANEXO B**

**DOCUMENTO MARCO**

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

**Dirección Nacional de Calidad en Servicios  
de Salud y Regulación Sanitaria**

**Versión 1.1**

**Junio 2021**

## Equipo elaborador (por orden alfabético)

DUHAU, Mariana

Médica especialista en Pediatría UBA. Diplomada Universitaria en Evaluación de Calidad de las Organizaciones de Salud, UCASAL. Magister en Salud Pública UBA. Asesora técnica de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Ministerio de Salud de la Nación.

ROSA, Sandra

Médica especialista en Medicina Familiar UBA, Auditoría Médica. Posgrado en Auditoría y Liderazgo en Gestión de Calidad Universidad Favaloro. Asesora técnica de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Ministerio de Salud de la Nación.

SANTA MARIA, Cecilia Mónica

Médica especialista en Dermatología UBA y Auditoría Médica. Posgrado en Auditoría y Liderazgo en Gestión de Calidad Universidad Favaloro. Asesora técnica de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Ministerio de Salud de la Nación.

## Revisores externos (por orden alfabético)

BORSANI, Liliana

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.

CORSI, Cristina Del Valle

Farmacéutica. Asesora de la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras del Ministerio de Salud de la Nación.

SEQUEIRA, Carina Andrea

Medica Cirujana. Especialista en Diagnóstico por Imágenes. Directora Médica Asociada Centro Gallego de Buenos Aires.

RODA, Gisela

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 Administración Hospitalaria Universidad ISALUD.

## **CONTENIDO**

### Introducción

Antecedentes

### Justificación

Objetivo general

Objetivos específicos

Estructura y metodología del instrumento de evaluación de buenas prácticas

#### 1. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

#### 2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

#### 3. GESTIÓN DE CALIDAD

#### 4. SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Establecimientos de salud Comprometidos con la calidad

### REFERENCIAS

## 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 busca 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 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)<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> 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”<sup>2</sup>, 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.<sup>3,4</sup>

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.<sup>5</sup>

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, entre ellos:

- 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.

---

<sup>2</sup>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.

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

<sup>4</sup>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.

<sup>5</sup>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](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 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 de 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. Y posteriormente valorar una amplia gama de recursos humanos, tecnológicos materiales, y económicos. Estos elementos se encuentran integrados, por lo que 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.<sup>6, 7</sup>

#### **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.

---

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup>

#### **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

---

<sup>8</sup> [Ley 26.529](#). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*.

identificación unívoca, a la que puede acceder todo el equipo de profesionales de la institución. Se priorizará en efectores con internación poseer, como mínimo, historia clínica única y accesible en servicios de internación.

**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 de la misma.

**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. Se trata de un proceso de cambio gradual, por lo que aun parcialmente implementada en algunos servicios al momento de la autoevaluación, se considera en proceso de mejora (NM) 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. Si posee Comité o grupo de trabajo para evaluación de historias clínicas u otro mecanismo que se utilice: 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.<sup>9,10</sup>

- Si la actividad está a cargo de la institución:

El establecimiento realiza clasificación y segregación de residuos comunes (residuos sólidos urbanos, 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 limpieza y para lavadero (\*)

- Si las actividades están a cargo de la institución:

Limpieza: El establecimiento cuenta con manual de procedimientos, que describe los puestos de trabajo referidos a la limpieza de la institución, la organización de los circuitos, materiales y frecuencia de los mismos.

SI: cuenta con manual de procedimientos o normativa institucional y descripción de puestos 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.

Lavadero: 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.

El **criterio 1.21**, se responderá como SI: si a ambos componentes les corresponde dicha respuesta. Sino, debe completarse NM, aclarando en qué casos no se alcanza el criterio, o NO, si no se cuenta con ninguno de los requisitos enunciados en los dos componentes.

---

<sup>9</sup> [Ley 24.051](#) Residuos Peligrosos, Honorable Congreso de la Nación Argentina, BO 27307, Buenos Aires, 17-Enero-1992.

<sup>10</sup> 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.

### 1.22. Servicios para alimentación <sup>11</sup> (\*)

- 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.

### 1.23. Servicios para esterilización (\*)<sup>12</sup>

- 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 básicos<sup>13</sup>, 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.

---

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> 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.



**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, 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.<sup>14</sup>**

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 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. NM= realizan carga de las notificaciones con mayor demora a 15 días. NO= no tienen usuario habilitado. No realizan notificación.

**1.29. Cuenta con libro acta para registro de guardia (consultas en emergencias y urgencias), libro de partos y libro de morgue.<sup>15,16,17,18</sup> (\*)**

Corresponde según la legislación vigente en los establecimientos de salud, contar con registros básicos: 1. Libro de guardia, HC de atención en emergencias/urgencias y/o HC única en todo el efector, 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.

---

<sup>14</sup> República Argentina. [Ley 15.465](#). Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> Provincia de Buenos Aires. [Ley 14.078](#) (Art. 52) Ley del Registro de las Personas de la Provincia de Buenos Aires

<sup>18</sup> República Argentina [Ley 26.413/2008](#). Registro del estado civil y capacidad de las personas.

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

## 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 trabajadores <sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> República Argentina. [Ley 24.557/1995 Riesgos del trabajo](#).

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.

### 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.<sup>20</sup>**

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, e idealmente ofrecer alternativas por vía telefónica, o a través de alguna plataforma web.

---

<sup>20</sup> 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.

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

### **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, o solo en algunos servicios

### **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.

NM= cuenta con GPC, solo para algunas patologías o líneas de cuidado, o solo algunos servicios.

### **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 las 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.<sup>21</sup> (\*)**

Tradicionalmente, la seguridad del paciente quirúrgico se basó en la responsabilidad individual de los profesionales intervinientes (cirujanos, anestesiólogos, instrumentadores). 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 (en particular es deseable en los Medicamentos de Alto Riesgo, MAR), así como también contar con técnicos en farmacia en el Servicio, para asegurar un doble control que evite errores por una

---

<sup>21</sup> 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.

prescripción adecuada, con ajustes de dosis, y detección temprana de reacciones medicamentosas. Debería tener disponible como documentación respaldatoria la disposición o circular interna.

#### **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 (*look alike sound alike*), 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 la práctica 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 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.seguridaddelpaciente.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](http://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/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_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 Habilidad 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>

**ANEXO C**

**DOCUMENTOS**

**PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA  
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN  
SERVICIOS DE SALUD Y REGULACIÓN  
SANITARIA**

**Junio 2022**

## Organización del Documento

La organización general es en dos grandes grupos:

- **Generales:** en este grupo se encuentra documentación que aplica a los establecimientos completos (por ejemplo el “Plan Nacional de Calidad en Salud”; “La Categorización de los Establecimientos de Salud”; “Los Programas Nacionales de Calidad”; documentación relacionada con la evaluación de la calidad general como “La Herramienta de Autoevaluación de Buenas Prácticas” o cualquier otro documento que no tenga como objetivo ser aplicado un servicio o área específico)
- **Específicos:** en este grupo se encuentra documentación desarrollada específicamente para ser aplicada en áreas, servicios médicos o especialidades médicas. La clasificación instrumentada se ha desarrollado a partir de la temática de los documentos existentes, priorizando la clasificación por áreas, luego por servicios y por último por especialidades o técnicas, por lo que puede seguir o no clasificaciones existentes, una vez clasificados se ordenan alfabéticamente. (por ejemplo, área quirúrgica, área de urgencia y emergencia, diabetes, pediatría, enfermería, etc.)

## Tabla de contenido

La tabla de contenido contiene hipervínculos al documento. Una vez en los documentos encontrará una breve descripción del contenido del mismo y un enlace para acceder al documento completo, para esto último deberá tener conexión a internet.

## Otras consideraciones

En caso de haber documentos categorizados en la misma sección el orden es del más reciente al más antiguo.



