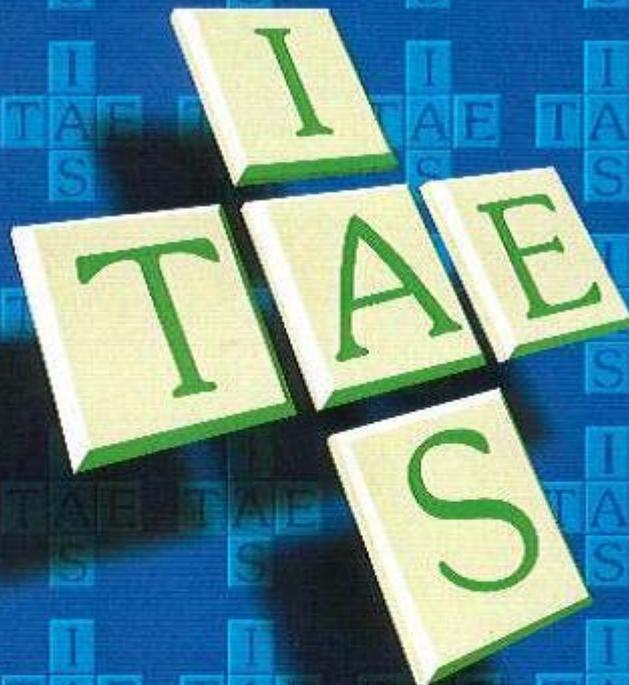




Instituto Técnico para la Acreditación
de Establecimientos de Salud



Manual de Acreditación

Para Establecimientos de
Diálisis Crónica

Argentina - 1era. Edición - Noviembre 2004

*Instituto Técnico para la Acreditación
de Establecimientos de Salud*



PRIMERA EDICIÓN
Buenos Aires, Noviembre de 2004

Todos los derechos reservados

Queda hecho el Depósito que marca la ley 11.723

© 1ª Edición 2004: ITAES

ITAES - Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud
Personería Jurídica Resol. IGJ 1199/93
Av. Córdoba 1827 8º C/D, 1120 Ciudad de Buenos Aires, República Argentina.
Tel./Fax: (54-11) 4814-0615 / 0838

I.S.B.N. 987-95575-6-5

El derecho de propiedad de esta obra comprende para su autor la facultad de disponer de ella, publicarla, traducirla, adaptarla o autorizar su traducción y reproducirla en cualquier forma, total o parcial, por medios electrónicos o mecánicos, incluyendo fotocopia, grabación magnetofónica y cualquier sistema de almacenamiento de información; por consiguiente nadie tiene facultad de ejercitar los derechos precitados sin permiso del autor y el editor, por escrito. Los infractores serán reprimidos con las penas del artículo 172 y concordantes del *Código Penal* (arts. 2,9,10,71 de la Ley 11723)

Diseño de tapa: ESCORPIO Producciones Gráficas
Impresión y armado: LASER FACTORY , Paraguay 707, Ciudad de Buenos Aires

ÍNDICE

Breve historia de la Acreditación	6
ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	6
LA ACREDITACIÓN EN LA ARGENTINA	6
ITAES.....	7
ESTE MANUAL.....	7
Documentos conceptuales.....	7
PRINCIPIOS DEL PROGRAMA ALPHA DE LA ISQUA PARA FORMULAR ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	7
1. <i>Conceptos Clave</i>	8
2. <i>El tipo de los estándares está claramente definido</i>	9
3. <i>El alcance de los estándares está claramente definido</i>	9
4. <i>El contenido de los estándares es integral y está claramente estructurado</i>	9
5. <i>Los estándares se formulan mediante un proceso bien definido</i>	10
6. <i>Los estándares están preparados para medir su cumplimiento</i>	10
INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	11
Comisión Directiva	11
ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN	11
DIRECCIÓN EJECUTIVA.....	11
COLABORADORES	11
Comité Técnico del presente Manual	12
Miembros Benefactores	12
Miembros Correspondientes Extranjeros.....	12
Miembros Honorarios Nacionales.....	12
Normas para la Interpretación y Utilización del Presente Manual	13
1. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	13
2. DEFINICIONES.....	14
3. INSTRUCTIVO.....	14
Reglamento de Acreditación	15
1. CONDICIONES PARA SOLICITAR LA ACREDITACIÓN	15
2. PROCEDIMIENTOS PREVIOS A LA EVALUACIÓN.....	16
3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	17
4. DICTÁMENES.....	17
5. APELACIÓN	18
ESTÁNDARES.....	20
1. Organización Institucional.....	20
2. Condiciones generales de seguridad y confort ambiental	22
3. Aspecto visual, comodidades y distribución funcional	25
4. Almacenamiento de insumos, locales de apoyo y disposición de residuos.....	27
5. Suministro y tratamiento de agua, disolución de concentrados.....	30
6. Tratamiento de diálisis propiamente dicho	34
7. Reprocesamiento de dializadores.....	38
8. Condiciones de bioseguridad.....	41
9. Recursos humanos	43
10. Registros clínicos y epidemiológicos	45
11. Gestión de la Calidad.....	47
12. Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)	49

Introducción

La evolución de las relaciones entre los diferentes actores que conforman nuestro sistema de salud exhibe tendencias novedosas: nuevas modalidades de contratación y arancelamiento, integración patrimonial entre prestadores y financiadores de la atención médica, cambios en las expectativas de los usuarios, transferencia de carteras de beneficiarios, incorporación de tecnología de gestión, quebrantos, ventas y/o integraciones de establecimientos en redes asistenciales.

A este escenario se agrega a fines de la década del 90, la llamada "desregulación de las Obras Sociales", que posibilitaría que las instituciones financiadoras de servicios de salud compitan en un mismo mercado, común a las entidades de la Seguridad Social (Obras Sociales) y –probablemente en el futuro- a las privadas (medicina prepaga). El panorama descrito hace suponer que el factor **calidad de la atención médica**, tendrá un papel protagónico en la regulación de las relaciones intrasectoriales en un futuro inmediato y que los mecanismos de evaluación permanente cobrarán creciente importancia.

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

La Acreditación es uno de los métodos o técnicas, comprendido dentro de las modalidades de **evaluación externa por pares**, destinadas a evaluar la calidad de la atención médica que brindan los establecimientos de salud. Puede ser homologado, dentro de las instituciones asistenciales, a lo que la Certificación Profesional es a los médicos. Conformar un procedimiento dinámico que califica a la totalidad del establecimiento: el resultado sólo puede ser **sí o no acreditado** y considera desde la planta física hasta el proceso de atención médica y el nivel de satisfacción de los usuarios.

Conviene aclarar desde ya, que en adelante las referencias a *establecimientos de diálisis crónica*, se refieren siempre a *centros independientes de tratamiento dialítico* o a *servicios de diálisis crónica* que funcionan dentro de *establecimientos polivalentes de agudos con internación*. El Manual no distingue a los establecimientos por el origen principal de su financiación, ni por la naturaleza jurídica a la que pertenezcan, por lo que se incluye en tal definición a los establecimientos estatales, privados, de Obras Sociales, mutuales, comunidades, etc. Tampoco tiene en consideración si pertenece o no a una red de servicios especializados. Cada *centro o servicio* es abordado individualmente.

La Acreditación se basa en la evaluación por medio de **estándares**, que son un conjunto de datos e indicadores que permiten una visualización accesible y totalizadora, de algunos de los aspectos considerados significativos para verificar la existencia de condiciones básicas de calidad y seguridad. Estos estándares, que son conocidos y aceptados por el establecimiento previamente a la evaluación, configuran criterios **trazadores**, no descripciones minuciosas de servicios o sistemas de atención. Evalúan tanto la estructura como el proceso que se aplica, así como también los resultados y el impacto, que sobre la población producen las acciones de atención médica.

Ninguno de los estándares de acreditación es capaz por sí solo de brindar una apreciación total de la calidad de un establecimiento dado: para obtenerla es menester reunir múltiples factores, ya que cada uno mostrará aspectos parciales de esa calidad. Como se verá más adelante, en este Manual los estándares son 11 (once). Cada uno a su vez, contiene varios subestándares y una gran cantidad de elementos vinculados entre sí, que contribuyen a alcanzar el concepto esencial sobre su cumplimiento.

Por definición la Acreditación es **periódica**, es decir, no existe una Acreditación de vigencia permanente en sentido temporal, puesto que la calidad de los establecimientos varía con el transcurso del tiempo, tanto favorable como desfavorablemente. Por otra parte, el contenido de los estándares se renueva y perfecciona permanentemente: las instituciones acreditadas con una generación de estándares, deberán confrontar con requerimientos más ambiciosos la próxima vez. Esto obliga a los interesados a esforzarse para mantener lo logrado, a mejorar cada día más y, permite a la entidad acreditadora desarrollar una metodología de exigencias crecientes, al tiempo que cumple también con una función docente. El objetivo estratégico de la acreditación es promover una cultura del **mejoramiento continuo de la calidad**¹.

¹ Por tal razón este Manual es una herramienta dinámica, que admite correcciones y ampliaciones periódicas.

También es **voluntaria**, es decir que no se acredita obligatoriamente a todos los establecimientos de un área o jurisdicción dada o elegidos arbitrariamente por ITAES, ni existe compulsión alguna para someterse al procedimiento. Solamente se aplica sobre aquellos que soliciten explícitamente ser sometidos al proceso de Acreditación, que deben hacerse cargo de la totalidad de los gastos y honorarios que demandan las tareas de evaluación. A su vez, son ellos los únicos propietarios de las conclusiones de la evaluación.

Una de las características predominantes que la distinguen de otros métodos, es que generalmente es ejercida por una **entidad no estatal sin fines de lucro**, integrada en lo posible por representantes de todos los subsectores que forman parte del sistema de salud². La participación de todos ellos asegura imparcialidad y seriedad en la aplicación del método y, especialmente por la integración de los propios prestadores a la entidad, brinda el apoyo político para su accionar específico. Si son los pares quienes juzgan a sus iguales, las posibilidades de discrepancias o conflictos se reducen.

La otra condición esencial para garantizar la objetividad del procedimiento, es que el único vínculo entre la entidad evaluadora y el establecimiento evaluado, no sea otro que la propia evaluación. Este concepto es una condición internacionalmente aceptada, y viene dando buenos resultados desde hace más de ochenta años³, así como en la mayoría de los países en donde se la aplica.

Confidencialidad. Los resultados del proceso de Acreditación son comunicados exclusivamente a las autoridades del establecimiento evaluado. Si se han satisfecho los requisitos aplicados, por medio de un Certificado de Acreditación y, en caso negativo, por medio de una comunicación confidencial, en la que se explicitan las razones por las que no se otorga la Acreditación, así como la opinión técnica acerca de las correcciones que se consideren necesarias para la solución de los problemas detectados.

En ninguna circunstancia ITAES comunica las conclusiones por otros medios, ni a otros interlocutores, salvo en el caso en que las autoridades de la institución autoricen explícitamente a ITAES a difundir el resultado. En definitiva, el establecimiento es el único responsable de la ulterior difusión de los resultados.

En la redacción de los estándares existe un grupo de pautas que deben ser respetadas. Una de ellas es la facilidad de su verificación: la definición del estándar debe ser breve, para evitar que el exceso literario se contraponga con la necesaria objetividad. Debe ser clara, fácil de interpretar o, en caso de que ello no sea posible, contar con todas las aclaraciones y precisiones que fueren menester⁴. La información necesaria para la evaluación debe estar al alcance de los evaluadores, sin que sea necesario que éstos desarrollen una método de investigación específico para obtenerla. Uno de los objetivos es reducir al mínimo posible, el período que los evaluadores permanezcan en el establecimiento en el ejercicio de sus funciones, así como mejorar la claridad de sus conclusiones, para arribar al dictamen final más sencillo posible.

La Acreditación no es el único método disponible para evaluar Establecimientos Asistenciales. Existen otras **técnicas de evaluación externa por pares**, disponibles para los servicios de salud, como las Normas ISO, el Premio Nacional a la Calidad o las *visitas especializadas* de sociedades científicas. A criterio de ITAES, así como de la totalidad de los Programas de Acreditación que se están llevando a cabo en todos los continentes, la Acreditación de Establecimientos de Salud es el procedimiento más idóneo, eficiente y eficaz, para evaluar las particulares condiciones en que se desenvuelven las instituciones que prestan servicios de salud.

No debe esperarse de este método una descripción minuciosa de la institución, ni de sus diferentes componentes. La Acreditación no sustituye -sino complementa- otros procedimientos de **fiscalización sanitaria**, en general implementados por autoridades estatales, aunque pueden ejecutarlos organismos no gubernamentales, como la Habilitación y la Categorización. Cada una de ellos tiene objetivos y criterios diferentes, en función de los cuales deben ser interpretados. La finalidad de la Habilitación es evaluar las condiciones estructurales con que cuenta una institución, para autorizar su funcionamiento. La Categorización, en cambio, tiene por objetivo estratificar la oferta de servicios -según su capacidad resolutive- con el fin de ordenar a los efectores en redes de derivación, integradas y complementarias.

² Prestadores, financiadores, usuarios, e incluso el Estado, pero no en su función habitual de regulador, sino como un participante más, cuyos establecimientos, si los hubiere, debieran someterse a idénticos requisitos que los demás, sin prerrogativas ni diferencias de ninguna especie.

³ Concretamente, desde 1917, en que se llevó a cabo la primera evaluación de prueba en Estados Unidos.

⁴ Es oportuno aclarar que los evaluadores no necesariamente son médicos especializados en Nefrología o profesionales técnicos en administración hospitalaria.

El objetivo primordial de la Acreditación es evaluar la Calidad de la Atención Médica, teniendo en cuenta los atributos básicos definidos por Avedis Donabedian: **eficiencia, eficacia, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad**. La Habilitación procura garantizar a la población que los establecimientos dispongan de las condiciones mínimas de seguridad para el cumplimiento de su cometido. Por su parte, la Categorización los incluye dentro de una clasificación en rangos predeterminados, a efectos de organizarlos según el desarrollo tecnológico alcanzado o el riesgo vital, que pueden asumir. Por consiguiente, de la aplicación complementaria de las tres modalidades, surgirá claridad en la evaluación de un establecimiento de salud, así como los resultados que razonablemente pueden esperarse.

Pero la Acreditación no se limita a establecer la imagen de un corte "transversal" de la realidad institucional, en un momento dado de su evolución. Para convertirse en una herramienta verdaderamente útil en su misión de mejorar la calidad de la atención médica, es imprescindible que desarrolle una actitud docente, procurando implantar una cultura del **mejoramiento continuo de la calidad**. Esto significa brindar orientación al establecimiento, acerca de las pautas que deben seguirse para lograr ese mejoramiento. Esta función se ejerce tanto sobre los establecimientos que no hayan logrado cumplir con los estándares en un momento dado, cuanto sobre los que accedieron efectivamente al Certificado de Acreditación.

En el primer caso el objetivo central es preparar a la institución para que pueda ser acreditada, en una segunda evaluación y, en el segundo, lograr una armonía funcional entre las diferentes áreas que lo componen, enfatizando los mecanismos correctores sobre las más débiles. Al mismo tiempo, ayudar al establecimiento en su preparación para afrontar la próxima evaluación trienal, cuyas exigencias se prevén mayores, e indicarle hacia dónde dirigir sus esfuerzos para mantener actualizada la Acreditación.

Breve historia de la Acreditación

Antecedentes internacionales

Conceptualmente, el modelo evaluativo en que se basa el Manual que aquí se presenta, es el empleado por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), institución no gubernamental constituida en 1951 por los EE.UU. y Canadá, aunque históricamente su origen se atribuye al impacto producido en la opinión pública americana por el llamado "Informe Flexner" de 1910⁵, y a la evaluación hospitalaria encarada por el *American College of Surgeons* en 1917. En 1959 Canadá constituyó su propio organismo, que actualmente se denomina *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA). Posteriormente, los excelentes resultados logrados por estos países en el mejoramiento de sus hospitales, indujo a otros a adoptar similares mecanismos de evaluación de calidad, entre los que se puede mencionar a Australia, el Reino Unido, Holanda, Cataluña (España), Nueva Zelanda, Italia, Sudáfrica y Corea del Sur.

En 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) celebraron un acuerdo, con el fin de promover la elaboración de un manual de acreditación adecuado a la realidad de los establecimientos públicos y privados de la Región. El documento preliminar se originó en la Argentina, a partir del trabajo de un conjunto de sociedades científicas, coordinadas por la de Auditoría Médica, y fue aprobado definitivamente en Washington D.C., con la presencia de 22 países en mayo de 1991, bajo el título de Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe (publicación OPS-HSD/SILOS 13, 1992). Este último texto fue tomado como base para la revisión inicial de estándares efectuada por ITAES, para el Manual de Acreditación para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación.

La Acreditación en la Argentina

Desde fines de la década del 70, múltiples instituciones mostraron interés en la aplicación del procedimiento de la *Joint Commission* en nuestro medio. Sólo cabe mencionar aquí, a título de ejemplo, la Guía de Acreditación Periódica implementada por el PAMI en 1980 para establecimientos con internación del 2º nivel de atención, la experiencia piloto llevada a cabo por la Secretaría de Salud en 1985, sobre 25 hospitales públicos y privados de más de 300 camas de la ciudad de Buenos Aires y los diversos ensayos realizados en establecimientos de la Provincia de Buenos Aires a fines de la década del 80.

En 1990 se produjo un acuerdo entre las principales instituciones prestadoras y financiadoras de servicios de salud para la Seguridad Social, que dio origen a la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (COMCAM). En el marco de esta entidad se adoptó el Manual mencionado anteriormente y

⁵ Abraham Flexner: *A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bulletin N° 4, 1910.

se efectuó una adaptación de sus estándares, a las particularidades de nuestro país. Dicho documento también contribuyó al soporte bibliográfico con que se encaró la tarea inicial de ITAES.

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

A partir de 1997, todos los prestadores de diálisis del país, por intermedio de sus instituciones representativas (Cámara Argentina de Servicios y Productos de Terapia Renal y Confederación de Asociaciones Regionales de Centros de Diálisis de la República Argentina), instrumentaron un programa, conjuntamente con el INSSJP – PAMI, comprendiendo la inspección periódica, la evaluación de centros y el control de altas de afiliados del Instituto. Este programa se desarrolló en forma ininterrumpida hasta la fecha, reconociéndose la importancia de una acción participativa en materia de controles y habilitaciones, así como también las potencialidades de acciones concurrentes de prestadores y financiadores.

ITAES

ITAES es una organización no gubernamental, surgida por la coincidencia de inquietudes de un conjunto de establecimientos líderes de todo el país, las principales organizaciones intermedias y cámaras de prestadores de atención médica, importantes entidades financiadoras de servicios de salud y algunas sociedades científicas. Jurídicamente es una asociación civil sin fines de lucro, en la que predominan las instituciones prestadoras y financiadoras, aunque también pueden participar sociedades científicas, organismos estatales, consultoras y asociados a título personal.

A través de sus Manuales y Programas de Acreditación, ITAES se propone brindar a la sociedad en general, y al Sector Salud en particular, un instrumento objetivo de evaluación externa por pares, con el fin de garantizar la presencia de condiciones básicas de calidad y seguridad, tanto para la satisfacción de los usuarios y aseguradores de servicios de atención médica, como para la orientación de las inversiones futuras de los prestadores que se sometan a esta evaluación.

Además del presente, ITAES cuenta con el citado Manual de Acreditación para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación, y dos Manuales del Programa de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento: uno para Laboratorios de Análisis Clínicos y otro para Diagnóstico por Imágenes.

Este Manual

El presente Manual está específicamente destinado a centros ambulatorios y servicios de establecimientos polivalentes con internación, que efectúan tratamientos dialíticos crónicos. Para desarrollarlo, ITAES ha contado con el patrocinio y cooperación técnica de *Fresenius Medical Care Argentina*. Posteriormente, los documentos de trabajo fueron sometidos a la opinión y consenso de destacados especialistas en Nefrología. En esta etapa se tuvo la oportunidad de comparar estos estándares con los aprobados por la organización equivalente del Brasil, la *Organização Nacional d' Acreditação* (ONA).

Documentos conceptuales

Principios del Programa ALPHA de la ISQua para Formular Estándares de Acreditación⁶

Nota preliminar: el documento que se transcribe a continuación, es uno de los componentes principales del Proyecto ALPHA. Fue presentado por primera vez en el Simposio de Acreditación, previo a la 14ª Conferencia Internacional de la ISQua, en Chicago en 1997. A continuación se hizo una ronda de consultas a las entidades acreditadoras participantes en el Proyecto. La versión consolidada, fue aprobada en el Simposio de Acreditación previo a la 15ª Conferencia de la ISQua, en Budapest en 1998. Fue nuevamente revisado

⁶ ISQua: *International Society for Quality in Health Care*. Programa ALPHA: *Agenda for Leadership in Programs of Healthcare Accreditation*.

en el Simposio previo a la 16ª Conferencia de Melbourne en 1999. El ITAES tuvo una activa participación en todas las etapas de elaboración y actualmente forma parte del Comité, encargado de la revisión permanente y el perfeccionamiento de estos principios.

Formular estándares de calidad para servicios de salud, es considerado por la mayoría de los países -e incluso por regiones dentro de los países- como lo que mejor satisface sus necesidades particulares en cada momento. La mayoría de los estándares, también se basan firmemente en lo que consideran prácticas aceptables, los mismos que deberán aplicarlas. En otras palabras, los estándares de atención de la salud deben ser adecuados, aceptables y creíbles.

Dado que los países / regiones son muy diversos y el desarrollo de sus sistemas de salud difiere ampliamente, la ISQua decidió desarrollar una matriz de principios internacionales, que pueden ser usados para sustentar el desarrollo de sus propios estándares -como una guía consolidada- por las diversas entidades acreditadoras. Se sugiere que un conjunto común de principios, puede sustentar los estándares empleados por las entidades acreditadoras, como parte de sus propios programas de acreditación. Estos principios deben ser aplicables, sin tener en cuenta el estado evolutivo de los estándares encada país.

El primer anteproyecto de principios internacionales fue aprobado en el Simposio de Acreditación de Chicago en 1997. En esa oportunidad, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* de los EE.UU., se encargó de facilitar las tareas de la ISQua, examinando el borrador del documento de trabajo. Luego se pidió a las entidades acreditadoras que compararan sus propios estándares de acreditación con el anteproyecto. Con posterioridad a la etapa de evaluación y a la extensa discusión de Budapest en 1998, el documento quedó consolidado y se presenta ahora, mediante la siguiente matriz de principios.

Se invita a las entidades acreditadoras a que adecuen a estos principios sus instrumentos de aplicación.

1. Conceptos Clave

Deben requerirse ciertos conceptos que sustenten todos los estándares, sin tener en cuenta cómo se presenta su contenido. Estos conceptos deben contemplar:

Enfoque de los estándares:

- requisitos claramente documentados para que los pacientes se involucren en el proceso de atención.
- respeto por los derechos de los pacientes (se dan explicaciones claras con respecto a las alternativas de tratamientos; se proporciona a los pacientes la posibilidad de optar durante el proceso de atención). Nota: Esto puede variar de acuerdo a los valores de cada país y a la etapa de desarrollo en que se encuentre la entidad acreditadora.
- enfoque en el usuario

Responsabilidad⁷ de los prestadores de servicios de salud:

- responsabilidad por la calidad de la atención del paciente
- mejora continua
- se requiere monitoreo de la calidad (un método sistemático de monitorear la calidad de la atención, para lo cual existe documentación y acciones a seguir).

Gerenciamiento:

- óptima utilización del recurso
- gestión del riesgo (procesos específicos para minimizar y/o eliminar riesgos para los pacientes y el personal)
- procedimientos claros de gerenciamiento
- participación amplia en la planificación estratégica (un proceso claro para asegurar la participación extendida)

Gestión de la cobertura⁸:

⁷ El término empleado en el texto original es *accountability*, cuya traducción más aproximada es *responsabilidad*, en el sentido social antes que individual, de *actitud de servicio* (N. del T.).

⁸ En este caso, el término original es *outreach*, que es la denominación que tiene en el Servicio Nacional de Salud británico, el trabajador social que orienta a los pacientes en el uso de los servicios. También quiere decir *extender* o *superar*.

- vinculación con otros prestadores de servicios de salud de la comunidad (para asegurar una adecuada coordinación y derivaciones apropiadas, dentro y fuera de la organización de servicios de salud)

2. El tipo de los estándares está claramente definido.

Los estándares están clasificados en primer lugar como: estructura, proceso y/o resultado. Debe reconocerse que los estándares pueden no ser totalmente de uno u otro tipo, pero debe ser posible identificar el tipo predominante. También debe notarse que, dado que ningún tipo es superior a otro, tanto uno como otro pueden ser apropiados, según las circunstancias históricas y el país en que se apliquen.

- Estándares de estructura: las condiciones estructurales de una organización para brindar servicios de calidad, como p. ej. la existencia de un comité ejecutivo de personal médico.
- Estándares de proceso: describen cómo se debe realizar una actividad, como p. ej. el registro de títulos del personal médico.
- Estándares de resultados: un grado o nivel de actuación aceptable, logrado según ciertos requisitos y/o especificaciones preestablecidos, como p. ej. que la tasa de inmunizaciones debe encontrarse en un nivel determinado.

3. El alcance de los estándares está claramente definido.

¿Los estándares contemplan el funcionamiento global o el espectro de actividades de una organización de servicios de salud o enfocan por partes las actividades / prestaciones de la organización? ¿Los estándares están enfocados en departamentos / servicios o en grupos de pacientes/clientes? Debe existir el propósito de extender la cobertura y mejorar los servicios de salud dentro de toda la organización, ya sea un establecimiento único, una red o sistema regional o, incluso, un plan de salud.

4. El contenido de los estándares es integral y está claramente estructurado.

El contenido puede construirse a partir de diversas pero aceptables maneras.

4.1. Estructura básica de los estándares

La estructura básica de los estándares debería incluir requisitos tales como:

- gobierno definido de la organización con una función claramente establecida
- gerenciamiento definido de la organización
- estándares relativos al cuerpo médico (organización, normas de atención, evaluación, competencias)
- estándares relativos a enfermería (organización, normas, evaluación, competencias)
- estándares de farmacia
- estándares de historias clínicas
- estándares de seguridad
- derechos básicos de los pacientes (consentimiento)

4.2. Estándares Departamentales / funcionales

Si una organización de servicios de salud está ordenada por departamentos y/o funciones (unidades específicas de prestaciones; p. ej. farmacia, diagnóstico por imágenes, lavandería, quirófano, etc.), podrían aplicarse estándares adecuados para cada departamento / función (incluyendo departamentos médicos y no-médicos, como dirección y gerencia). Los estándares departamentales podrían tratar temas como:

- la función del departamento (misión o definición de propósitos)
- ¿qué tareas cumple el departamento? (funciones y actividades claramente especificadas)
- ¿a quién presta servicios el departamento? (grupos poblacionales atendidos, servicios a otros departamentos, servicios no prestados)
- ¿cuáles son las normas de procedimiento que guían la prestación de servicios en el departamento? (pueden especificarse normas importantes y procedimientos)
- ¿quién presta servicios dentro del departamento? (capacidades requeridas al personal; evaluación de su desempeño)
- ¿cómo es evaluada la prestación de servicios? (garantía de calidad; mejoramiento de la calidad; etc.)

4.3. Proceso de Atención del Cliente / paciente

Aquí fue considerado como la orientación al paciente para utilizar los servicios fuera del establecimiento, o *gestión de la cobertura* (N. del T.).

Los estándares deben centrarse en el paciente, es decir, seguir al paciente desde el momento de su admisión en un establecimiento de salud hasta el momento de su alta o de su traslado a otro establecimiento. Estos estándares podrían abordar componentes específicos del proceso de atención del paciente:

- admisión
- evaluación de las necesidades de atención del paciente
- programación de la atención
- prestación de servicios
- evaluación de la atención
- programación del alta / traslado

Estos estándares podrían aplicarse a determinados grupos de pacientes, como los que requieren atención clínica, atención quirúrgica, atención oncológica, obstetricia y ginecología, salud mental, rehabilitación, etc. Los estándares también podrían aplicarse, tanto a los pacientes internados como a los ambulatorios o a los derivados.