## TABLA DE CONTENIDO

### DOCUMENTOS GENERALES:

#### PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2021/2024

#### CATEGORIZACIÓN Y TIPOLOGÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA ARGENTINA

Tipologías De Establecimientos De Salud Y Criterios Básicos De Categorización De Establecimientos

#### GRILLAS DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE Y DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS Y CENTROS DE SALUD

**(En este apartado se agrupan las grillas de habilitación categorizante que incluyen establecimientos completos o varios servicios o áreas. Las grillas de habilitación desarrolladas para áreas o servicios específicos, se encontrarán en el área a la que correspondan)**

Consultorios Individuales, Policonsultorios Y Servicios De Atención Ambulatoria

Registro Nacional De Prestadores De Servicios De Atención A Personas Con Discapacidad

Registro De Establecimientos De Cirugía Bariátrica.

#### PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE LA CALIDAD

#### EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Sistema Nacional De Evaluación De La Calidad

Herramienta De Autoevaluación De Buenas Prácticas

Plan De Evaluación Y Mejora De La Calidad Del Primer Nivel De Atención

Indicadores Básicos De Calidad

#### SEGURIDAD DEL PACIENTE Herramienta Para La Evaluación Y Mejora De La Seguridad De Los Pacientes

Acciones Para La Seguridad De Los Pacientes

Control De Infecciones Asociadas Al Cuidado De La Salud (IACS)

CERTIFICACIÓN DE PROGRAMAS HOSPITALARIOS

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL PARA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

CONSENSO NACIONAL PARA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

#### RESIDUOS PATOGENICOS

Directrices Nacionales

Directrices Sanitarias Para La Señalización De La Gestión Interna

#### OTROS DOCUMENTOS SOBRE CALIDAD

Comisión Nacional Sobre Calidad En Salud

Comités De Calidad

Guía Para Adaptación De Guías De Práctica Clínica

Estandarización De Procesos Asistenciales

### **DOCUMENTOS POR ÁREA ESPECÍFICA:**

#### **ÁREA PEDIÁTRICA**

Área Quirúrgica

LISTA DE VERIFICACIÓN

Terapia Intensiva

Nutrición Infantil

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ALIMENTACIÓN PARA MENORES DE 2 AÑOS

#### **ARÉA QUIRURGICA:**

Directrices De Organización Y Funcionamiento; Grillas De Habilitación Categorizante; Estándares Para Estación De Anestesia; Flujograma Del Paciente

Cirugía Bariátrica Y Metabólica

Cirugía Ambulatoria

Cirugía Cardiovascular

#### **ÁREA DE URGENCIA Y EMERGENCIA**

Buenas Prácticas Para La Organización Y Funcionamiento

Traslado Sanitario

#### **DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**

Estándares De Calidad En Diagnóstico Y Tratamiento Por Imágenes

#### **DIÁLISIS**

Organización Y Funcionamiento

#### **ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Directrices De Organización Y Funcionamiento

#### **ESTERILIZACIÓN**

Directrices De Organización Y Funcionamiento

#### **HEMODINAMIA Y CIRUGÍA ENDOVASCULAR**

Directrices De Organización Y Funcionamiento

#### **HOSPITAL DE DÍA**

Directrices De Organización Y Funcionamiento

#### **INFECTOLOGÍA**

Trypanosoma Cruzi

#### **INTERNACIÓN**

Directrices De Organización Y Funcionamiento De Internación

## **MATERNIDAD**

Condiciones Obstétricas Y Neonatales Esenciales

Protocolos Y Guías De Atención

DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Caracterización De Los Servicios De Acuerdo Al Nivel De Resolución

Lactancia Materna

CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES AMIGOS DE LA LACTANCIA

BANCOS DE LECHE HUMANA

CENTROS DE LACTANCIA MATERNA

## **MEDICINA PALIATIVA**

Organización Y Funcionamiento

## **NUTRICIÓN/ALIMENTACIÓN**

Guías Alimentarias

## **TERAPIA INTENSIVA**

Organización Y Funcionamiento

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

## **TRANSPLANTE DE ORGANOS**

Buenas Prácticas En Procedimientos Para Organización Y Funcionamiento

## **OTROS DOCUMENTOS ESPECÍFICOS**

Baños Secos

## **DOCUMENTOS GENERALES:**

### **PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2021/2024**

- 1. Resolución 2546/2021. Plan Nacional de Calidad en Salud 2021/2024. Consejo Nacional Asesor de Calidad en Salud**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2021/2024

ENLACE <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/249893/20210922>

## CATEGORIZACIÓN Y TIPOLOGÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA ARGENTINA

### Tipologías De Establecimientos De Salud Y Criterios Básicos De Categorización De Establecimientos

2. **Resolución 900-E/2017. Tipologías de establecimientos de salud y criterios básicos de categorización de establecimientos de salud.**

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: TIPOLOGÍAS
- ANEXO 2: CRITERIOS BÁSICOS DE CATEGORIZACIÓN
- ANEXO 3: TIPOLOGÍAS DE CAMAS

ENLACE: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/166717/20170719>

### GRILLAS DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE Y DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS Y CENTROS DE SALUD

(En este apartado se agrupan las grillas de habilitación categorizante que incluyen establecimientos completos o varios servicios o áreas. Las grillas de habilitación desarrolladas para áreas o servicios específicos, se encontrarán en el área a la que correspondan)

### Consultorios Individuales, Policonsultorios Y Servicios De Atención Ambulatoria

3. **Resolución 1086/2019. Directrices de organización y funcionamiento y grillas de habilitación categorizante para consultorios individuales, policonsultorios y servicios de atención ambulatoria. Deroga la resolución 431/00.**

## CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/33773.html>
- ANEXO 1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1086\\_2019anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1086_2019anexo1.pdf)
- ANEXO 2: GRILLA DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1086\\_2019anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1086_2019anexo2.pdf)

## Registro Nacional De Prestadores De Servicios De Atención A Personas Con Discapacidad

### 4. Resolución 2/2013. Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad

## CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-2-2013-208471/texto>
- DISPOSICION 1216: REQUISITOS PARA INICIAR EL TRAMITE:  
ENLACE: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/80000-84999/81248/norma.htm>
- INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO  
ENLACE: <https://www.argentina.gob.ar/servicio/inscribirse-en-el-registro-nacional-de-prestadores>

## PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

### 2017

### 5. Resolución 856-E/2017. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención. Normatización.

## CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/29089.html>

**6. Resolución 1303-E/2017. Modificación de la resolución 856-E/2017.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN (MODIFICACIÓN)

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/29298.html>

**7. Resolución 964-E/2017. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN (NORMAS COMPLEMENTARIA)

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/29154.html>

**8. Decreto 178/2017. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/28605.pdf>

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

### Sistema Nacional De Evaluación De La Calidad

**9. Resolución 1738/2021. Créase el Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud en el ámbito del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: DOCUMENTO MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
- ANEXO 2: CRITERIOS BÁSICOS DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

ENLACE: [http://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/msres1738\\_2021.pdf](http://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/msres1738_2021.pdf)

## Herramienta De Autoevaluación De Buenas Prácticas

### 10. Resolución 1744/2021. Documento Marco de la Herramienta para la Autoevaluación de Buenas Prácticas para la Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: [http://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/msres1744\\_2021.pdf](http://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/msres1744_2021.pdf)
- ANEXO 1: DOCUMENTO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1744\\_2021anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1744_2021anexo1.pdf)
- ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1744\\_2021anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1744_2021anexo2.pdf)
- ANEXO 3: PROCESO DE RECONOCIMIENTO  
ENLACE [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1744\\_2021anexo3.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1744_2021anexo3.pdf)

## Plan De Evaluación Y Mejora De La Calidad Del Primer Nivel De Atención

### 11. Resolución 1737/2019. Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/34005.html>
- ANEXO 1: PLAN DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1737\\_2019anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1737_2019anexo.pdf)

## Indicadores Básicos De Calidad

### 12. Resolución 2634/2019. Marco del panel de indicadores para la evaluación de la calidad y el desempeño de la atención primaria.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/34210.html>
- PANEL DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y EL DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2634\\_2019anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2634_2019anexo2.pdf)

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

### Herramienta Para La Evaluación Y Mejora De La Seguridad De Los Pacientes

### 13. Resolución 2801/2020. Herramienta para la Evaluación y Mejora de la Seguridad de los Pacientes en el ámbito de la Atención Sanitaria.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/37843.pdf>
- HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL AMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres2801\\_2020anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres2801_2020anexo.pdf)

### Acciones Para La Seguridad De Los Pacientes

### 14. Resolución 2707/2019. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/34237.pdf>



- ACCIONES PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2707\\_2019anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2707_2019anexo.pdf)

## Control De Infecciones Asociadas Al Cuidado De La Salud (Iacs)

### CERTIFICACIÓN DE PROGRAMAS HOSPITALARIOS

15. **Resolución 2548/2021. Certificación Nacional de Programas Hospitalarios de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.**

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: CERTIFICACIÓN NACIONAL DE PROGRAMAS HOSPITALARIOS DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD.