5. Los estándares se formulan mediante un proceso bien definido.

Debe emplearse y documentarse un proceso dividido en 6 etapas al formular los estándares:

- Existe una bien definida participación de pares (los que aplicarán los estándares) cuando se formulan los estándares.
- Existe un proceso de consultas para asegurar que los principales referentes sectoriales⁹ tengan la oportunidad de opinar sobre los estándares.
- Existe un reconocimiento y cumplimiento, cuando corresponda, de las leyes vigentes y de las regulaciones del Gobierno regional o nacional.
- Existen evidencias de una investigación apropiada, que asegura que los estándares están actualizados y se basan en informaciones vigentes y prácticas.
- Existe un proceso que garantiza que los estándares se prueban a través de experiencias piloto, antes de su aplicación plena.
- Existe un proceso definido para evaluar y revisar los estándares en períodos regulares.

6. Los estándares están preparados para medir su cumplimiento.

La medición del cumplimiento de los estándares puede hacerse a través de diferentes procedimientos; tanto mediante el empleo de escalas matemáticas sofisticadas, como por medio de condiciones verbales de satisfacción. El cumplimiento puede ser verificado por los evaluadores (expertos externos que visitan la organización), o a través de un proceso previo de autoevaluación, combinado con la verificación posterior del evaluador.

Lo más importante es que haya una descripción clara, sobre cómo debe ser medido el cumplimiento por los evaluadores. Se recomienda que exista un procedimiento, que incluya un conjunto básico de indicadores de medición.

ISQua cree que tomados en conjuntos, estos 6 principios proporcionan a las entidades acreditadoras nacionales, una base sólida para la formulación de estándares de atención de la salud. ISQua reconoce que se requiere cierta variedad y flexibilidad, según la evolución de cada entidad acreditadora y las diferencias culturales. Sin embargo, estos principios constituyen una guía común y consistente para el desarrollo de estándares.

⁹ El término original es *key stakeholders*, que está referido a los principales líderes del Sector, tanto a los que cumplen funciones directivas formales, como a los que tienen atributos de dirigentes sin detentar cargos directivos (N. del T.).

INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Comisión Directiva

Dr. Durlach, Ricardo	Presidente	Hospital Alemán y ACAMI *
Dr. González, Héctor B.	Vicepresidente	Sanatorio Otamendi y Medicus S.A..
Dr. Suárez Ordóñez, Marcelo	Secretario	Grupo Oroño, Rosario, Santa Fe
Dr. Límoli, Miguel	Prosecretario	SADAM *
Dr. Dillon, Horacio	Tesorero	OSDE *
Dr. Novarini, Rodolfo	Protesorero	Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Dr. Di Lucca, Juan C.	Vocal Titular	Universidad Austral
Dr. Edo, Jorge	Vocal Titular	ADECRA *
Dr. Emery, Jorge	Vocal Titular	Hospital Británico, Buenos Aires
Dr. Gallesio, Antonio	Vocal Titular	Hospital Italiano de Buenos Aires
Dra. Roldán Avendaño, Anahi	Vocal Titular	ASACAM *
Dra. Mercado de Sala, María	Vocal Titular	Inst. Modelo de Cardiología, Córdoba
Dr. Vilella, Juan Carlos	Vocal Titular	Centro Médico Vilella, Buenos Aires
Dr. Villasante, Ángel F.	Vocal Titular	CEDIM *
Dr. Giménez, Luis	Vocal Titular	Omint, Medicina Prepaga
Dr. Lew, Daniel	Vocal Titular	HSBC Salud, Medicina Prepaga
Dr. Zabalua, Eusebio	Vocal Titular	ADECRA *

* ACAMI: Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas

SADAM: Sociedad Argentina de Auditoría Médica

OSDE: Organización de Servicios Directos Empresarios

ADECRA: Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina

ASACAM: Asociación de Auditoría y Calidad Médica de Córdoba

CEDIM: Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio

Órgano de Fiscalización

Dr. Rezzónico, Ricardo	Titular	Fundación Favaloro
Dr. Bond, Martín	Suplente	Fundación Favaloro

Dirección Ejecutiva

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

Colaboradores

Dr. Lozada Allende, Carlos	Asesor Legal
Cont. Pinazo, Edith G.	Asesora Contable
Sra. Hermosí, Delia	Administradora
Srita. Rago, Marianela	Asistente Administrativa
Lic. Terlizzi, Stella	Asistente de Comisión Directiva
Lic. Castro, Beatriz	Metodóloga

Comité Técnico del presente Manual

Dr. Arce, Hugo	Director General de ITAES
Dr. Otero, Ricardo	Coordinador Técnico de ITAES
Dra. Marelli, Cristina	Fresenius Medical Care Argentina
Dr. Celia, Eduardo	
Dra. Tossi, María Angélica	
Dr. Decuzzi, Carlos	
Lic. Fekete, Estela G.	
Lic. Lores, Ángeles	

Miembros Benefactores

Hospital Alemán
Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento S.A.
OSDE
Sanatorio Otamendi S.A.

Miembros Correspondientes Extranjeros

Lic. Carol Gilmore (EE.UU.)
Lic. Lluís Bohigas (España)
Dr. Humberto de Moraes Novaes (Brasil)
Dr. Eduardo Martínez (Italia)

Miembros Honorarios Nacionales

Dr. Camilo Marracino
Dr. Carlos Martini
Dr. José María Paganini

Normas para la Interpretación y Utilización del Presente Manual

1. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS ¹⁰

- 1.1. La elaboración de requisitos de calidad de atención médica constituye un instrumento normativo con **objetivos previamente definidos**, destinado a evaluar instituciones asistenciales. En este sentido la objetividad del instrumento de evaluación utilizado, depende más de la claridad de los objetivos que de la imparcialidad con que se seleccionan los atributos que deben verificar los evaluadores.
- 1.2. La realización de un Programa de Acreditación está vinculada en la Argentina a una racionalización de la oferta de servicios -que se ha configurado como tendencia histórica en la última década- mediante un mecanismo de selección basado en la evaluación de la calidad de la atención médica. Este proceso de racionalización es una consecuencia previsible de la expansión de la capacidad instalada asistencial, a expensas de establecimientos de infraestructura precaria o por la remodelación de edificios construidos con otra finalidad. De este modo, el Manual ha sido elaborado teniendo como meta establecer **condiciones básicas de calidad y seguridad**, compatibles con el promedio de la capacidad instalada existente, que permitan ofrecer una guía para el **mejoramiento continuo de la calidad**, a las instituciones que deseen avanzar en este sentido. No se procuraron normas de excelencia asistencial, sino un "piso aceptable" de calidad, en permanente mejora.
- 1.3. Para elaborar los estándares de acreditación, se partió de un conjunto de criterios, que conviene mencionar previamente:
 - 1.3.1. El análisis de la relación costo/beneficio no debe ser ajeno a la consideración de los procedimientos de evaluación de calidad de atención médica. Un procedimiento excesivamente detallado, puede ser muy costoso en cuanto a la inversión necesaria en personal calificado para efectuar cada evaluación.
 - 1.3.2. La detección de atributos de calidad en un establecimiento no debe procurar una descripción exhaustiva y detallada de la totalidad de los datos representativos de la realidad existente, si el análisis puede efectuarse en forma sencilla, y aún permitir arribar a conclusiones eficaces.
 - 1.3.3. La simplificación del procedimiento de acreditación hace necesaria la utilización de **datos e indicadores esencialmente cualitativos**, cuya verificación no requiera prolongados recuentos de eventos, sino la observación de ciertos elementos, cuya presencia permita inferir condiciones de calidad.
 - 1.3.4. Los indicadores a seleccionar deberán ser fácilmente verificables, en lo posible por la sola observación, evitando aquellos que impliquen extensas revisiones de documentación.
 - 1.3.5. Los estándares procurarán evaluar -dentro de una misma área- aspectos de estructura, proceso y resultados, buscando datos e indicadores dinámicos, que reflejen con la mayor amplitud la calidad de las prestaciones. Aunque la evaluación de resultados ofrece frecuentes dificultades -dado que los propios establecimientos evaluados suelen no llevarla a cabo- los atributos preferentemente consideran condiciones estructurales previas al acto médico, así como la calidad con que se desenvuelve el proceso de atención.
 - 1.3.6. Los servicios de Diálisis Crónica dependen de manera sustantiva de la infraestructura tecnológica disponible, para el tratamiento del agua y para el control de condiciones de bioseguridad. En este caso, si bien se han contemplado aspectos de calidad de los procedimientos, los estándares hacen hincapié en el equipamiento requerido y en los indicadores mínimos de calidad del agua.
- 1.4. El enfoque de la oferta local de servicios, como red formal o informal en funcionamiento, induce a considerar como parte de un establecimiento, a los servicios que eventualmente se

¹⁰Extraído y modificado del Manual de Acreditación para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación, ITAES, Buenos Aires, abril de 2001.

encuentran fuera de su planta física, incluso sin pertenecer patrimonialmente al mismo propietario. De manera que la **disponibilidad local de servicios**, es un recurso que debe ser incluido en la evaluación. En estos casos, estas especiales características estructurales no eximen al establecimiento evaluado, de su responsabilidad sobre la calidad de las prestaciones que ofrece el servicio de que se trate.

- 1.5. Los objetivos del presente instrumento de evaluación, se limitan a los centros de Diálisis Crónica independientes, así como a los servicios de Diálisis crónica de establecimientos polivalentes de agudos con internación. Excluye las unidades de hemodiálisis aguda en servicios hospitalarios de Terapia Intensiva.
- 1.6. Los requisitos relacionados con el tratamiento dialítico de pacientes seropositivos para hepatitis B, son exigibles ineludiblemente para todos los centros / servicios que traten este tipo de pacientes. Sin embargo, forma parte de los criterios técnicos inherentes a cada centro o servicio, admitir o no pacientes con este riesgo epidemiológico, sin que esta opción afecte la calidad de la institución.
- 1.7. El mismo criterio rige para los centros / servicios que realizan diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA): el establecimiento puede o no suministrar esta modalidad de tratamiento y, según la conducta adoptada, el estándar respectivo resultará o no aplicable.

2. *DEFINICIONES*

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

Éstos son:

- 2.1. **Norma activa:** Es la que cumple con las siguientes condiciones
 - 2.1.1. Se encuentra escrita. Puede ser de difusión o consenso científico, de publicación oficial o desarrollada específicamente en el establecimiento;
 - 2.1.2. Cuenta con la aprobación de la Dirección Médica para su aplicación en el establecimiento;
 - 2.1.3. Está disponible permanentemente en el o las áreas en las que debe ser aplicada, y
 - 2.1.4. Es conocida por quienes deben aplicarla.
- 2.2. **Servicios tercerizados:** ITAES no discrimina entre servicios propios y tercerizados, los que serán considerados parte del establecimiento asistencial, estén o no incluidos en el mismo conjunto edilicio. Por ello, los establecimientos bajo evaluación son responsables de que estos servicios cumplan las condiciones y criterios de calidad expuestos en los respectivos estándares.

En todos los casos el establecimiento deberá contar con documentación que avale la relación (contrato, convenio, etc.).

En esta documentación deberán figurar:

 - responsabilidades de contratante y contratado;
 - nombre del responsable del servicio con título y matrícula profesional en los casos en que corresponda, así como sus medios de comunicación;
 - normas de procedimiento por las que se regirá la labor técnica profesional del servicio tercerizado y,
 - en los casos en que corresponda, programa de guardias, aclarando si se trata de activas o pasivas, listado de profesionales involucrados con copias de títulos profesionales, certificaciones de especialidad y matrículas habilitantes, así como registro de las acciones desarrolladas por el servicio sobre los pacientes del establecimiento (transfusiones, intervenciones, traslados, etc.).

3. *INSTRUCTIVO*

El presente Manual está destinado a establecer los criterios mediante los cuales se definirá el resultado final de la acreditación, a partir de los estándares evaluados, teniendo en cuenta que el conjunto de los datos relevados debe desembocar en una decisión taxativa sobre si el establecimiento queda o no acreditado.

El Manual se compone de 12 estándares, cada uno a su vez integrado por de 4 a 5 subestándares. Para la interpretación de los resultados de la evaluación, deberán considerarse los siguientes criterios:

- 3.1. Los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles, los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al Programa de Acreditación;
- 3.2. El asesoramiento de los evaluadores a las autoridades del establecimiento, deberá estar orientado hacia la manera de canalizar las inversiones para lograr una mejoría en el nivel de calidad de los servicios, así como en sentido de las modificaciones a introducir, en el caso de una eventual denegatoria de la Acreditación.
- 3.3. El texto que, bajo el título **Recomendaciones para el mejoramiento** está insertado al pie de los estándares, no es de cumplimiento obligatorio. Se trata de lineamientos que ITAES considera deseables como desarrollos futuros, y se los incluye como sugerencias acerca de las próximas exigencias que se incorporarán a los estándares en el futuro. Esto no significa que estas Recomendaciones sean las únicas sobre las que el ITAES proyecta trabajar, o se compromete específicamente a desarrollar.

Reglamento de Acreditación¹¹

1. Condiciones para solicitar la Acreditación

- 1.1. A los fines del presente Manual, puede someterse a la acreditación de ITAES todo establecimiento asistencial que se encuentre ubicado dentro del territorio de la República Argentina y responda a la definición de Establecimiento de Diálisis Crónica, ya sea Centro o Servicio. Se entiende por:
 - 1.1.1. Establecimiento: unidad asistencial que reúne al conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos bajo una misma conducción, independientemente de la razón social o dependencia administrativa que tengan, que se encuentren ubicados en un conjunto edilicio que funcione como tal, sin distinción de relaciones económico-administrativas entre los componentes.
 - 1.1.2. Centro: establecimiento dedicado al tratamiento de la insuficiencia renal crónica, instalado en un edificio independiente o en un sector de un edificio asistencial complejo, con entrada independiente desde la calle y administración independiente.
 - 1.1.3. Servicio: sector dedicado al tratamiento de la insuficiencia renal crónica, instalado dentro de un edificio asistencial complejo o un establecimiento polivalente de agudos con internación, sin entrada independiente desde la calle, tenga o no administración independiente.
- 1.2. Para solicitar la Acreditación el establecimiento deberá reunir los siguientes **requisitos preliminares**:
 - 1.2.1. No encontrarse ubicado en zonas de aislamiento geográfico, entendiéndose por éstas a las localidades con población menor de 15.000 habitantes, cuyo tiempo de derivación a centros de mayor nivel, es de más de una hora.
 - 1.2.2. Estar habilitado por la autoridad sanitaria Nacional, Provincial y/o Municipal, según corresponda. Esto implica el reconocimiento de que todas las instalaciones fueron debidamente ejecutadas acorde con las leyes y reglamentos que las regulan. La Acreditación no es substitutiva de esas reglamentaciones, ni releva de la responsabilidad de su cumplimiento.
 - 1.2.3. Contar asimismo con la habilitación específica de todos los servicios, en los casos en que existan normas legales vigentes que así lo indiquen.