ENLACE: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/249895/20210922>

### CONSENSO INTERINSTITUCIONAL PARA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

16. **Resolución 178/2018. Consenso Interinstitucional Sistema Nacional de evaluación de programas de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. SINEPPyCC IACS.**

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ENLACE. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/32255.html>
- ANEXO 1: INSTRUMENTO PARA LA AUTOEVALUACIÓN  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres178\\_2018anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres178_2018anexo1.pdf)
- ANEXO 2: SISTEMA PARA LA AUTOEVALUACIÓN  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres178\\_2018anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres178_2018anexo2.pdf)
- ANEXO 3: MANUAL DEL USUARIO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres178\\_2018anexo3.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres178_2018anexo3.pdf)
- ANEXO 4: PRE- INSCRIPCIÓN  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres178\\_2018anexo4.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres178_2018anexo4.pdf)

## CONSENSO NACIONAL PARA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

17. Resolución 690/2018. Consenso Nacional para la implementación de programas de prevención y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) en los establecimientos de salud.

### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/32372.html>
- DOCUMENTO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres690\\_2018anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres690_2018anexo.pdf)

## RESIDUOS PATOGENICOS

### Directrices Nacionales

18. Resolución 134/2016. Directrices Nacionales para la Gestión de Residuos en Establecimientos de Atención de la Salud

### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/26607.html>
- ANEXO 1: DIRECTRICES NACIONALES PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE SALUD  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres134\\_2016anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres134_2016anexo.pdf)

### Directrices Sanitarias Para La Señalización De La Gestión Interna

19. Resolución 1792/2014 Directrices Sanitarias para la señalización de la gestión interna de residuos en establecimientos de atención de la salud

### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN

- ANEXO 1: DIRECTRICES SANITARIAS PARA LA SEÑALIZACIÓN DE LA GESTIÓN INTERNA DE LOS RESIDUOS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

ENLACE: <http://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/23685.html>

## OTROS DOCUMENTOS SOBRE CALIDAD

### Comisión Nacional Sobre Calidad En Salud

#### 20. Resolución 317/2016. Comisión Nacional sobre Calidad en Salud.

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/29206.html>

### Comités De Calidad

#### 21. Resolución 2041/2014. Directrices de organización y funcionamiento de Comités de Gestión de la Calidad en los Establecimientos de Salud.

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE COMITÉS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/23738.html>

### Guía Para Adaptación De Guías De Práctica Clínica

#### 22. Resolución 2502/2019. Guía para la adaptación de guías de práctica clínica.

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/34189.html>
- ANEXO 1: GUÍA PARA LA ADAPTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
- ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2502\\_2019anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2502_2019anexo.pdf)

## Estandarización De Procesos Asistenciales

### 23. Resolución 1674-E/2017. Definiciones de estandarización de procesos asistenciales.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: DEFINICIONES DE ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/29445.html>

## DOCUMENTOS POR ÁREA ESPECÍFICA:

### ÁREA PEDIÁTRICA

#### Área Quirúrgica

##### LISTA DE VERIFICACIÓN

### 24. Resolución 749/2014. Listado de Verificación para la Cirugía Pediátrica Segura. Manual de uso e instrucciones.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.
- ANEXO: LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA SEGURA. MANUAL DE USO E INSTRUCCIONES

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/23025.html>

## Terapia Intensiva

### 25. Resolución 747/2014. Directrices de organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos e intermedios pediátricos en establecimientos asistenciales

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.
- ANEXO: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/23022.html>

## Nutrición Infantil

### GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ALIMENTACIÓN PARA MENORES DE 2 AÑOS

#### 26. Resolución 1533/2021. Guía de Práctica Clínica sobre Alimentación Complementaria para los Niños y Niñas Menores de 2 años.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.
- ANEXO: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS

ENLACE: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/245023/20210531>

## ARÉA QUIRURGICA:

### Directrices De Organización Y Funcionamiento; Grillas De Habilitación Categorizante; Estándares Para Estación De Anestesia; Flujograma Del Paciente

**27. Resolución 810/2020. Directrices de organización y funcionamiento para Centro Quirúrgico en Establecimientos con Internación. Grilla de habilitación categorizante. Estándares para estación de anestesia y el flujograma del paciente**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/35168.html>
- ANEXO 1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810\\_2020anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810_2020anexo1.pdf)
- ANEXO 2: GRILLA DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810\\_2020anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810_2020anexo2.pdf)
- ANEXO 3. ESTÁNDARES PARA ESTACIÓN DE ANESTESIA  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810\\_2020anexo3.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810_2020anexo3.pdf)
- ANEXO 4: FLUJOGRAMA DEL PACIENTE.  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810\\_2020anexo4.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810_2020anexo4.pdf)

## **Cirugía Bariátrica Y Metabólica**

**28. Resolución 1064/2020. Proceso Asistencial en Cirugía Bariátrica y Metabólica y los Requisitos Mínimos para el Registro Nacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/35552.pdf>
- ANEXO 1: PROCESO ASISTENCIAL  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1064\\_2020anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1064_2020anexo1.pdf)
- ANEXO 2: REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL REGISTRO NACIONAL  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1064\\_2020anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1064_2020anexo2.pdf)

## **Cirugía Ambulatoria**

**29. Resolución 1866-E/2017. Directrices de organización y funcionamiento de los servicios de cirugía ambulatoria.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

ENLACE: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-1866-2017-281891/texto>

## Cirugía Cardiovascular

### 30. Resolución 1883/2005. Norma de organización y funcionamiento de los Servicios de Cirugía Cardiovascular.

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

ENLACE: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-1883-2005-112349/texto>

## ÁREA DE URGENCIA Y EMERGENCIA

### Buenas Prácticas Para La Organización Y Funcionamiento

#### 31. Resolución 2211/2015. Requisitos de Buenas Prácticas. Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia.

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO: REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA

ENLACE: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-2211-2015-256476/texto>

## Traslado Sanitario

**32. Resolución 906-E/2017. Directrices de organización y funcionamiento para móviles de traslado sanitario - servicios terrestres.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/29122.html>
- ANEXO 1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO PARA MÓVILES DE TRASLADO SANITARIO - SERVICIOS TERRESTRES.  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres906-E\\_2017anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres906-E_2017anexo.pdf)

## DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

### Estándares De Calidad En Diagnóstico Y Tratamiento Por Imágenes

**33. Resolución 3590/2021. Estándares de calidad en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: ESTÁNDARES DE CALIDAD EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR IMÁGENES
- ANEXO 2: LEGISLACIÓN EN LA REPÚBLICA ARGENTINA RELACIONADA A DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
- ANEXO 3: PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN FUENTES EMISORAS DE RADIACIÓN
- ANEXO 4: PLANIFICACIÓN Y RECURSOS
- ANEXO 5: HERRAMIENTA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR IMÁGENES
- ANEXO 6: RELEVAMIENTO A ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR IMÁGENES

ENLACE:

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/254261/20211213>

## DIÁLISIS



## Organización Y Funcionamiento

### 34. Resolución 2224/2019. Directrices de organización y funcionamiento para los centros, servicios o unidades de diálisis y Grillas de habilitación categorizante.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/34153.html>
- ANEXO 1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO PARA LOS CENTROS, SERVICIOS O UNIDADES DE DIÁLISIS  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2224\\_2019anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2224_2019anexo1.pdf)
- ANEXO 2: AGUA Y LIQUIDO PARA DIÁLISIS  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2224\\_2019anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2224_2019anexo2.pdf)
- ANEXO 3: GRILLA DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2224\\_2019anexo3.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres2224_2019anexo3.pdf)

## ENDOSCOPIA DIGESTIVA

### Directrices De Organización Y Funcionamiento

### 35. Resolución 586/2019. Directrices de organización y funcionamiento de endoscopia digestiva y las grillas de habilitación categorizante.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/33194.html>
- DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres586\\_2019anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres586_2019anexo1.pdf)
- GRILLA DE HABILITACIÓN  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres586\\_2019anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres586_2019anexo2.pdf)

## ESTERILIZACIÓN

## Directrices De Organización Y Funcionamiento

36. **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.**

### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/33749.html>
- DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1067\\_2019anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1067_2019anexo1.pdf)
- GRILLAS DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1067\\_2019anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres1067_2019anexo2.pdf)

37. **Resolución 1158/2019. Directrices de organización y funcionamiento de centrales de esterilización y reprocesamiento de productos médicos en establecimientos de salud y establecimientos exclusivos de esterilización externos. Rectificación de la resolución 1067/19.**

### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/33842.html>

## HEMODINAMIA Y CIRUGÍA ENDOVASCULAR

### Directrices De Organización Y Funcionamiento

38. **Resolución 1184/2018. Directrices de organización y funcionamiento de Hemodinámica en áreas de diagnóstico y terapéutica endovascular por cateterismo, cirugía endovascular y radiología intervencionista.**

### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/31563.html>
- ANEXOS 1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1184\\_2018anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1184_2018anexo1.pdf)
- ANEXO 2: GRILLA DE HABIITACIÓN CATEGORIZÁNTE  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1184\\_2018anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1184_2018anexo2.pdf)

## HOSPITAL DE DÍA

### Directrices De Organización Y Funcionamiento

39. **Resolución 2545/2021. Directrices De Organización Y Funcionamiento de Hospital De Día, Procesos de un Hospital de Día y Grilla de Habilitación categorizante de Hospital de Día.**

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
- ANEXO2: PROCESOS EN UN HOSPITAL DE DÍA
- ANEXO 3: GRILLA DE HABIITACIÓN CATEGORIZÁNTE

ENLACE: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/249892/20210922>

## INFECTOLOGÍA

### Trypanosoma Cruzi

40. **Resolución 1337/2014. Pautas para la Atención al Paciente Infectado con Trypanosoma Cruzi (Enfermedad de Chagas).**

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO: PAUTAS PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE INFECTADO CON TRYPANOSOMA CRUZI

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/23419.html>

## INTERNACIÓN

### Directrices De Organización Y Funcionamiento De Internación

41. **Resolución 2547/2021. Directrices de Organización y Funcionamiento de Internación. Modelos de Gestión por Cuidados Progresivos. Habilitación de Internación en Cuidados Básicos y Grilla de Habilitación Categorizante de Internación en Establecimientos de Salud.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
- ANEXO 2: LA HABILITACIÓN DE INTERNACIÓN EN CUIDADOS BÁSICOS
- ANEXO 3: GRILLA DE HABIITACIÓN CATEGORIZÁNTE

ENLACE: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/249894/20210922>

## MATERNIDAD

### Condiciones Obstétricas Y Neonatales Esenciales

42. **Resolución 670/2019. Condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) como requisitos esenciales para el funcionamiento de todos los establecimientos de salud de nivel II y III, públicos o privados donde se atienden partos.**

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/33321.html>
- ANEXOS: CONE  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres670\\_2019anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres670_2019anexo.pdf)

## Protocolos Y Guías De Atención

### DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

43. **Resolución 1535/2021. Protocolo para la Atención de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, Actualización 2021.**

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.  
ENLACE: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/244950/20210528>
- ANEXO 1: PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO, ACTUALIZACIÓN 2021  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1535\\_2021anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1535_2021anexo.pdf)

## Caracterización De Los Servicios De Acuerdo Al Nivel De Resolución

44. **Resolución 495/2014. Caracterización de los Servicios según nivel de Resolución. Incorporación como anexo II a la resolución 348/2003.**

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO: CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SEGÚN NIVEL DE RESOLUCIÓN

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/22858.html>

## Lactancia Materna

### CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES AMIGOS DE LA LACTANCIA

45. **Resolución 736/2021. Condiciones, requisitos y procedimientos para la certificación como Hospital Amigo de la Lactancia (HAL)**

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.  
ENLACE: [http://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/msres736\\_2021.pdf](http://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/msres736_2021.pdf)

- ANEXO: REGLAMENTO DE INCORPORACIÓN Y FUNCIONAMIENTO  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres736\\_2021anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres736_2021anexo.pdf)

## **BANCOS DE LECHE HUMANA**

### **Buenas prácticas para la organización y funcionamiento**

46. **Resolución 1420/2016. Requisitos de buenas prácticas para la organización y funcionamiento de los bancos de leche humana y centros de recolección de leche humana**

#### **CONTENIDO DEL DOCUMENTO:**

- RESOLUCIÓN
- ANEXO: REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS BANCOS DE LECHE HUMANA Y CENTROS DE RECOLECCIÓN DE LECHE HUMANA

ENLACE: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-1420-2016-265430/texto>

### **Directrices para la organización y funcionamiento**

47. **Resolución 270/2015. Directrices para la organización y funcionamiento de los bancos de leche humana en establecimientos asistenciales y su correspondiente grilla de habilitación categorizante.**

#### **CONTENIDO DEL DOCUMENTO:**

- RESOLUCIÓN
- ANEXO: DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS BANCOS DE LECHE HUMANA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES Y SU CORRESPONDIENTE GRILLA DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/24532.html>

## **CENTROS DE LACTANCIA MATERNA**

### **Directrices de organización y funcionamiento**

48. **Resolución 743/2013. Directrices para la organización y el funcionamiento de los Centros de Lactancia Materna en Establecimientos Asistenciales.**

#### **CONTENIDO DEL DOCUMENTO:**

- RESOLUCIÓN.
- ANEXO 1: DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE LACTANCIA MATERNA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/21235.html>

#### Grilla de habilitación categorizante

#### 49. Resolución 1537/2015: incorporación de grilla de habilitación categorizante a la resolución 743/2013

##### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.
- ANEXO 1: GRILLA DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/25807.html>

## MEDICINA PALIATIVA

### Organización Y Funcionamiento

#### 50. Resolución 357/2016. Directrices de organización y funcionamiento en Cuidados Paliativos.

##### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.
- ANEXO: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS

ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/26683.html>

## NUTRICIÓN/ALIMENTACIÓN

### Guías Alimentarias

#### 51. Resolución 693/2019. Guías alimentarias para la población argentina.

## CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN.  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/33336.html>
- ANEXO 1: GUÍAS ALIMENTARIAS  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres693\\_2019anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres693_2019anexo1.pdf)
- ANEXO 2: MANUALES PARA LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS  
ENLACE: [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres693\\_2019anexo2.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres693_2019anexo2.pdf)

## TERAPIA INTENSIVA

**Organización Y Funcionamiento****BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO****52. Resolución 46/2016. Requisitos de buenas practicas para organización y funcionamiento de los servicios de terapia intensiva adultos, pediátrica y neonatal**

## CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO: REQUISITOS DE BUENAS PRACTICAS PARA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS, PEDIÁTRICA Y NEONATAL

ENLACE: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-46-2016-258153/texto>

**DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO****53. Resolución 748/2014. Directrices de organización y funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos**

## CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO: DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ENLACE: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/106689/20140529>



## TRANSPLANTE DE ORGANOS

### Buenas Prácticas En Procedimientos Para Organización Y Funcionamiento

#### 54. Resolución 154/2016. Requisitos De Buenas Prácticas en Procedimientos para Organización y Funcionamiento de Los Servicios de Trasplantes De Órganos

##### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN
- ANEXO 1: REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN PROCEDIMIENTOS PARA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

ENLACE: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-154-2016-259080/texto>

## OTROS DOCUMENTOS ESPECÍFICOS

### Baños Secos

#### 55. Resolución 378-E/2017. Directrices sanitarias para baños secos.

##### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

- RESOLUCIÓN  
ENLACE: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/28666.html>
- ANEXO: DIRECTRICES SANITARIAS PARA BAÑOS SECOS
- ENLACE. [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres378-E\\_2017anexo.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres378-E_2017anexo.pdf)

# **Anexo D**

## **Requisitos para evaluadores**

### **REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

## Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

### Requisitos relativos al personal evaluador

La EEE debe contar con un cuerpo de evaluadores constituido por profesionales universitarios idóneos, con formación especializada en el área de incumbencia y capacitación periódica en procesos de evaluación externa de la calidad en salud, ya sea mediante la aprobación de cursos o programas de capacitación dictados en la entidad o en otras instituciones.