¹¹Adaptado del Manual de Acreditación para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación, ITAES, Buenos Aires, abril de 2001.

- 1.2.4. Haber funcionado en forma continua durante por lo menos un año antes de la solicitud de acreditación.
 - 1.2.5. Mantener sus instalaciones, puestos y servicios disponibles durante los 365 días del año, dentro de los turnos previstos de tratamiento dialítico. Las instalaciones de tratamiento del agua deben funcionar permanentemente las 24 horas del día, aún fuera de los turnos de tratamiento, excepto en los lapsos de mantenimiento y desinfección del sistema.
 - 1.2.6. Definir si admiten o no pacientes seropositivos para hepatitis B, para ingresar en un programa de diálisis crónica. Definir asimismo si atiende pacientes en programa de DPCA.
 - 1.2.7. Contar con un cuerpo médico propio especializado, que garantice la continuidad de la atención médica en forma permanente.
 - 1.2.8. Garantizar que todo profesional que tenga acceso al uso de las instalaciones, revisando o no en relación de dependencia, se encuentre habilitado para ejercer sus actividades específicas.
 - 1.2.9. Asegurar que todos las áreas respondan a la misma conducción asistencial o, en caso de ser contratados, que exista una relación formal que asegure la continuidad de su funcionamiento. Será responsabilidad del establecimiento que solicite la Acreditación, requerir las autorizaciones que correspondan a los proveedores contratados, a efectos de que los evaluadores de ITAES puedan verificar los estándares que se refieran a dichos servicios. La imposibilidad de llevar a cabo tales evaluaciones, por carecer de autorización específica u otro impedimento, dará lugar a que el ITAES considere que esos estándares no han sido satisfechos.
- 1.3. Los establecimientos que soliciten la Acreditación deberán cumplir además con las siguientes Condiciones Implícitas de Calidad, es decir con requisitos de carácter general que - aunque no se hallan incluidos en los estándares específicos- son considerados excluyentes:
- 1.3.1. Ubicación edilicia en zona inundable.
 - 1.3.2. Carencia de rampas o ascensores para pacientes, circulación técnica y para el público, en establecimientos de más de una planta.
 - 1.3.3. Disponibilidad de agua potable interrumpida o restringida, en algunas horas del día.
 - 1.3.4. Presencia dentro de las instalaciones del establecimiento de animales domésticos y roedores.
 - 1.3.5. Carencia de métodos sistemáticos de control de insectos, vectores y cucarachas.
 - 1.3.6. Filtraciones en cielorrasos y/o paredes.
 - 1.3.7. Revoques, pintura y/o carpintería deteriorados, especialmente en áreas restringidas.
 - 1.3.8. Basura y/o escombros acumulados fuera de los lugares especialmente destinados a ese fin.

2. *Procedimientos previos a la Evaluación*

- 2.1. Las autoridades del establecimiento deberán dirigirse a ITAES, manifestando su intención de someterse a la evaluación. ITAES entregará un ejemplar del Manual de Acreditación conteniendo, tanto los Estándares a aplicar, como el Reglamento a que se ajustará el procedimiento.

- 2.2. Una vez en conocimiento del Manual y del Reglamento, el establecimiento cumplimentará el Formulario Solicitud de Acreditación, **certificando satisfacer los requisitos preliminares y las condiciones de calidad implícitas**, tal como han sido consignados en el punto 1.3.
 - 2.3. Una vez aprobada su solicitud, el establecimiento abonará el arancel estipulado por ITAES, según la dotación de personal, el número de puestos de diálisis con que cuenta y el rango de su facturación anual de acuerdo a los balances.
 - 2.4. En un plazo no mayor de cuatro (4) semanas, el establecimiento será notificado de la fecha en que se iniciará la evaluación.
 - 2.5. Las autoridades del establecimiento deberán:
 - 2.5.1. Comunicar al personal la fecha en que se harán presentes los evaluadores.
 - 2.5.2. Instruir debidamente al personal para que conteste a todos los requerimientos efectuados por el equipo evaluador.
 - 2.5.3. Disponer de toda la información necesaria mencionada en los estándares del Manual de Acreditación.
 - 2.5.4. Habilitar un espacio adecuado para el análisis de la documentación por parte de los evaluadores.
 - 2.5.5. Posibilitar que el Coordinador del equipo de evaluación, se reúna con los jefes y supervisores, para instruirlos y aclarar dudas respecto al procedimiento.
3. *Metodología de evaluación*
- 3.1. Durante el relevamiento del establecimiento, el equipo evaluador constatará la correspondencia entre los datos obtenidos y los requisitos de los respectivos estándares, y volcará los resultados y observaciones que correspondieran en los formulario de trabajo.
 - 3.2. Las técnicas empleadas en la recolección de datos serán:
 - 3.2.1. Visitas y recorridas de las instalaciones, incluyendo todas y cada una de sus dependencias.
 - 3.2.2. Observación de las estructuras, evaluación de los procesos y, eventualmente, de los resultados.
 - 3.2.3. Entrevistas con el nivel de conducción, con el personal que cumple funciones en el establecimiento, así como encuestas entre los pacientes y/o familiares.
 - 3.2.4. Análisis de la documentación facilitada por el establecimiento.
 - 3.2.5. Análisis de historias clínicas, protocolos y registros.
 - 3.3. Con posterioridad a la visita, el equipo evaluador procesará los datos obtenidos, documentos o cualquier otro material relevante recibido de las dependencias del establecimiento evaluado, y recomendará a la Comisión Directiva del ITAES la emisión del dictamen que considere conveniente.
4. *Dictámenes*
- 4.1. **Acreditación Plena:**
Cuando el establecimiento cumpla con todos y cada uno de los estándares.
 - 4.1.1. Tendrá una validez de 3 (tres) años, a contar de la fecha del Certificado emitido por el ITAES.
 - 4.2. **Acreditación Transitoria:**
Cuando el establecimiento no cumpla totalmente con hasta 6 (seis) subestándares, pertenecientes a un mismo o a distintos estándares, y se considere posible la corrección de sus deficiencias en un plazo breve, la Comisión Directiva de ITAES podrá otorgar una Acreditación Transitoria.
 - 4.2.1. La Acreditación Transitoria tendrá un plazo máximo de 12 (doce) meses, a contar de la fecha de emisión del Certificado. Durante el mismo ITAES podrá realizar nuevas evaluaciones, a solicitud o no del establecimiento, aunque exclusivamente para evaluar la puesta en marcha y evolución de las tareas destinadas a subsanar las deficiencias que impidieron el otorgamiento de la Acreditación Plena.
 - 4.2.2. El período citado podrá ser acortado cuando a juicio de ITAES existan razones para tal proceder, tanto por haberse finalizado las tareas correctivas como por no haber-

se ejecutado en absoluto, o bien en los casos en que el ITAES considere que su plazo de terminación, superará la duración máxima de la Acreditación Transitoria.

- 4.2.3. Cuando el establecimiento que haya obtenido una Acreditación Transitoria cumpla con los requisitos para alcanzar la Acreditación Plena, le será otorgado un Certificado en tal sentido. En estos casos, la Acreditación Plena absorberá la duración de la Transitoria, esto es, la vigencia se contará a partir de la fecha de la primera evaluación.
- 4.2.4. Los establecimientos que hubieren obtenido una Acreditación Plena, no podrán ser acreditados transitoriamente en ninguna evaluación posterior.

4.3. **No Acreditado:**

En los casos en que la Comisión Directiva considere que, el establecimiento no cumple las condiciones para ser acreditado y las deficiencias no pueden ser corregidas dentro del plazo de 1 (un) año, notificará los resultados de la evaluación otorgando un plazo de 15 (quince) días corridos, para que aporte información complementaria que permitiese modificar la resolución.

Cuando el establecimiento no aporte elementos que justifiquen una nueva evaluación, o notifique cambios que a juicio de ITAES, impliquen una modificación de la situación existente en los servicios evaluados favorablemente durante el relevamiento original, la Comisión Directiva procederá a emitir una resolución de **No Acreditado**. En este caso, deberá mediar no menos de 1 (un) año, para solicitar una nueva evaluación, que deberá cumplir nuevamente con todos los requisitos exigidos.

- 4.4. Cuando los establecimientos incluidos en el punto 4.2, notifiquen haber cumplimentado las modificaciones que motivaron la postergación, o aporte elementos que lo justifiquen, se procederá a una nueva constatación en terreno. En base a ésta se tomará la decisión definitiva.
- 4.5. El Dictamen será comunicado a las autoridades del establecimiento, en forma confidencial y fehaciente por la Comisión Directiva de ITAES, en un plazo no mayor a 10 (diez) días corridos a partir de la fecha de su emisión.
- 4.6. **La facultad de dar a conocer públicamente el resultado de la evaluación quedará a cargo de la conducción del establecimiento, y exclusivamente durante y no más allá del período de vigencia de la Acreditación.**

5. *Apelación*

- 5.1. Los dictámenes negativos de la Comisión Directiva de ITAES podrán ser apelados ante la misma dentro los 30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de su notificación fehaciente, y cuando el establecimiento interesado considere que existen elementos que puedan hacer variar la primitiva decisión.
- 5.2. La Comisión Directiva concederá audiencia a las autoridades del establecimiento dentro de los 40 (cuarenta) días posteriores a la solicitud de apelación, comunicando para ello la fecha y hora de la reunión con no menos de 20 (veinte) días de antelación.
- 5.3. Las autoridades del establecimiento podrán concurrir a la audiencia acompañadas por asesores y deberán proporcionar información oral o escrita y ofrecer testimonios durante la audiencia. Asimismo la Comisión Directiva podrá citar a cualquiera de los miembros del equipo evaluador que realizó la tarea de campo.
- 5.4. La Comisión Directiva de ITAES no considerará ninguna presentación o testimonio relacionado con medidas tomadas por el establecimiento con posterioridad a la fecha de notificación fehaciente del Dictamen negativo.
- 5.5. Después de haber comenzado una audiencia, la Comisión Directiva de ITAES podrá suspender transitoriamente la misma con el propósito de evaluar la presentación, pasando a cuarto intermedio hasta el momento oportuno.

- 5.6. Una vez analizados los antecedentes y la información y testimonios presentados durante la Audiencia, la Comisión Directiva de ITAES tomará, en un lapso no mayor de 60 (sesenta) días de la fecha de iniciación del procedimiento de apelación o de finalización del receso, una de las siguientes medidas:
 - 5.6.1. Acreditar al establecimiento.
 - 5.6.2. No acreditarlo.
- 5.7. El Dictamen Final emitido en segunda instancia por la Comisión Directiva será inapelable.
- 5.8. En el caso de decidirse por la afirmativa, se emitirá el correspondiente Certificado de Acreditación, que tendrá idénticas características y otorgará los mismos derechos que todo el que haya sido emitido sin apelación previa.

ESTÁNDARES

1. Organización Institucional

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. Posee una Dirección Médica especializada y uno más Subdirectores o subrogantes, que conducen y supervisan la atención, y asumen su responsabilidad.</p> <p>a.2. Además existen otros profesionales especializados en Nefrología, que supervisan a los pacientes tratados y programan su presencia en todos los turnos de tratamiento.</p>	<p>a.1. El Director y el Subdirector son responsables de las actividades asistenciales del centro o servicio. Entre ambos cubren al menos 8 horas diarias de actividad.</p> <p>Ambos profesionales disponen de título de Nefrólogo y por lo menos el Director cuenta con 3 (tres) o más años de antigüedad en la especialidad.</p> <p>El Director supervisa los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, así como el desempeño de los recursos humanos.</p> <p>El Subdirector o subrogante reemplaza al Director en caso de ausencia.</p> <p>a.2. Si bien no es imprescindible que todos los médicos de turno sean Nefrólogos, es recomendable que algunos de ellos lo sean.</p>	<p>a.1. Legajos con títulos del Director y Subdirector, con títulos y certificados de especialidad y su validación posterior, extendida por autoridad competente en la jurisdicción. Demostrar más de 3 (tres) años de antigüedad en la especialidad.</p> <p>a.2. Verificar legajos de los demás profesionales, con su asignación de funciones.</p>
<p>b.1. Existen acuerdos institucionales formales para la articulación del centro con otros niveles de atención, cuando se requiera una derivación.</p>	<p>b.1. Los acuerdos deben estar expresados en normas operativas, disponibles para que el personal decida las derivaciones. Deben estar contemplados al menos los siguientes elementos:</p> <p>Empresa de traslados de emergencia.</p> <p>Derivación a una clínica de pacientes descompensados.</p> <p>Internación en institución con área de cuidados intensivos.</p> <p>Cuando las derivaciones deban tramitarse a través de la entidad financiadora, deberán estar contemplados los teléfonos y centros de referencia para las coberturas de los pacientes que se encuentran bajo tratamiento.</p>	<p>b.1. Acuerdos o contratos interinstitucionales.</p>
<p>c.1. El centro o servicio forma parte de una institución polivalente, prestando servicios tanto por la demanda externa como por pacientes derivados desde el establecimiento.</p>	<p>c.1. Existe un vínculo formal escrito entre el establecimiento y el centro o servicio, ya sea porque patrimonialmente tienen una misma propiedad o por estar vinculados por una relación contractual con términos de reciprocidad.</p>	<p>c.1. Presentar documentación que demuestre la relación con el establecimiento y la estabilidad de los servicios. Verificar los términos del contrato en caso de tratarse de razones sociales diferentes.</p>

<p>d.1. El centro o servicio está inscripto en el sistema nacional como prestador de diálisis.</p> <p>d.2. Todos sus pacientes tienen registro de ingreso a programa de diálisis crónica (DRI) y un número asignado por el INCUCAI (Instituto Nacional Central Único de Ablación e Implantes).</p>	<p>d.1. Está inscripta en el INCUCAI u organismo provincial equivalente.</p> <p>d.2. Todos los pacientes se registran sistemáticamente en lista de ingreso a programa de diálisis crónica.</p>	<p>d.1. Certificados de inscripción en INCUCAI u organismo provincial equivalente.</p> <p>d.2. Prueba documental de inscripción de los pacientes.</p>
--	--	---

Recomendaciones para el mejoramiento

- Está adherido a un régimen de evaluación externa.
- Estimando óptima una relación no menor de 1 Especialista por cada 40 pacientes, el 50 % o más de los médicos del centro o servicio son especialistas en Nefrología.