El personal evaluador debe poder demostrar capacitación que incluya los siguientes contenidos mínimos:

- Metodología para la evaluación en terreno de los criterios de evaluación externa de la calidad en salud.
- Código de ética y conducta del evaluador.
- Buenas Prácticas en atención en servicios de salud, seguridad y derechos de pacientes.
- Normativa que regula la actividad de evaluación externa de la calidad.
- Prácticas comprobables en terreno de aplicación de criterios de evaluación externa de la calidad en salud en instituciones de salud.

Se solicitará en carácter obligatorio:

- Matrícula profesional e inscripción en REFEPS, si corresponde.
- Currículum Vitae- Antecedentes profesionales
- Formación específica en la especialidad o área que se va a certificar: especialista universitario, residencia completa, posgrado, etc.
- Capacitación específica o cursos cuyo programa incluya los siguientes contenidos:
  - *General:*
    - Metodología para la evaluación externa
    - Herramientas e informes de evaluación.
  - *Específico por cada tipo de evaluación externa:*
    - Metodología de la evaluación en terreno de los criterios o estándares correspondientes al manual que corresponde a la evaluación externa que realizará.

- Prácticas comprobables en terreno de aplicación de criterios o estándares en instituciones de salud

Se considerará en carácter recomendable:

- Marco normativo del sistema de acreditaciones y certificaciones en Argentina (RM 1738/2021).
- Seguridad del paciente y familias. (Cultura de seguridad, uso seguro de medicamentos, prevención y control de IACS, cirugías seguras, prácticas seguras en los cuidados de los pacientes, identificación correcta de los pacientes, comunicación efectiva entre profesionales, abordaje de eventos adversos, rol del paciente en la seguridad del paciente. Metas internacionales de Seguridad del paciente)
- Normativa sobre derechos de pacientes
- Conocimiento de Estructura y contenido de los estándares mínimos del MSAL

Antecedentes de actividades realizadas por el personal evaluador (últimos dos años)

- Certificaciones. Tipo, fecha.
- Acreditaciones. Tipo, fecha.

# **ANEXO E**

## **INFORME DE EVALUACIÓN MODELO**

**REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES  
DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA  
CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

## **A. De la Entidad de Evaluación Externa**

### **Datos de la Entidad**

- Nombre de la entidad
- CUIT
- Razón Social
- Ubicación. Domicilio.
- Teléfono
- Email

### **Autoridad que avala la inscripción**

- Apellido y Nombre
- CUIT/CUIL
- Profesión
- Domicilio/Teléfono/correo
- CUIT/CUIL
- Profesión
- Domicilio/Teléfono/correo

### **Datos del responsable designado en la entidad para las actividades de Evaluación Externa**

- Apellido y Nombres
- CUIT/CUIL
- Profesión
- Domicilio/Teléfono/correo

## **B. De la documentación presentada**

✓ *Conforme / No conforme*

**C. De los resultados de la evaluación**

- Revisión de aspectos estructurales, administrativos, de organización y gestión

Requisito	Contiene		Aclaraciones
	SI	NO	
Solicitud de inscripción firmada por la máxima autoridad de la entidad			
Copia del acta de designación e identificación de la persona responsable de los procesos de evaluación externa de la calidad (nombre y apellido, domicilio, CUIT, profesión, teléfono, correo electrónico, currículum vitae).			
Requisitos para ser la persona responsable:			
Título profesional universitario.			
Capacitación o experiencia verificable en procesos de evaluación externa de la calidad.			
Antecedentes de actividad como evaluadores en los últimos DOS (2) años (incluyendo tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha).			
Constancia de inscripción vigente ante la Inspección General de Justicia u organismo que corresponda. (si corresponde)			
Copia del Estatuto inscripto en el registro que corresponda, el que debe incluir expresamente como parte de su objeto el o los procesos de evaluación externa de la calidad que desarrolla. (si corresponde)			
Copia del reglamento de la Entidad, si corresponde por el tipo de Entidad (si en el reglamento se incluye el Estatuto debe aclararse).			
Nómina de autoridades (nombre y apellido, domicilio, CUIT, dirección, profesión, teléfono, correo electrónico) y copia certificada del Acta de la Comisión Directiva que las designa.			
Dirección URL de página web de poseer.			
Copia del balance general contable de los últimos 3 años para las entidades privadas sin fines de lucro. (si corresponde)			
Política de accesibilidad económica a los procesos de evaluación externa de la calidad para solicitantes de los sectores público y privado, que incluya a modo enunciativo: sistema de descuentos o bonificaciones sobre el proceso de evaluación o sobre los cursos de capacitación en evaluación externa, de corresponder.			
Seguro de responsabilidad civil vigente. (si corresponde)			
Modelo de diploma a otorgar para cada tipo de evaluación externa de la calidad a realizar.			
Resumen de actividad de la entidad e historial de evaluaciones externas de calidad realizadas en establecimientos, servicios o programas en los últimos TRES (3) años (tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha y dictamen final).			

	Pasa	No pasa	Parcial /A completar
<b>Revisión</b>			
<b>Fecha</b>			
<b>Revisor</b>			

✓ **Conforme / No conforme**

- Revisión proceso de evaluación de la EEE – manual de procedimientos.

Sección	Contiene		Aclaraciones
	SI	NO	
Definición de objetivos			
Definición de alcance y ámbito de aplicación.			
Identificación del/los responsables y equipo de trabajo.			
Referencia a reglamentaciones, directrices, normativa y otros documentos en los que se apoye el procedimiento descripto.			
Glosario o definiciones			
Identificación de la secuencia de pasos en el procedimiento (modalidad de solicitud, requisitos, modalidad de evaluación, resultados posibles, apelaciones, comunicación)			
Etapa de autoevaluación			
Comunicación previa al establecimiento, servicio, áreas evaluada de los estándares con los que la EEE realizará la evaluación			
Formularios, instructivos y otro material de apoyo			
Identificación de tiempos y fechas			
Modelo de declaración de conflicto de intereses			
Desarrollo de un mapa de procesos			

	Pasa	No pasa	Parcial /A completar
<b>Revisión</b>			
<b>Fecha</b>			
<b>Revisor</b>			

✓ *Conforme / No conforme*



- Revisión manual de estándares

#### Parte A.

#### BUENAS PRÁCTICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

#### Resumen de revisión

Dimensión		Imprescindible	Necesario	Recomendable
		Incluido Si	Incluido Si	Incluido Si
1	Organización del establecimiento	%	%	%
2	Gestión de Recursos Humanos	%	%	%
3	Gestión de Calidad	%	%	%
4	Seguridad de los pacientes	%	%	%

#### Parte B.

#### Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM)

#### Documentos específicos.

Indicar, si corresponde, aquellos documentos del PNGCAM que apliquen al proceso de evaluación externa en revisión:

.....

.....

	Pasa	No pasa	Parcial /A completar
<b>Revisión PARTE A</b>			
<b>Revisión PARTE B</b>			
<b>Fecha</b>			
<b>Revisor</b>			

✓ *Conforme / No conforme*

## • Revisión requisitos evaluadores

EVALUADOR		CONDICIÓN	Contiene		Aclaraciones
			SI	NO	
Apellidos y Nombres		Obligatorio			
CUIL/CUIT		Obligatorio			
Profesión	Título universitario (requerido)	Obligatorio			
Matrícula- REFEPS (si corresponde)		Obligatorio			
CV - Antecedentes		Obligatorio			
Formación específica en la especialidad o área que se va a certificar: especialista universitario, residencia completa, posgrado, etc.		Obligatorio			
<b>Capacitación específica o curso cuyo programa incluya los siguientes contenidos:</b>					
<i>General</i>	Metodología para la evaluación externa	Obligatorio			
	Herramientas e informes de evaluación.	Obligatorio			
	Marco normativo del sistema de acreditaciones y certificaciones en Argentina (RM 1730/2021)	RECOMENDABLE			
	Seguridad del paciente y familias. (cultura de seguridad, uso seguro de medicamentos, prevención y control de IACS, drogas seguras, prácticas seguras en los cuidados de los pacientes, identificación correcta de los pacientes, comunicación efectiva entre profesionales, abordaje de eventos adversos, rol del paciente en la seguridad del paciente. Metas internacionales de Seguridad del paciente)	RECOMENDABLE			
	Normativa sobre derechos de pacientes	RECOMENDABLE			
	Conocimiento de Estructura y contenido de los estándares mínimos del MSAL (RM 1744/2021)	RECOMENDABLE			
<i>Específico (por cada tipo de evaluación externa que realiza)</i>	Metodología de la evaluación en terreno de los criterios o estándares correspondientes al manual que corresponde a la evaluación externa que realizará	Obligatorio			
	Prácticas comprobables en terreno de aplicación de criterios o estándares en instituciones de salud	Obligatorio			
<i>Otros</i>	Curso Gestión de la Calidad en Establecimientos de Salud (MSAL-PVS)	No obligatorio			
	Curso Seguridad del Paciente. Resultado inherente a la gestión de la calidad y la gestión de los riesgos (MSAL-PVS)	No obligatorio			
	Norma ISO/IEC 9001:2015	No obligatorio			
	Planificación. Gestión por procesos. Gestión centrada en la persona/usuario.	No obligatorio			
	Maestría, especialización, diplomatura en gestión de servicios de salud, auditoría médica, salud pública, evaluación de calidad en salud	No obligatorio			
	Diseño de procesos o programas de mejora de la calidad	No obligatorio			
	Gestión de riesgos	No obligatorio			
OTROS a destacar					
<b>Historia de actividades realizadas por el evaluador</b>					
Certificaciones		Tipos / fechas			
Acreditaciones		Tipos / fechas			

	Pasa	No pasa	Parcial /A completar
Revisión			
Fecha			
Revisor			

✓ *Conforme / No conforme*

*Fecha*  
*Equipo técnico SINECAS*

# **ANEXO F**

# **DICTAMEN**

# **MODELO**

**REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES  
DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA  
CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

Buenos Aires, .....

*Ref: Solicitud de inscripción en Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud de .....*

#### ANTECEDENTES:

El Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud se crea por resolución ministerial 1738/2021, en que se da origen al Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud.

Para la inscripción en dicho registro, Ingresa la DNCSSYRS- SINECAS el EX-2022-xxxxxxx de fecha xxxx de 20xx.

El trámite contiene:

- Solicitud de inscripción
- Documentación registral inicial
- Documentación sobre aspectos estructurales, administrativos, de organización y gestión de la EEE
- Material del proceso de evaluación de la EEE – manual de procedimientos.
- Manual de estándares y documentos específicos de la EEE.
- Antecedentes y requisitos formales del listado de evaluadores presentados por la EEE

Sobre la solicitud se generó el informe de evaluación de fecha XX/XX/XX, que se incorporó en orden XX.

#### INFORME DE EVALUACIÓN

Se procedió a:

Analizar en función de la normativa vigente la documentación solicitada en dicho expediente y según manual de procedimientos de SINECAS.

Se evaluó:

- Documentación registral inicial
- Documentación sobre aspectos estructurales, administrativos, de organización y gestión de la Entidad de Evaluación Externa (EEE)
- Material del proceso de evaluación de la EEE – manual de procedimientos.
- Manual de estándares y documentos específicos de la EEE.

- Antecedentes y requisitos formales del listado de evaluadores presentados por la EEE

Se adjunta informe de evaluación N° ..... , emitido por el equipo técnico con fecha....., incorporado al expediente..... en orden N° XX, elaborado acorde el Manual de Procedimientos SINECAS y que cumple con los criterios de imparcialidad e independencia establecidos.

#### Conclusiones.

De acuerdo con la *Resolución Ministerial 1738/2021*, el Manual de Procedimientos SINECAS y en función del informe de evaluación realizado, se considera que la presentación cumple con los requisitos correspondientes y se dicta conformidad/No conformidad para la inscripción de .....(entidad)....., sus procesos de evaluación externa y su nómina de evaluadores en el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad el Salud.

**Datos del evaluador**

**Firma**

**Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud**

# **ANEXO G**

## **FORMULARIOS Y ANEXOS**

**REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES  
DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA  
CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud

---

## Formularios y Anexos

### CONTROL DE VERSIONES



<b>Formularios y Anexos</b>	<b>Última versión disponible</b>
F 01 – Revisión de aspectos estructurales, administrativos, de organización y gestión	<i>Junio / 2022</i>
F 02 – Revisión del proceso de evaluación de la EEE- Manual de procedimientos	<i>Junio / 2022</i>
F 03 – Revisión de manuales de estándares	<i>Junio / 2022</i>
F 04 – Revisión de requisitos de evaluadores	<i>Junio / 2022</i>
F 05 – Formulario de revisión y queja	<i>Junio / 2022</i>
<b>ANEXO A</b> - Instructivo Inscripción de una entidad de evaluación externa en el Registro Nacional de EEE en Salud (trámite TAD)	<i>Junio / 2022</i>
<b>ANEXO B</b> - Buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud	<i>Junio / 2022</i>
<b>ANEXO C</b> - Documentos PNGCAM – Generales y específicos	<i>Junio / 2022</i>
<b>ANEXO D</b> - Requisitos para evaluadores	<i>Junio / 2022</i>
<b>ANEXO E</b> - Modelo Informe de evaluación	<i>Junio / 2022</i>
<b>ANEXO F</b> - Modelo dictamen	<i>Junio / 2022</i>
<b>ANEXO G</b> – Formularios y Anexos	<i>Junio / 2022</i>

# **F 01**

## **Aspectos estructurales, administrativos, de organización y gestión**

**REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES  
DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA  
CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

## Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

### Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud

#### Formulario 01

#### Aspectos relativos a la estructura. Administrativos, y de organización y gestión

La EEE debe presentar la documentación respaldatoria correspondiente a estos aspectos.

El formulario de verificación de documentación Inicial, se configura de la siguiente manera:

Requisito - Contiene: *SI/ NO - Aclaraciones*

Debe completarse con una X, si cada requisito se presentó de manera adecuada: si se identifica o verifica (SI), no se incluye (NO). En la columna Aclaraciones, el equipo técnico y/o operativo podrá dejar sentado la justificación para las respuestas colocadas, que servirán para el informe y dictamen.

Requisito	Contiene		Aclaraciones
	SI	NO	
Solicitud de inscripción firmada por la máxima autoridad de la entidad			
Copia del acta de designación e identificación de la persona responsable de los procesos de evaluación externa de la calidad (nombre y apellido, domicilio, CUIT, profesión, teléfono, correo electrónico, currículum vitae).			
Requisitos para ser la persona responsable:			
Título profesional universitario.			
Capacitación o experiencia verificable en procesos de evaluación externa de la calidad.			
Antecedentes de actividad como evaluadores en los últimos DOS (2) años (incluyendo tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha).			
Constancia de inscripción vigente ante la Inspección General de Justicia u organismo que corresponda. (si corresponde)			
Copia del Estatuto inscripto en el registro que corresponda, el que debe incluir expresamente como parte de su objeto el o los procesos de evaluación externa de la calidad que desarrolla. (si corresponde)			
Copia del reglamento de la Entidad, si corresponde por el tipo de Entidad (si en el reglamento se incluye el Estatuto debe adararse).			
Nómina de autoridades (nombre y apellido, domicilio, CUIT, dirección, profesión, teléfono, correo electrónico) y copia certificada del Acta de la Comisión Directiva que las designa.			
Dirección URL de página web de poseer.			
Copia del balance general contable de los últimos 3 años para las entidades privadas sin fines de lucro. (si corresponde)			
Política de accesibilidad económica a los procesos de evaluación externa de la calidad para solicitantes de los sectores público y privado, que incluya a modo enunciativo: sistema de descuentos o bonificaciones sobre el proceso de evaluación o sobre los cursos de capacitación en evaluación externa, de corresponder.			
Seguro de responsabilidad civil vigente. (si corresponde)			
Modelo de diploma a otorgar para cada tipo de evaluación externa de la calidad a realizar.			
Resumen de actividad de la entidad e historial de evaluaciones externas de calidad realizadas en establecimientos, servicios o programas en los últimos TRES (3) años (tipo de evaluación, nombre de la institución solicitante, fecha y dictamen final).			