2. Condiciones generales de seguridad y confort ambiental

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. Cuenta con planos actualizados que reflejan fielmente la distribución actual de los locales del centro.</p> <p>a.2. En caso que sea un servicio dentro de un establecimiento polivalente, los planos deben incluir su ubicación dentro del edificio completo.</p> <p>a.3. Los planos muestran la distribución de las instalaciones sanitarias, de agua potable, gas y electricidad.</p>	<p>a.1. Los planos están disponibles en el centro o servicio y se encuentran a escala técnica mínima de 1:50.</p> <p>a.2. En caso de ser un servicio que forma parte de un establecimiento mayor, su ubicación en el plano general del edificio, estará expresada en escala mínima de 1:100.</p>	<p>a.1., a.2 y a.3. Planos arquitectónicos actualizados.</p>
<p>b.1. Los accesos poseen, para los pacientes trasladados en ambulancia, facilidades para el ascenso y descenso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas.</p> <p>b.2. No existen en el centro o servicio barreras arquitectónicas al acceso y desplazamiento de discapacitados incluyendo los de camillas y sillas de ruedas.</p>	<p>b.1. Los accesos disponen de elementos que aseguran el ingreso y salida de pacientes en condiciones de seguridad y protección ante inclemencias del tiempo.</p> <p>b.2. arquitectura permite la fácil circulación de discapacitados por el interior del centro o servicio. Se dispone de ascensores, rampas y/o sistemas alternativos para salvar eventuales desniveles.</p>	<p>b.1. y b2. Observación visual de las condiciones de circulación desde la entrada del edificio hasta el ingreso a los locales de atención de pacientes.</p>
<p>c.1. Todos los ambientes cumplen los requisitos de confort (ventilación y temperatura), adecuados a las condiciones climáticas de la región.</p> <p>c.2. Las instalaciones de calefacción y acondicionamiento ambiental han sido instalados bajo las condiciones de seguridad correspondientes.</p> <p>c.3. Los sistemas de climatización son controlados y limpiados periódicamente.</p>	<p>c.1. Los locales de atención de pacientes deberán tener ventilación.</p> <p>En zonas donde la temperatura media invernal supere los 15° C, la calefacción será optativa.</p> <p>Los sistemas de calefacción no centralizados, deberán eliminar los gases de combustión por "tiro balanceado" o similar -de modo que no se consuma oxígeno ambiental- y disponer de válvula de seguridad para el encendido.</p> <p>No se admitirán extensiones de gas.</p> <p>c.2. Se requerirán sistemas de climatización por aire acondicionado en todos los locales donde se atienden pacientes. Los mismos serán instalados por personal técnico habilitado.</p> <p>Estos sistemas son sometidos a control y limpieza periódica de sus filtros, actividad que es registrada.</p>	<p>c.2. Certificado de instalaciones de calefacción y/o refrigeración por personal técnico habilitado.</p> <p>Sello oficial de aprobación de los artefactos instalados.</p> <p>c.3. Registros de limpieza periódica del sistema de aire acondicionado.</p>

<p>d.1. Cuenta con extintores de incendio manuales en cantidad, clase y distribución adecuadas, con un debido programa de recarga.</p> <p>d.2. Hay detectores de humo.</p> <p>d.3. Las salidas son accesibles, claramente señalizadas y existen normas activas de evacuación (escritas o gráficas) claramente visibles en accesos y circulaciones de público y pacientes.</p> <p>d.4. El personal ha recibido capacitación acerca de procedimientos en caso de incendio y otras catástrofes.</p>	<p>d.1. Los extintores están ubicados en lugares estratégicos de fácil visualización. Su clase es acorde al riesgo de cada área:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A, combustibles sólidos, • B, instalaciones eléctricas, • C, combustibles líquidos. <p>Contarán con tarjetas de carga y recarga programada, y los extintores estarán ubicados en lugares accesibles y bien señalizados, de acuerdo a un mínimo de un extintor cada 200 m2 de superficie.</p> <p>d.2. Posee sistemas de detección de humo aprobados por autoridad competente.</p> <p>d.3. Las salidas de emergencia están claramente señalizadas.</p> <p>Hay instrucciones escritas o gráficas en lugares visibles sobre cómo evacuar en caso de incendio o catástrofe.</p> <p>d.4. Todo el personal ha asistido al menos a un curso de capacitación para incendios y catástrofes.</p>	<p>d.1. Extintores y sus registros de carga y servicios periódicos.</p> <p>d.2. Verificar existencia de detectores de humo y su certificado de inspección y aprobación por Bomberos o autoridad competente.</p> <p>d.3. Señalización de salidas y normas activas escritas o gráficas de evacuación.</p> <p>d.4. Constancia de asistencia a cursos de capacitación en legajos del personal.</p>
<p>e.1. Posee sistema alternativo de energía eléctrica para las áreas críticas, con una potencia no menor a 3 KVA por cada puesto instalado.</p> <p>e.2. El sistema alternativo es sometido a actividades de mantenimiento según fabricante y éstas actividades están registradas.</p> <p>e.3. Toda la instalación de tomacorrientes y partes conductoras normalmente aisladas de las instalaciones fijas, deben estar puestas a tierra.</p> <p>e.4. Las instalaciones deberán brindar seguridades técnicas frente al riesgo de electrocución, así como protección de instalaciones mediante.</p> <p>e.5. Se debe disponer de luces de emergencia para cortes imprevistos de energía.</p> <p>e.6. Las líneas de distribución eléctrica deben asegurar su estanqueidad.</p>	<p>e.1. El sistema alternativo de energía eléctrica puede ser de cualquier tipo, en tanto su puesta en marcha se efectúe, en tiempo y forma de modo de no interrumpir tratamientos dialíticos.</p> <p>e.2. Se deberá contar con registros de mantenimiento: pruebas de puesta en marcha, servicios periódicos preventivos, instructivo para su funcionamiento, etc.</p> <p>e.3. La puesta a tierra debe efectuarse a través de una jabalina.</p> <p>e.4. Deberán contar con cortes automáticos de corriente mediante disyuntores automáticos y llaves térmicas.</p> <p>e.5. Se dispondrá de luces de emergencia al menos en áreas de asistencia, circulación de público y salidas.</p> <p>e.6. Las líneas eléctricas deben estar a la vista, o cubiertas con cablecanal plástico o de otro</p>	<p>e.1. Verificación del sistema alternativo (Probar el funcionamiento del sistema y su tiempo de corte hasta la restitución del suministro de energía eléctrica).</p> <p>e.2. Registros de actividades de mantenimiento preventivo.</p> <p>e.3. Documentación avalatoria de las puestas a tierra (tipo jabalina o equivalente)</p> <p>e.4. Verificación de protecciones del sistema.</p> <p>e.5. Ubicación y funcionamiento de las luces de emergencia.</p> <p>e.6. Verificación de las líneas de distribución eléctrica.</p>

	material lavable y ubicadas por encima de los circuitos de distribución de agua.	
--	--	--

Recomendaciones para el mejoramiento

- Cuenta con planos completos de estructura, cortes y fachada.
- Se lleva a cabo un plan de mantenimiento preventivo de las instalaciones con personal idóneo en forma periódica.

3. Aspecto visual, comodidades y distribución funcional

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. Tanto el aspecto exterior del edificio, como los ambientes interiores del centro o servicio, se encuentran en buen estado de conservación.</p> <p>a.2. La puerta de cada ambiente tiene el rótulo correspondiente.</p> <p>a.3. Sólo se aceptan plantas decorativas en sala de espera y área administrativa.</p>	<p>a.1. Los muros y aberturas que dan al exterior se encuentran en buen estado y con pintura cuidada.</p> <p>Lo mismo los ambientes interiores, tanto en lo referente a pisos, mobiliario y adornos, como a pintura.</p> <p>a.2. Los rótulos de las puertas son claros y de aspecto uniforme.</p> <p>a.3. No se admitirán plantas decorativas en ningún lugar del centro o servicio, excepto la sala de espera y el área administrativa.</p>	<p>a.1, a.2. y a.3. Simple observación visual del aspecto exterior y de los espacio interiores.</p>
<p>b.1. La sala de espera y sus comodidades son proporcionales a la cantidad de pacientes por turno.</p> <p>b.2. Cuenta con sanitarios limpios para uso exclusivo del público.</p>	<p>b.1. Tanto la superficie del área de espera, como la cantidad de asientos existentes contemplan la cantidad de puestos de diálisis y el sistema de organización de turnos de la institución.</p> <p>b.2. El baño para público es accesible desde la sala de espera.</p> <p>En unidades que funcionan dentro de otro establecimiento, se admitirá el uso de los baños públicos del establecimiento.</p>	<p>b.1. Evaluar disponibilidad de comodidades en los cambios de turno.</p> <p>b.2. Simple observación visual del área de espera y conocimiento de los puestos de atención disponibles en cada turno.</p>
<p>c.1. El personal cuenta con vestuarios, área de descanso y sanitarios de uso exclusivo.</p> <p>c.2. Existe un lugar para refrigerios con comodidades para calentar y conservar alimentos.</p>	<p>c.1. El vestuario cuenta con armarios para guardar pertenencias personales, comodidades para descansos breves y acceso directo a un baño de uso exclusivo, con disponibilidad de ducha.</p> <p>c.2. Dispone al menos de un ambiente con comodidades para refrigerios, cocina, anafe y/u horno de microondas, así como heladera de uso exclusivo.</p>	<p>c.1. y c.2. Simple observación visual del área de uso exclusivo del personal.</p>
<p>d.1. Cuenta con al menos un consultorio diferenciado, para la atención individual de los pacientes.</p>	<p>d.1. El consultorio cuenta con camilla, escritorio o pupitre, recipiente de residuos con tapa y facilidades para la higiene de manos (dispensador de alcohol al 70%).</p>	<p>d.1. Simple observación visual del área de consultorio.</p>
<p>e.1. Existe un área administrativa claramente definida y accesible desde las áreas de circulación de público.</p> <p>e.2. La vinculación entre esta</p>	<p>e.1. El área administrativa cuenta con al menos un espacio bien diferenciado.</p> <p>e.2. Este local se vincula con la zona de circulación de público a</p>	<p>e.1 y e.2. Simple observación visual del área administrativa y su relación con el público.</p>

<p>área y el público permite una adecuada comunicación.</p>	<p>través de un mostrador o ventanilla, que facilita la comunicación y los trámites.</p>	
<p>f.1. Las áreas contempladas en este estándar están convenientemente señalizadas en lo referente a la orientación y restricciones para la circulación del público.</p>	<p>f.1. Todas las áreas cuentan con señalización clara acerca de su función y, en las que corresponda, se incluyen aclaraciones sobre restricción a la circulación de público y/o pacientes.</p>	<p>f.1. Simple observación visual de las señalizaciones.</p>

4. Almacenamiento de insumos, locales de apoyo y disposición de residuos

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. Cuenta con un espacio diferenciado y cerrado para el almacenamiento de los insumos, clasificados de acuerdo a su tipo.</p> <p>a.2. Las condiciones ambientales del depósito se corresponden con las de conservación de los elementos depositados.</p>	<p>a.1. Los insumos básicamente son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartables • Soluciones • Medicamentos • Dializadores <p>a.2. El estado de higiene y conservación de pisos y paredes es bueno, sin grietas, goteras o manchas de humedad.</p> <p>Existen estanterías u otro sistema ordenado de estiba y depósito, debe evitar humedad y acumulación de suciedad, con áreas diferenciadas para materiales reactivos y el resto de los materiales.</p> <p>Existe heladera exclusiva para medicamentos que requieren cadena de frío (fuera de la sala de diálisis), así como un lugar separado con llave para sustancias psicotrópicas (pueden estar en la sala bajo llave).</p> <p>Hay recipientes con tapa para recolectar desperdicios.</p>	<p>a.1. y a.2. Simple observación visual del área.</p>
<p>b.1. Todos los insumos están adecuadamente identificados, con vencimientos rotulados.</p> <p>b.2. No existen envases vacíos o en mal estado, que no sean parte de la operatoria normal del servicio. Todos los recipientes de trabajo, contemplados en el procedimiento interno, deben estar identificados y/o rotulados.</p> <p>b.3. El stock es suficiente, para la operatoria del servicio.</p>	<p>b.1. Los materiales están claramente identificados, con el plazo de validez o vencimiento, si corresponde.</p> <p>b.2. No se observan envases vacíos con etiquetas originales y en desuso, que no hayan sido descartados. Tampoco los hay en mal estado, deteriorados o sucios.</p> <p>b.3. El stock existente permite una autonomía no menor de una semana, en Capital y Gran Buenos Aires, y de por lo menos dos semanas en el interior.</p>	<p>b.1. Verificar por la simple observación visual es estado de los materiales depositados.</p> <p>Verificar por muestreo al azar que los rótulos de los envases correspondan al contenido.</p> <p>b.2. Observación visual.</p> <p>b.3. Cotejar mediante una planilla de consumo o sistema de control de stock, si el stock existente es suficiente para al menos una o dos semanas de trabajo, según corresponda.</p>
<p>c.1. Existe un espacio cerrado destinado específicamente a guardar materiales de limpieza, que se encuentra limpio y en buen estado de conservación.</p> <p>c.2. El espacio cerrado se encuentra dentro de las áreas</p>	<p>c.1. Tanto el piso como las paredes de ese espacio son lavables.</p> <p>c.2. Existe señalización de zona vedada al público y pacientes o la circulación impide su acceso.</p>	<p>c.1. Observación visual del estado y la limpieza del espacio específico, así como su ubicación.</p> <p>c.2. Observación directa</p> <p>c.3. Entrevistar al responsable de limpieza, interrogarlo sobre</p>