	Pasa	No pasa	Parcial /A completar
Revisión			
Fecha			
Revisor			

# **F 02**

## **Revisión proceso de evaluación de la EEE (manual de procedimientos)**

**REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES  
DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA  
CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

## Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

### Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud

#### Formulario 02

#### Revisión proceso de evaluación de la EEE (manual de procedimientos)

El manual o documento de procedimientos, debe contener la información detallada, ordenada, sistemática e integral sobre las actividades y responsabilidades que se realizan en la entidad en cada oportunidad de una Evaluación externa.

El formulario de verificación de procedimiento, se configura de la siguiente manera:

Sección - Contiene: *SI/ NO - Aclaraciones*

Debe completarse con una X, si cada sección se encuentra en el documento de procedimiento de la EEE si se identifica o verifica (SI), no se incluye (NO). En la columna Aclaraciones, el equipo verificador podrá dejar sentado la justificación para las respuestas colocadas, que servirán para el informe y dictamen.

Sección	Contiene		Aclaraciones
	SI	NO	
Definición de objetivos			
Definición de alcance y ámbito de aplicación.			
Identificación del/los responsables y equipo de trabajo.			
Referencia a reglamentaciones, directrices, normativa y otros documentos en los que se apoye el procedimiento descrito.			
Glosario o definiciones			
Identificación de la secuencia de pasos en el procedimiento (modalidad de solicitud, requisitos, modalidad de evaluación, resultados posibles, apelaciones, comunicación)			
Etapas de autoevaluación			
Comunicación previa al establecimiento, servicio, áreas evaluada de los estándares con los que la EEE realizará la evaluación			
Formularios, instructivos y otro material de apoyo			
Identificación de tiempos y fechas			
Modelo de declaración de conflicto de intereses			
Desarrollo de un mapa de procesos			

	Pasa	No pasa	Parcial /A completar
<b>Revisión</b>			
<b>Fecha</b>			
<b>Revisor</b>			

## **F 03**

# **Revisión de manuales de estándares de evaluación**

## **REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**



## Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

### Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud

#### Formulario 03

#### Revisión de manuales de estándares de evaluación

##### Parte A.

##### **BUENAS PRACTICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

Los estándares en Buenas Prácticas son los requisitos específicos que se deben constatar para verificar el cumplimiento de cada uno de los criterios mínimos en los manuales de las EEE.

El formulario de verificación de criterios mínimos, se configura de la siguiente manera:

Dimensión - N° estándar - Descripción estándar - Contiene: SI/ NO/ Equivalente - Aclaraciones

Debe completarse con una X, si cada estándar mínimo se encuentra incluido en el manual en revisión, de manera similar, (SI), no se incluye (NO), o se encuentra el ítem incluido pero formulado en un formato equivalente o en otro punto del manual (ej. Como un prerequisite) (equivalente). En la columna Aclaraciones, el equipo verificador podrá dejar sentado la justificación para las respuestas colocadas, que servirán para el informe dictamen.

- Para los procesos integrales de evaluación externa que abarquen al establecimiento en su totalidad (acreditación) se aplicarán el 70% de los criterios de calidad básicos considerados como Imprescindibles y Necesarios.
- Para las evaluaciones externas de servicios, áreas o procesos específicos (certificación) se aplicarán el 70% de los criterios Imprescindibles y Necesarios de calidad básicos relativos a los servicios, áreas asistenciales o procesos sobre los que la EEE desarrolla su actividad tanto

en estructura, recursos, procesos de gestión y seguridad, así como los criterios de calidad básicos que surjan de la normativa incorporada al PNGCAM vinculada a los servicios y procesos correspondientes a la actividad evaluada.

- Sobre el resto de los criterios que no se hallen incluidos se realizarán las sugerencias y solicitudes de incorporación de mismos a las EEE en las nuevas versiones de sus manuales.

DIMENSIÓN 1 - ORGANIZACIÓN		Contiene			Aclaraciones
		SI	NO	Equivalente	
1.1	Cuenta con habilitación o certificación emitida por la autoridad sanitaria competente.				
1.2	Cuenta con un Director o responsable técnico y un reemplazante				
1.3	Se notifica a la autoridad competente siempre que haya cambios del responsable técnico.				
1.4	Dispone de algún dispositivo para el control del acceso de los trabajadores, pacientes, acompañantes y visitantes				
1.5	Realiza la identificación de los acompañantes y visitantes.				
1.6	Cuenta con rampas de acceso y sanitarios con condiciones de accesibilidad para personas con capacidades diferentes.				
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.				
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.				
1.9	Dispone de sistemas de suministro de energía eléctrica de emergencia en los servicios críticos.				
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.				
1.11	Cuenta con un plan de emergencia y evacuación ante eventos de naturaleza potencialmente peligrosa (como incendios, explosiones, inundaciones, derrumbes, otros)				
1.12	Cuenta con agua potable de red pública. O garantiza la provisión de agua potable en el efector.				
1.13	La limpieza de los tanques de agua se realiza de manera periódica y conforme las normativas vigentes				
1.14	El establecimiento asegura una historia clínica única por persona a la que todo el equipo de salud tiene acceso. (En particular en los servicios de internación)				
1.15	Se garantiza la custodia de la historia clínica en todos sus aspectos fundamentalmente respecto a la confidencialidad e integridad de la misma.				
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				
1.17	La historia clínica está disponible ante requerimiento del paciente o sus representantes legales y para la autoridad competente.				
1.18	Dispone de historia clínica (HC) Digital				
1.19	Dispone de algún mecanismo de evaluación de la calidad de la historia clínica				
1.20	Servicios para el manejo de residuos patogénicos				
1.21	Servicios para lavado				
1.22	Servicios para alimentación				
1.23	Servicios para esterilización				
1.24	Servicio de Mantenimiento preventivo y correctivo del edificio e instalaciones				
1.25	Realiza control de la calidad del agua.				
1.26	Dispone de revisiones técnicas, mantenimiento preventivo y correctivo de equipamiento e instrumentos generadores de rayos				
1.27	Realiza control de vectores y plagas urbanas.				
1.28	Realiza la notificación oportuna de Eventos de Notificación Obligatoria.				
1.29	Cuenta con libro acta para registro e guardia (consultas en emergencias y urgencias), libro de partos para registro de nacimientos (si corresponde) y libro de morgue (para registro de ingreso y egreso de cadáveres).				