<p>restringidas al público y pacientes. Es suficiente, adecuado, seguro y limpio.</p> <p>c.3. Está a cargo de un responsable que supervisa las tareas de limpieza.</p> <p>c.4. Existen normas activas del proceso de limpieza general y el personal ha recibido instrucciones al respecto.</p> <p>c.5. El almacenamiento de los materiales de limpieza destinados a áreas de tratamiento de pacientes HB+ y HC+ se halla normatizado.</p> <p>c.6. Existen normas activas para la desinfección y desinfectación periódica del local</p>	<p>c.3. El responsable supervisa las tareas e instruye al personal.</p> <p>c.4. Las normas activas deben prever por lo menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modo de preparación de los productos de limpieza que sean utilizados, • Instrucciones sobre cómo limpiar cada sector, • Forma de tratar elementos potencialmente contaminantes, en especial los referidos a HB y HC positivos. <p>c.5. El material de limpieza de la sala de aislamiento para diálisis de pacientes hepatitis B +, se guardará en la misma sala, no en el depósito general. El almacenamiento del material de limpieza para las zonas de pacientes hepatitis C + puede estar en el depósito general, pero separado del resto.</p> <p>c.6. Se registra la desinfección y desinfectación periódica de las instalaciones.</p>	<p>el modo y la frecuencia con que supervisa las tareas.</p> <p>c.4. Normas activas del proceso de limpieza.</p> <p>c.5 Normas activas de almacenamiento de materiales</p> <p>c.6. Normas activas y registros de desinfecciones y desinfectaciones periódicas.</p>
<p>d.1. Existe un local específico y señalizado para la disposición de residuos biopatógenicos.</p> <p>d.2. El centro o servicio se encuentra inscripto como generador de residuos biopatógenicos.</p> <p>d.3. Tiene contrato con una empresa recolectora de residuos biopatógenicos que estipula cronograma de retiro de residuos, según la disponibilidad de la localidad. La documentación suministrada por la empresa recolectora correspondiente a la disposición final de los residuos se encuentra archivada.</p> <p>d.4. Cuenta con normas activas sobre el manipuleo, descarte y disposición final de los residuos biopatógenicos. Éstas determinan también que estos residuos se dispongan sin poner en riesgo la salud del público, visitantes y/o ciu-</p>	<p>d.1. El local tiene acceso restringido y la puerta está señalizada.</p> <p>El local tiene ventilación al exterior o extractor de aire, provisión de agua y desagote, piso y paredes lisos y lavables.</p> <p>d.2.</p> <p>d.3. El contrato con la empresa recolectora está disponible y el personal conoce los días y horarios de recolección.</p> <p>d.4. Las normas sobre manejo y disposición de estos residuos establecen instrucciones detalladas sobre qué tipo de residuos deben considerarse potencialmente patógenicos. Las normas de salida de esos residuos contemplan que no tomen contacto con el público.</p> <p>d.5. Los residuos biopatógenicos generados en las salas de tratamiento y en la de reprocesamiento de dializadores,</p>	<p>d.1. Verificar visualmente las características del local y de los recipientes, de acuerdo a las especificaciones del estándar.</p> <p>d.2. Documentación de inscripción como generador de residuos biopatógenicos.</p> <p>d.3. Revisar el contrato con la empresa recolectora especializada, analizando la frecuencia de retiro de recipientes. Archivo de documentación entregada por la empresa de disposición de residuos biopatógenicos.</p> <p>d.4. Normas activas sobre manejo y disposición de residuos biopatógenicos.</p> <p>d.5. Observación directa.</p> <p>d.6. Tipificación de residuos potencialmente patógenicos</p>

<p>dadanos.</p> <p>d.5. Dispone de recipientes adecuados y suficientes para disposición de residuos biopatogénicos en los locales donde éstos se generan.</p> <p>d.6. Los residuos potencialmente patogénicos deben estar detallados y tipificados, de modo que el personal no tenga dudas respecto a cuáles elementos deben ser tratados como tales.</p>	<p>se almacenan en bolsas rojas de más de 100 micras dentro de recipientes con tapa.</p> <p>d.6. Las normas determinan cuáles residuos son potencialmente contaminantes y cuáles no.</p>	
---	--	--

Recomendaciones para el mejoramiento

- El Director se reúne al menos cada dos meses con los responsables de las áreas contempladas en este estándar, para tratar problemas operativos, así como el modo de perfeccionar los procedimientos.
- Las decisiones adoptadas son transmitidas por escrito a todo el personal.
- Existen registros de lo tratado y decidido en estas reuniones.
- El mecanismo de control de stock cuenta con disparadores de provisión.

5. Suministro y tratamiento de agua, disolución de concentrados

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. Los sistemas de suministro y distribución de agua y eliminación de excretas se han instalado de acuerdo a normas legales vigentes en la jurisdicción.</p> <p>a.2. Cuenta con</p> <ul style="list-style-type: none"> • una red interna de distribución de agua potable provee agua caliente y fría en todas las instalaciones sanitarias y • un sistema de eliminación de excretas. <p>a.3. Todos los depósitos de agua disponen de tapas adecuadas y su limpieza está normatizada.</p> <p>a.4. Se realiza por lo menos un análisis fisicoquímico y bacteriológico anual del agua de red.</p> <p>a.5. En caso que la provisión provenga de agua de pozo, deberá tener además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un sistema de cloración y control de cloro activo; • efectuar análisis de potabilidad cada 6 meses; • disponibilidad para un mínimo de 24 horas. <p>a.6. No existen desagües a cielo abierto.</p>	<p>a.1. y a.2. Las instalaciones han sido aprobadas por la autoridad competente.</p> <p>a.3. Las tapas de los depósitos deberán facilitar la inspección e impedir el ingreso de elementos indeseables.</p> <p>Las normas determinarán</p> <ul style="list-style-type: none"> • la limpieza periódica (al menos cada 6 meses) de todos los depósitos, tanques y cisternas; • quienes son responsables de su cumplimiento y • el registro de estas acciones. <p>a.4. El análisis físico-químico debe hacerse en el punto de entrada del agua de red. El bacteriológico en distintos puntos de la red y se archivarán los resultados de ambos.</p> <p>a.5. Todos los desagües deben estar entubados para aislarlos del medio ambiente.</p>	<p>a.1. y a.2. Certificado de aprobación de los sistemas de agua potable y eliminación de excretas por autoridad competente.</p> <p>a.3. Observación visual y normas activas de procedimiento de limpieza de depósitos, tanques y cisternas.</p> <p>a.4. Informes archivados de análisis bacteriológico y fisicoquímico del agua.</p> <p>a.5. y a.6. Observación directa y documentación probatoria del sistema de cloración y capacidad de los depósitos.</p>
<p>b.1. Existen planos del sistema de tratamiento de agua, que indican la secuencia en que está ubicado cada uno de los tratamientos específicos, como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • filtros y microfiltros, • • ablandador o deionizador, • sistema declorinador, • • ósmosis inversa y/u otro. <p>b.2. Dispone de un manual de operación del sistema con normas activas de procedimiento. Este manual indica asimismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • la capacidad productiva en 	<p>b.1. Los planos deben reflejar fielmente las condiciones actuales del sistema de tratamiento del agua.</p> <p>b.2. El manual puede ser entregado por la empresa constructora / instaladora del sistema o desarrollado en el propio centro o servicio.</p> <p>b.3. Se registran y archivan los resultados correspondiente a los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fechas de cambio de resinas; • mantenimientos preventivos; • control del nivel de cloro (en cada turno); • control de dureza al menos una vez por día; 	<p>b.1. Revisar los planos del sistema y verificar que está efectivamente representada la secuencia en que están ubicados los diversos componentes y en especial cada dispositivo.</p> <p>b.2. Revisar el manual de operación del sistema y verificar que coinciden los puestos de toma de muestras y los dispositivos. Verificar cada uno de los requisitos detallados en la columna anterior. Verificar los registros donde están asentados los controles bacteriológicos, los mantenimientos preventivos y la sanitización del sistema. Interrogar al personal encargado sobre su conocimiento del manual de operación y las nor-</p>

<p>litros / hora,</p> <ul style="list-style-type: none"> • el material constitutivo de las cañerías, • la ubicación de los puestos y • los sitios para toma de muestras en cada etapa del circuito. <p>b.3. Se efectúan controles de calidad del agua tratada y existe registro de todos ellos, especialmente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • físico-químicos, • bacteriológicos, • de sanitización y • de mantenimiento preventivo. <p>b.4. El sistema de distribución de agua tratada es de PVC certificado o acero inoxidable y no tiene espacios muertos.</p> <p>b.5. El sistema de distribución</p> <ul style="list-style-type: none"> • dispone de circuito “en anillo” y • mantiene el agua tratada recirculando permanentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> • medición permanente de conductividad (porcentaje de rechazo de ósmosis); • análisis físico-químico del agua post-ósmosis al menos cada 6 (seis) meses, con resultados dentro de estándares aceptados (ver más abajo); • cultivos bacteriológicos mensuales y • detección de endotoxinas (LAL test). Éstas dos últimas con frecuencia al menos bimestral. <p>Las tomas de muestras deben hacerse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • previa a la ósmosis; <ul style="list-style-type: none"> ○ de resultar positiva, cultivar muestras tomadas luego de cada elemento del sistema de tratamiento; • post ósmosis; • retorno del anillo de distribución o último puesto del sistema; • cultivo del dializado; • cultivo del <i>mixer</i> de bicarbonato; • cultivo del agua de reprocesamiento. <p>Los cultivos deben hacerse mediante siembra en placa o filtración por membrana, en agar tripticasa a 37°C, durante al menos 48 horas en medio pobre en nutrientes. La medición de endotoxinas por método colorimétrico o turbidimétrico, preferentemente en modo cinético.</p> <p>Niveles a alcanzar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controles bacteriológicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ <100 UFC/ml post ósmosis, ○ <200 UFC/ml en último puesto o retorno por anillo; • detección de endotoxinas: menor de 0,25 UE/ml. 	<p>mas de procedimiento.</p>
--	---	------------------------------

	<p>La sanitización del sistema debe registrarse consignando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • frecuencia, • agente utilizado, • concentración, • permanencia y • tiempo de enjuague. <p>b. 4. Toda la instalación debe estar construida con materiales atóxicos y resistentes a la acción de desinfectantes químicos, minimizando acoples y/o derivaciones, y evitando sitios de reducida circulación de fluidos.</p> <p>PVC certificado significa no reciclado; cuenta con marca de fabricación fácilmente visible. Los espacios muertos son fuente de infecciones del sistema, pues el agua que penetra en los mismos tiende a estancarse.</p> <p>b.5 El diseño “en anillo” del circuito de distribución mantiene el agua tratada en permanente circulación, reduciendo el riesgo infeccioso.</p>	
<p>c.1 La sala de tratamiento de agua presenta adecuadas condiciones de higiene, mantenimiento y protección.</p>	<p>c.1. El piso y las paredes son lavables; los revestimientos y la pintura se encuentran en buen estado.</p> <p>El techo está libre de goteras y filtraciones.</p> <p>La instalación eléctrica es adecuada para las tareas que deben realizarse y sus componentes están bien protegidos.</p> <p>Los equipos están protegidos de la incidencia directa de luz solar.</p> <p>Hay recipiente de residuos con tapa.</p>	<p>c.1. Verificar las condiciones detalladas mediante la simple observación visual.</p>
<p>d.1. Existe un equipo apropiado para la disolución de concentrados.</p> <p>d.2. que está ubicado en un recinto seguro.</p> <p>d.3. Existe un instructivo para la operación y sanitización del equipo.</p>	<p>d.1. El equipo cuenta con un procedimiento confiable para asegurar la correcta disposición final de la dilución, p.ej. enrase volumétrico.</p> <p>d.2. Se entiende por recinto seguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una zona exclusiva,; 	<p>Verificar visualmente el equipo y el recinto.</p> <p>Revisar el instructivo de operación y sanitización e interrogar al personal sobre cómo lleva a cabo los procedimientos.</p> <p>Revisar los registros de controles bacteriológicos y de sanitización.</p>

<p>d.4. La solución se prepara una vez por turno.</p> <p>d.5. La calidad del agua utilizada para la preparación de soluciones es la misma que para la preparación del dializado.</p> <p><i>Este estándar no es aplicable en centros / servicios que trabajan con concentrados secos de disolución automática en el equipo dializador.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • cerrada separada del resto; • que permite la disolución del CO_3H^+ evitando riesgo de contaminación durante la preparación, • que dispone de extractor de aire , • que está limpio y • libre de polvo. <p>d.3. El instructivo indica la frecuencia de sanitización.</p> <p>d.4 En cada turno se prepara la cantidad de solución necesaria para la atención de la totalidad de los pacientes de ese turno.</p> <p>d.5. Sólo se utiliza agua de ósmosis para la preparación de soluciones y se le efectúan iguales controles bacteriológicos que a ella. Estos controles están registrados.</p>	<p>Verificar si se cumple la normativa de la cantidad de solución preparada.</p>
--	---	--

Niveles máximos de contaminantes químicos permitidos (Resolución 739/97 MSAS):

CALCIO	2,0 mg/litro (0,1 Meq/l)	CLORAMINAS	0,1 mg/litro
MAGNESIO	4,0 mg/litro (0,3 Meq/l)	NITRATOS	2,0 mg/litro
SODIO	70,0 mg/litro (3,0 Meq/l)	SULFATOS	0,1 mg/litro
POTASIO	8,0 mg/litro (0,2 Meq/l)	COBRE	0,1 mg/litro
FLUORURO	0,2 mg/litro	BARIO	0,1 mg/litro
CORO	0,5 mg/litro	ZINC	0,1 mg/litro
ALUMINIO	0,01 mg/litro	CADMIO	0,001 mg/litro
ARSÉNICO	0,005 mg/litro	CROMO	0,014 mg/litro
PLOMO	0,005 mg/litro	SELENIO	0,09 mg/litro
PLATA	0,005 mg/litro	MERCURIO	0,0002 mg/litro