DIMENSIÓN 2 - GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS		Contiene			Aclaraciones
		SI	NO	Equivalente	
2.1	Tiene mecanismos para garantizar la identificación de los trabajadores				
2.2	Los profesionales del establecimiento están matriculados para su ejercicio y registrados en REFEPS- Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud				
2.3	Cuenta con programa o seguimiento de capacitación técnico-profesional para los trabajadores				
2.4	Cuenta con un programa o plan de salud ocupacional, prevención de riesgos y seguridad en el trabajo				
2.5	El personal del establecimiento cuenta la inmunización prevista por ley para evitar riesgos				
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				
2.7	Cuenta con documentación y registro de accidentes de los trabajadores				

DIMENSIÓN 3 - GESTIÓN DE CALIDAD		Contiene			Aclaraciones
		SI	NO	Equivalente	
3.1	Tiene el establecimiento desde su dirección una política de gestión de la calidad que involucre: estructura, proceso y resultados.				
3.2	Cuenta con Comité o área de calidad.				
3.3	Implementa estándares de calidad				
3.4	Genera informes de calidad periódicamente				
3.5	Cuenta con un sistema de turnos programados que se pueden solicitar de manera presencial, telefónica o vía web.				
3.6	Cuenta con procesos definidos de referencia/contrarreferencia con otros establecimientos de la red a la que pertenece.				
3.7	Promueve la utilización de Guías de práctica clínica o guías para estandarización de procesos				
3.8	Cuenta con un área de estadísticas que realiza informes de producción y estadísticas sanitarias y de gestión				
3.9	Utiliza algún mecanismo de evaluación de la satisfacción / experiencia del usuario				

DIMENSIÓN 4 - SEGURIDAD DEL PACIENTE		Contiene			Aclaraciones
		SI	NO	Equivalente	
4.1	Cuenta con procedimientos estandarizados para la identificación correcta de los pacientes utilizando al menos dos identificadores (por ejemplo nombre completo y fecha de nacimiento).				
4.2	Utilizan métodos para la correcta identificación de muestras biológicas e imágenes, con al menos dos identificadores				
4.3	Cuenta con medidas para la prevención de caída de los pacientes				
4.4	Tiene un plan para la prevención de úlceras por presión (UPP).				
4.5	Cuenta con algún mecanismo para la detección de incidentes o eventos adversos relacionados con la atención a la salud.				
4.6	Se implementa el listado de verificación para la cirugía segura				
4.7	Tiene farmacéutico o técnico en farmacia				
4.8	La gestión de los medicamentos está centralizada en el servicio de Farmacia				
4.9	Cuenta con un formulario terapéutico de la institución, normas de utilización de medicamentos e información útil para garantizar su uso seguro				
4.10	Cuenta con una estrategia para el manejo seguro de los Medicamentos de Alto Riesgo				
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 (IACS)				
4.12	Realiza capacitación continua para todo el personal en la prevención de IACS				
4.13	Se proporcionan los insumos, productos y equipos necesarios para la práctica de higiene de manos de los trabajadores, pacientes, acompañantes y visitantes, (especialmente en lugares cercanos al contacto con el paciente).				
4.14	Cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas al cuidado de la salud				

### Estándares verificados – Cuadro Resumen

Dimensión		Imprescindible	Necesario	Recomendable
		Incluido Si	Incluido Si	Incluido Si
1	Organización del establecimiento	%	%	%
2	Gestión de Recursos Humanos	%	%	%
3	Gestión de Calidad	%	%	%
4	Seguridad de los pacientes	%	%	%

**Parte B.****Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM)****Documentos específicos.**

Indicar, si corresponde, aquellos documentos del PNGCAM que apliquen al proceso de evaluación externa en revisión:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	<b>Pasa</b>	<b>No pasa</b>	<b>Parcial /A completar</b>
<b>Revisión PARTE A</b>			
<b>Revisión PARTE B</b>			
<b>Fecha</b>			
<b>Revisor</b>			

# **F 04**

## **Revisión requisitos de evaluadores**

**REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES  
DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA  
CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

## Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

### Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud

#### Formulario 04

#### Revisión requisitos de evaluadores

Los ítems enumerados constituyen los requisitos generales y específicos que se deben verificar para cada uno de los evaluadores propuestos por la EEE y para cada tipo de evaluación.

El formulario de verificación de Evaluadores, se configura de la siguiente manera:

- Datos de identificación
- Antecedentes
- Historial de actividades realizadas

Para cada uno de ellos: Condición - Contiene: SI/ NO/ Equivalente - Aclaraciones

Debe completarse con una X, si cada requisito se encuentra entre los antecedentes del evaluador: si se identifica o verifica (SI), no se incluye (NO). En la columna Aclaraciones, el equipo verificador podrá dejar sentado la justificación para las respuestas colocadas, que servirán para el informe dictamen.



EVALUADOR		CONDICIÓN	Contiene		Aclaraciones
			SI	NO	
Apellidos y Nombres		Obligatorio			
CUIL/CUIT		Obligatorio			
Profesión	Título universitario (requerido)	Obligatorio			
Matrícula- REFEPS (si corresponde)		Obligatorio			
CV - Antecedentes		Obligatorio			
Formación específica en la especialidad o área que se va a certificar: especialista universitario, residencia completa, posgrado, etc.		Obligatorio			
<b>Capacitación específica o curso cuyo programa incluya los siguientes contenidos:</b>					
<i>General</i>	Metodología para la evaluación externa	Obligatorio			
	Herramientas e informes de evaluación.	Obligatorio			
	Marco normativo del sistema de acreditaciones y certificaciones en Argentina (RM 1739/2021)	RECOMENDABLE			
	Seguridad del paciente y familias. (cultura de seguridad, uso seguro de medicamentos, prevención y control de IACS, cirugías seguras, prácticas seguras en los cuidados de los pacientes, identificación correcta de los pacientes, comunicación efectiva entre profesionales, abordaje de eventos adversos, rol del paciente en la seguridad del paciente. Metas internacionales de Seguridad del paciente)	RECOMENDABLE			
	Normativa sobre derechos de pacientes	RECOMENDABLE			
	Conocimiento de Estructura y contenido de los estándares mínimos del MSAL (RM 1744/2021)	RECOMENDABLE			
<i>Específico (por cada tipo de evaluación externa que realiza)</i>	Metodología de la evaluación en terreno de los criterios o estándares correspondientes al manual que corresponde a la evaluación externa que realizará	Obligatorio			
	Prácticas comprobables en terreno de aplicación de criterios o estándares en instituciones de salud	Obligatorio			
<i>Otros</i>	Curso Gestión de la Calidad en Establecimientos de Salud (MSAL-PVS)	No obligatorio			
	Curso Seguridad del Paciente. Resultado inherente a la gestión de la calidad y la gestión de los riesgos (MSAL-PVS)	No obligatorio			
	Norma ISO/IEC 9001:2015	No obligatorio			
	Planificación. Gestión por procesos. Gestión centrada en la persona/usuario.	No obligatorio			
	Maestría, especialización, diplomatura en gestión de servicios de salud, auditoría médica, salud pública, evaluación de calidad en salud	No obligatorio			
	Diseño de procesos o programas de mejora de la calidad	No obligatorio			
	Gestión de riesgos	No obligatorio			
OTROS a destacar					
<b>Historia de actividades realizadas por el evaluador</b>					
Certificaciones		Tipos / fechas			
Acreditaciones		Tipos / fechas			

	<b>Pasa</b>	<b>No pasa</b>	<b>Parcial /A completar</b>
<b>Revisión</b>			
<b>Fecha</b>			
<b>Revisor</b>			

# **F 05**

## **REVISIÓN Y QUEJAS**

**REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES  
DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA  
CALIDAD EN SALUD**

**Junio 2022**

## Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud

### Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud

#### Solicitud de revisión y quejas

##### Términos y Definiciones

- *Revisión:*

Solicitud presentada por una Entidad de Evaluación Externa en el marco del proceso de inscripción y registro para que se reconsidere en los casos que el resultado sea de no conformidad.

La solicitud de revisión debe incluir las razones por las cuales se encuentra en disconformidad con el resultado del proceso realizado por el equipo técnico del Registro.

- *Queja:*

Expresión de insatisfacción, diferente a la revisión, por parte de cualquier persona u organización al Registro, relativas a las actividades desarrolladas por el mismo, y en donde se espera una respuesta.

La queja debe incluir su descripción del evento que la motiva y su disconformidad, así como la solución que se busca.

*Esta solicitud es para:*

Revisión

Queja

##### Datos del originante (no obligatorio)

- Nombre y apellido.....
- Entidad que representa (*si corresponde*) .....
- CUIT.....
- Domicilio.....
- Correo electrónico.....
- Teléfono de contacto.....

Describa detalladamente el motivo de queja o revisión, incluya fechas, referencia a documentación y toda otra cita que considere relevante para la solicitud.



[argentina.gob.ar/salud](https://argentina.gob.ar/salud)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
Las Malvinas son argentinas

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** Manual de procedimiento Registro de EEE de calidad en salud - SINECAS Expediente Electrónico EX-2022-08099557- -APN-DD#MS

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 126 pagina/s.