Recomendaciones para el mejoramiento

- El personal encargado de operar y controlar el suministro, tratamiento del agua y disolución de concentrados ha contribuido al perfeccionamiento de las normas que regulan tales procedimientos.
- En la sala de tratamiento de agua no se realizan otras tareas (reparación de equipos, etc.)
-

6. Tratamiento de diálisis propiamente dicho

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. El estado de higiene y conservación del recinto de diálisis es bueno.</p> <p>Sus paredes y techo están bien conservados y garantizan su higiene.</p> <p>a.2. Dispone de iluminación natural.</p> <p>a.3. La superficie de cada puesto de tratamiento es la adecuada para sus fines.</p> <p>a.4. Cuenta con sanitarios exclusivos para los pacientes, que están limpios y provistos de elementos de higiene con acceso directo desde la sala.</p> <p>Al menos uno de los baños está equipado con todos los elementos que lo hacen apto para discapacitados.</p> <p>a.5. Hay recipientes para residuos patogénicos en cantidad suficiente.</p> <p>a.6. Los uniformes del personal están limpios, en buenas condiciones.</p> <p>a.7. El personal asistencial utiliza los siguientes elementos de bioseguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guantes, • Mascarilla y/o • Protección ocular • Delantal 	<p>a.1. La higiene y conservación de los pisos es buena, no tienen roturas ni rajaduras y son lavables.</p> <p>Las paredes están revestidas con pintura o con laminados lavables y resistentes al hipoclorito de sodio.</p> <p>El cielorraso asegura la ausencia de desprendimiento de polvo, sin molduras ni adornos.</p> <p>a.2. Existen aberturas que permiten el ingreso de luz natural.</p> <p>En caso de utilizar cortinas, debe preverse un procedimiento para su limpieza .</p> <p>a.3. Cada puesto de tratamiento dispone al menos de</p> <ul style="list-style-type: none"> • una superficie promedio de 6 m² • una separación de promedio de 1 m con el siguiente. <p>Las salas con un solo puesto deben tener una superficie mínima 9 m².</p> <p>La sala permite la circulación del personal en condiciones de bioseguridad.</p> <p>a.4. Además del específico para discapacitados, todos los sanitarios están provistos de barrales para discapacitados, se hallan limpios y provistos de jabón, toallas descartables y/o secamanos.</p> <p>a.5. Existen recipientes con tapas y bolsas rojas en su interior para descarte de los residuos patogénicos, en número de por lo menos uno cada 5 (cinco) puestos.</p> <p>Hay un recipiente para residuos en cada sanitario. Existen descartadores para elementos punzocortantes, al menos uno cada 3 (tres) puestos.</p> <p>a.6.</p> <p>a.7. El personal asistencial</p>	<p>a.1 a a.7 Verificar las condiciones detalladas mediante la simple observación visual.</p>

	utiliza los elementos de protección durante todo el tiempo que esté en contacto con los pacientes .	
<p>b.1. Si la unidad acepta pacientes seropositivos para HB, debe existir un local de aislamiento, con baño exclusivo.</p> <p>b.2. Cuenta con normas activas sobre la utilización de la sala de aislamiento.</p> <p>b.3. De no aceptar pacientes seropositivos, debe contar con convenio con un centro que los acepte.</p>	<p>b.1. El local de aislamiento está físicamente separado del resto y reúne todas las condiciones ambientales requeridas en lo subestándares a.1 – a.7</p> <p>Los recipientes para residuos son también exclusivos para esta sala y su sanitario.</p> <p>El acceso al sanitario exclusivo se efectúa desde la propia sala de aislamiento.</p> <p>b.2. La sala no se utiliza nunca para pacientes no-HB+, en tanto haya pacientes HB+ en tratamiento.</p> <p>b.3. El convenio estipula los mecanismos de derivación y aceptación de pacientes entre ambos centros o servicios.</p>	<p>b.1. Verificar las condiciones detalladas mediante la simple observación visual.</p> <p>b.2. Normas de la sala de aislamiento. Listado de pacientes tratados en la misma.</p> <p>b.3. Prueba documental del convenio con centro o servicio que recibe los pacientes HB+.</p>
<p>c.1. Cuenta con equipos de diálisis que permiten condiciones seguras de tratamiento, en base a los siguiente componentes y parámetros, a título descriptivo, no excluyente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bomba proporcionadora 2. Atrapaburbujas o detector de aire 3. Detector de hemoglobina 4. Alarmas audiovisuales de presión y de conductividad. 5. Control volumétrico de la ultrafiltración (UF) 6. Perfiles de Na 7. Perfiles de UF 8. Control de temperatura 9. Medición del volumen de sangre relativo 10. Sistema de desinfección 11. Medición de la conductibilidad. <p>c.2. El estado de limpieza de los equipos es satisfactorio.</p> <p>c.3. Existen normas activas para la preparación, sanitización y limpieza de los equipos.</p>	<p>c.1.</p> <p>c.2.</p> <p>c.3. Las normas estipulan todos los pasos que deben ser llevados a cabo para la preparación y sanitización de los equipos de diálisis.</p> <p>c.4. Hay al menos 2 tensiómetros y una balanza para pesar a los pacientes.</p> <p>Están claramente diferenciadas las áreas de lavado de los accesos vasculares de los pacientes, de las áreas exclusivas de higiene del personal.</p> <p>c.5 Cuenta con una estación de enfermería, separada de los puestos de diálisis con visibilidad a toda la sala, que permite que el personal pueda preparar la medicación y desarrollar todas sus tareas cómodamente.</p> <p>Cuenta con una mesada de altura adecuada para la manipulación de materiales en posición de pie.</p> <p>La estación dispone de un escritorio o pupitre para a efectos de completar los regis-</p>	<p>c.1. Verificar los componentes de seguridad y el registro de los parámetros técnicos de eficiencia de los equipos.</p> <p>c.2. c.4 y c.5 Observación visual.</p> <p>c.3. Normas de procedimiento.</p>

<p>c.4. Además del o los dializadores, el local cuenta con el equipamiento necesario para control de los pacientes, preparación de materiales e higiene del personal y fistulas de los pacientes.</p> <p>c.5. Hay un espacio para el desarrollo de tareas administrativas (registros, HC, hojas de enfermería, controles).</p>	<p>tros correspondientes.</p>	
<p>d.1 Los sillones de los puestos de diálisis son adecuados a sus fines y están en buenas condiciones de conservación y funcionamiento, al igual que el resto del mobiliario de la sala.</p> <p>d.2 Cuenta con elementos de transporte de pacientes y las aberturas están adecuadas para permitir su paso.</p> <p>d.3 Ofrece elementos de distracción, como música funcional, televisión, elementos de lectura, etc.</p>	<p>d.1 Todos los sillones son</p> <ul style="list-style-type: none"> • acolchados, • reclinables, • capaces de adoptar la posición de Trendelenburg y • disponen de apoyabrazos adecuado para el miembro portador de la fístula AV. <p>Sus mecanismos funcionan correctamente y la operación es fácilmente controlable por el paciente en forma manual o eléctrica.</p> <p>Su tapizado está libre de manchas, salpicaduras y polvo, y puede limpiarse en forma frecuente.</p> <p>Se utiliza un cubresillón con cada paciente.</p> <p>Los pacientes utilizan mantas descartables o lavables que se guardan embolsadas con identificación de cada paciente.</p> <p>No se utilizan carros de apoyo que se trasladan entre las estaciones de diálisis.</p> <p>Todo el mobiliario adicional de la sala está en buenas condiciones de uso y es lavable.</p> <p>d.2 Se cuenta con camillas y sillas de ruedas para el transporte de los pacientes; el ancho de las puertas y demás áreas de paso, permiten su desplazamiento con facilidad.</p> <p>d.3 Los aparatos de televisión están distribuidos de manera que puedan ser vistos desde todos los puestos.</p>	<p>d.1 a d.3 Verificar las condiciones detalladas mediante la simple observación visual.</p>
<p>e.1. Existe una sala de recuperación.</p>	<p>e.1. y e.2. La sala de recuperación.</p>	<p>e.1. a e.3. Verificar en la sala de recuperación.</p>

<p>ración de fácil acceso desde la sala de diálisis.</p> <p>e.2. Cuenta con equipamiento de reanimación y estabilización de pacientes descompensados.</p> <p>e.3. Existen elementos de reanimación trasladables a los puestos de diálisis, para manejo de las urgencias.</p> <p><i>Estas condiciones pueden obviarse en servicios con fácil acceso a Terapia Intensiva.</i></p>	<p>animación</p> <ul style="list-style-type: none"> • • dispone del equipamiento de una Unidad de Reanimación: <ul style="list-style-type: none"> ○ laringoscopio, ○ desfibrilador, ○ carro de paro con medicación de resucitación, ○ oxígeno central o por tubo, ○ máscara de ventilación y ○ nebulizador. <p>e.3 Las pilas están separadas del laringoscopio y éste funciona.</p> <p>No hay medicamentos vencidos.</p>	<p>de recuperación que todos los aparatos se encuentren en correctas condiciones de uso.</p> <p>Revisar detalladamente los medicamentos y materiales descartables del carro de paro.</p>
--	---	--

7. Reprocesamiento de dializadores

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. El piso, techo y paredes del local de reprocesamiento de dializadores son de material resistente a la acción de desinfectantes químicos y cuenta con extractor de aire a fin de evitar la acumulación de vapores tóxicos.</p> <p>a.2. Los equipos reprocesadores automáticos se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento y utilización. Los procesos de desinfección de estos equipos son controlados en forma permanente.</p> <p>a.3. Si el centro reprocesa manualmente los hemodializadores,</p> <ul style="list-style-type: none"> • el número de bocas de reprocesamiento está en relación con la cantidad de puestos de diálisis; • deben existir piletones adecuados para su vaciado, sin derrames ni salpicaduras. <p>a.4. En ambos casos existen normas de procedimiento activas para el reprocesamiento que garantizan la bioseguridad.</p> <p>a.5. El acceso a la sala de reprocesamiento es directo desde la sala de tratamientos.</p> <p>a.6. Se efectúa la medición y registro del volumen inicial de los dializadores nuevos.</p> <p>a.7. Existen en la sala de reprocesamiento suficientes recipientes con tapa para residuos biopatógenicos.</p>	<p>a.1. Piso y paredes son de materiales resistentes a los vapores de los agentes químicos desinfectantes y lavables .</p> <p>El techo no está descascarado ni deja caer polvillo.</p> <p>a.2. Se efectúan sobre los reprocesadores controles regulares de</p> <ul style="list-style-type: none"> • desinfección y • concentración del desinfectante utilizado de modo de asegurar su eficacia antiséptica, así como una eventual toxicidad por dosificación excesiva. <p>a.3. La relación ideal entre bocas de reprocesamiento y puestos es 1:1.</p> <p>Los piletones deben ser suficientemente profundos para evitar salpicaduras y permitir un rápido drenaje del líquido de descarte.</p> <p>a.4. Las normas activas de procedimiento para el reprocesamiento de hemodializadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • determinan las concentraciones de los desinfectantes a utilizar y • los pasos de preparación de las diluciones; • contemplan garantías de bioseguridad para el personal y • se cumple con los registros consignados en el capítulo de documentación y registros; • determinan los controles de presencia o ausencia del desinfectante en los dializadores y • especifican claramente las condiciones para el descarte de los dializadores. <p>a.5. Las salas de tratamientos y reprocesamiento son cercanas y el acceso a esta última está claramente señalado,</p>	<p>a.1, a.2, a.3, a.5, a.7. Verificar condiciones ambientales, de equipamiento y de trabajo por simple observación visual.</p> <p>a.2, a.3, a.4. Normas activas de procedimiento.</p> <p>a.6. Registro de mediciones del volumen inicial de los dializadores nuevos.</p>

	<p>con restricción de acceso al público y pacientes. El traslado de elementos a reprocesar se efectúa según normas que evitan el pasaje por áreas de acceso al público.</p> <p>a.6.</p> <p>a.7. Se considera suficiente número cuando al final de cada turno los recipientes disponen libre al menos un 25% de su capacidad.</p>	
<p>b.1 Existen bocas de reprocesamiento efectivamente separadas, de modo de evitar contaminaciones cruzadas entre dializadores para pacientes HC+ y los demás.</p> <p>b.2 Los dializadores se identifican apropiadamente y se almacenan en recipientes individuales o bolsas plásticas termoselladas.</p> <p>b.3 Si se efectúa reprocesamiento de dializadores positivos para hepatitis B, se lo hace dentro de la sala de aislamiento, en un área exclusiva y los dializadores se almacenan dentro de esa área.</p> <p>b.4 Existen normas activas para el reprocesamiento de los dializadores de pacientes HB+ y HC+</p> <p>b.5 Cuenta con un registro sistemático de los dializadores tratados.</p> <p>b.6 El personal utiliza protecciones especiales para efectuar las tareas.</p>	<p>b.1 Los bocas de reprocesamiento de dializadores HC+ están separados del resto y claramente identificadas.</p> <p>b.2 Los dializadores y sus respectivos envases son identificados con marcador indeleble.</p> <p>El almacenamiento se efectúa bajo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas plásticas: <ul style="list-style-type: none"> ○ más de 100 micras de espesor • recipientes plásticos: <ul style="list-style-type: none"> ○ cierre hermético ○ desinfección en cada procedimiento dialítico. <p>b.3 El local para reprocesamiento de dializadores de pacientes HB+ se encuentra aislado del resto y presenta características físicas y de equipamiento similares a las de donde se reprocesan los demás dializadores.</p> <p>b.4 Las normas establecen claramente los pasos y precauciones a tener en cuenta durante el proceso de reprocesamiento de cada tipo de dializadores.</p> <p>b.5 En el registro se identifica</p> <ul style="list-style-type: none"> • cada dializador, • la fecha de cada reprocesamiento y • la cantidad de procesamientos previos. <p>b.6 Durante el reprocesamiento el personal utiliza</p>	<p>b.1, b.2, b.3 Verificar condiciones ambientales y de trabajo por simple observación visual.</p> <p>b.4 Normas activas de procedimiento.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • pecheras o delantales impermeables, • guantes y • máscaras. 	
<p>c.1 El agua empleada para el reprocesamiento de los dializadores proviene de las instalaciones de tratamiento del agua y debe reunir las mismas condiciones de calidad que la utilizada para el dializado.</p> <p>c.2 Se efectúan controles rutinarios de la calidad del agua utilizada en el procedimiento.</p>	<p>c.1 El agua que se emplea para el reprocesamiento de dializadores está abastecida por el sistema de tratamiento de agua del centro o servicio (agua de ósmosis) y cuenta con todas sus condiciones de seguridad.</p> <p>c.2 Las normas definen como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) frecuencia de controles; b) método de control, y c) registro de resultados. 	<p>c.1 Verificar la procedencia del agua empleada en el reprocesamiento de dializadores.</p> <p>c.2 Normas activas de procedimiento.</p>

8. Condiciones de bioseguridad

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. El personal que atiende a los pacientes trabaja cumpliendo normas de bioseguridad.</p> <p>a.2. Cumple con el lavado de manos entre procedimientos y cambio de guantes.</p> <p>a.3. El personal que atiende pacientes seropositivos para hepatitis B no abandona el área respectiva durante el tratamiento.</p> <p>a.4. El personal realiza actividades de capacitación en servicio sobre bioseguridad, al menos cada 6 (seis) meses.</p>	<p>a.1. El personal de enfermería, cuando está en contacto directo con los pacientes, está vestido con la indumentaria adecuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • delantal pechera o guardapolvo, • barbijo, • guantes, • gorro y • antiparras. <p>a.2. Entre un paciente y otro, cambian los guantes y se lavan las manos.</p> <p>a.3. El personal que trabaja en la sala para hepatitis B utiliza</p> <ul style="list-style-type: none"> • camisolín de mangas largas y • cubrecalzado descartable, • además de los restantes elementos de bioseguridad mencionados en a.1 <p>El equipo de protección personal no sale de las áreas asistenciales.</p> <p>a.4. Puede tratarse de cursos, talleres, etc.</p>	<p>a.1. Normas de bioseguridad.</p> <p>a.2, a.3. Observar la conducta del personal al pasar de la atención de un paciente a otro.</p> <p>a.4. Registro de actividades de capacitación.</p>
<p>b.1. La limpieza del / de los locales de tratamiento se efectúa de acuerdo a normas de bioseguridad.</p> <p>b.2. Se cumple la limpieza externa de equipos y sillones entre tratamientos con elementos descartables.</p> <p>b.3. La vajilla es biosegura.</p>	<p>b.1, b.2. Tanto cuando la limpieza la realiza personal propio, como cuando se cuenta con un servicio contratado, los procedimientos son similares y se respetan las normas de bioseguridad establecidas.</p> <p>En el caso de los servicios contratados, las normas están estipuladas en el contrato.</p> <p>b.3. La vajilla para suministrar alimentos, bebidas o refrigerios a los pacientes es descartable.</p>	<p>b.1, b.2. Normas de bioseguridad para limpieza de locales de tratamiento.</p> <p>Eventualmente, contrato con la empresa de limpieza.</p> <p>b.3. Observación visual.</p>
<p>c.1. La limpieza del local destinado a aislamiento de pacientes seropositivos para hepatitis B, se efectúa de la misma manera que los demás, con elementos exclusivos que se guardan dentro del área.</p> <p>c.2. El personal está protegido de todo contacto con fluidos</p>	<p>c.1. Los procedimientos de limpieza deben ser equivalentes a los del resto de los locales.</p> <p>c.2. El personal está protegido de todo contacto con fluidos corporales de los pacientes, mediante</p>	<p>c.1, c.2. Verificar las condiciones de trabajo del local y del personal por la simple observación visual.</p> <p>c.3. Verificar que los elementos estén identificados como pertenecientes al área de aislamiento.</p>

<p>corporales de los pacientes.</p> <p>c.3. Los tensiómetros y demás elementos son de uso exclusivo del local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • delantales impermeables, • barbijo y • guantes. <p>El personal no abandona el área de aislamiento con ropa contaminada.</p> <p>c.3. No existe ningún intercambio entre los elementos empleados en el local de aislamiento y los demás.</p>	
<p>d.1. El paciente efectúa el lavado del brazo con el acceso vascular antes de cada conexión.</p> <p>d.2. La institución cuenta con una cobertura de seguros frente a los riesgos del trabajo y el personal se encuentra capacitado al respecto.</p> <p>d.3. Existe un procedimiento sistemático para conectar los catéteres.</p>	<p>d.1. Cada vez que el paciente va a ser conectado al equipo de hemodiálisis, efectúa lavado previo del brazo con el acceso vascular.</p> <p>d.2. En caso de accidentes por punción con agujas potencialmente contaminadas o cualquier otro accidente, el personal está instruido sobre cómo actuar y reportar el accidente de trabajo al área administrativa.</p> <p>d.3. Los procedimientos para la conexión y desconexión de catéteres están sistematizados.</p>	<p>d.1. Observar el funcionamiento del centro o servicio en el momento de transición entre uno y otro turno de sesiones.</p> <p>d.2. Interrogar al personal acerca de cómo procede en caso de accidentes por punción. Normas al respecto.</p> <p>Consultar al área administrativa sobre el procedimiento aplicado en estos casos, en términos de accidente de trabajo.</p> <p>d.3. Normas de procedimiento para conexión y desconexión de catéteres.</p>

9. Recursos humanos

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. La dotación profesional se compone al menos de</p> <ul style="list-style-type: none"> • un especialista en Nefrología, • Nutricionistas, • Psicólogos o Psiquiatras, • Asistentes Sociales, • un Cirujano Vascolar, • un Hemoterapeuta. • un Laboratorio o Bioquímico y • un Infectólogo de referencia. <p>a.2. Existe una relación formal entre los profesionales y el centro o servicio.</p>	<p>a.1. El establecimiento debe contar con un plantel profesional estable.</p> <p>a.2. Los profesionales pueden revistar en relación de dependencia o por contrato, individual o colectivo, directo o a través de una entidad gremial. En la segunda alternativa, los términos de la relación y las responsabilidades del profesional deben estar claramente estipuladas, así como los medios para contactarlo.</p> <p>Estos términos deben ser especialmente detallados para el Laboratorio de referencia, consignando normas de recepción de muestras y entrega de resultados y obligación de estar adherido a un programa de calidad.</p> <p>El personal cuenta con instrucciones claras y visibles sobre cómo acceder a los servicios contratados a demanda.</p>	<p>a.1. Verificar la dotación de personal profesional en el área administrativa, consultando el plantel de cargos.</p> <p>a.2. Contratos de los profesionales disponibles a demanda.</p> <p>Revisar las responsabilidades asignadas y los medios de contacto, verificando que todos los datos estén accesibles para el personal que debe efectuar la comunicación.</p>
<p>b.1. El centro o servicio dispone de legajos completos de todo el personal profesional.</p>	<p>b.1. Se entiende por legajo profesional completo el que contiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • datos personales • copia del título profesional habilitante, • título de especialista, cuando ello correspondiere; • certificado de matrícula profesional o documentación afín, cuando correspondiere; • CV actualizado, incluyendo actividades de capacitación. <p>En el caso de los Laboratorios externos a los que se derivan análisis clínicos por acuerdo contractual, debe contarse con copia del certificado de habilitación.</p>	<p>b.1. Revisar los legajos del personal profesional.</p> <p>Verificar títulos habilitantes y certificados de actividades de actualización y/o eventos científicos.</p> <p>Verificar habilitación del Laboratorio de referencia.</p>

<p>c.1. La dotación de personal técnico se compone de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras profesionales y auxiliares capacitadas en servicio para las tareas, • una Supervisión por turno y • una Supervisión General, que será responsable de los procesos de Enfermería. <p>c.2. Se dispone de legajos completos de todo el personal técnico.</p> <p>c.3. Está registrada la programación de turnos del personal y las guardias –activas y/o pasivas- del personal médico, técnico y bioquímico.</p> <p>c.4. La dotación de enfermería es al menos de una cada 6 (seis) pacientes, con al menos una Enfermera por turno.</p>	<p>c.1. El centro o servicio debe disponer de un plantel estable de personal técnico.</p> <p>c.2. Los legajos registran los títulos y otros certificados de instrucción, así como las actividades de capacitación específica o en servicio que hayan recibido.</p> <p>c.3. Las guardias están esquematizada en un cuadro general que se encuentra disponible en el área administrativa.</p> <p>Asimismo, está esquematizada la distribución de turnos del personal correspondiente.</p>	<p>c.1. Plantel técnico</p> <p>c.2. Verificar los legajos del personal, incluyendo los certificados registrados y cursos de capacitación.</p> <p>c.3. Revisar el cuadro general de distribución de los turnos del personal profesional y técnico.</p> <p>Revisar el cuadro general de distribución de guardias pasivas de personal médico, bioquímico y de enfermería.</p>
<p>d.1. Existe un programa de instrucción general del personal, referente a enfermedades de alto riesgo contaminante.</p> <p>d.2. Estas actividades de instrucción incluyen la revisión de las normas operativas de prevención.</p> <p>d.3. Existe un programa de monitoreo serológico y de vacunación anti hepatitis B.</p>	<p>d.1. Al menos una vez al año, se efectúan actividades de capacitación acerca de la prevención de enfermedades de alto riesgo contaminante.</p> <p>d.2. En estas reuniones se revisan y actualizan las normas operativas y existe registro de estas actividades</p> <p>d.3. La totalidad del personal profesional y técnico está comprendida en un programa de monitoreo serológico, seroconversión y vacunación para hepatitis B. El estado de ejecución del programa y la situación de las personas, están registrados en un cuadro general del programa.</p>	<p>d.1, d.2. Verificar en la Dirección registros o actas de las reuniones realizadas, los temas tratados y las modificaciones en los procedimientos operativos resultantes de esas reuniones.</p> <p>d.3. Verificar el cuadro general de las actividades de monitoreo de hepatitis B realizadas, así como el registro del estado de cada persona respecto a la enfermedad.</p>

10. Registros clínicos y epidemiológicos

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. Cada paciente que se encuentra en tratamiento tiene su Historia Clínica (HC) actualizada, legible y firmada por el médico tratante, donde constan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evolución clínica, • consentimiento informado, • protocolo de cada sesión de diálisis, • plan de controles serológicos, • rutina periódica de laboratorio y otros estudios complementarios, • medicación, • esquema de vacunaciones, • hospitalizaciones, • estado de accesos vasculares, • evaluación nutricional y • psicológica del paciente. <p>a.2. Existen normas activas para la confección de las HC.</p> <p>a.3. Las HC activas deberán estar disponibles en el sector de atención o en un archivo específico.</p> <p>a.4. Existe un archivo de HC pasivas (pacientes que ya no están en tratamiento en el centro).</p> <p>a.5. El archivo dispone de un método de fácil individualización de los pacientes.</p> <p>a.6. Se asegura la protección del secreto médico.</p>	<p>a.1. Todo paciente actualmente atendido debe estar registrado y contar con su HC.</p> <p>Las HC están evolucionadas por lo menos una vez por mes, aunque contengan el protocolo de cada sesión.</p> <p>Constan en las HC el consentimiento inicial para efectuar el tratamiento y los correspondientes para determinaciones periódicas de HIV y estudios pretrasplante.</p> <p>Protocolo dialítico, según ítem b)</p> <p>Están registrados los estudios serológicos de hepatitis B, hepatitis C y SIDA, calendario de vacunaciones si corresponde y evolución del título de anticuerpos.</p> <p>Los análisis de control están protocolizados y registrado su cumplimiento, según su periodicidad mensual, trimestral, semestral y/o anual.</p> <p>Si hubo hospitalizaciones deben quedar archivadas al menos las respectivas epicrisis o informes de hospitalización.</p> <p>Las evaluaciones nutricionales y psicológicas deben estar actualizadas con una periodicidad no mayor de 3 (tres) meses.</p> <p>a.2. Las normas establecen quienes tienen acceso a las HC, así como sus partes constitutivas y la manera de completarlas.</p> <p>a.3. Son accesibles a los profesionales y el personal técnico actuante, a fin de que registren sus intervenciones inmediatamente con su realización.</p> <p>a.4. Las HC de pacientes anteriores están archivadas hasta 10 (diez) años de antigüedad.</p> <p>a.5. Las HC están individualizadas a través de una codificación tal que se minimiza la</p>	<p>a.1. Dos muestras al azar de HC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una, de pacientes en tratamiento en el momento de la evaluación; • otra, de pacientes que ya no se encuentran en tratamiento en el centro o servicio. <p>Verificar la información requerida en el estándar.</p> <p>a.2. Normas activas sobre la confección de las HC.</p> <p>a.3, a.4. Archivo de HC.</p>

	<p>posibilidad de errores de identificación. El Archivo es al menos de doble entrada.</p> <p>a.6. Las HC sólo son accesibles al personal que se dedica a la atención de pacientes y el archivo es de acceso restringido.</p>	
<p>b.1. Existe un protocolo actualizado de los tratamientos dialíticos efectuados, que incluye en cada caso</p> <ul style="list-style-type: none"> • la medicación administrada, • la prescripción dialítica, • complicaciones intradiálisis, • transfusiones, • ultrafiltración indicada, • heparinización, y • control de la totalidad de sesiones efectuadas. <p>b.2. El registro consigna también eventos adversos durante las sesiones.</p>	<p>b.1. Cada registro consigna fielmente el protocolo indicado al paciente y permite controlar el tratamiento dialítico en cada caso.</p> <p>b.2. El registro de los eventos adversos, a cualquier nivel que se produzcan (indicaciones médicas y su cumplimiento, procedimiento dialítico, etc. forman parte del registro y permiten análisis a posteriori a efectos de su prevención y corrección.</p>	b.1, b.2. Protocolos dialíticos.
<p>c.1. Existe un registro de los controles efectuados al personal, que contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estudios serológicos • esquemas de vacunación aplicados y • del monitoreo de titulación de anticuerpos (monitoreo de seroconversión). 	<p>c.1. Los registros del personal están concentrados en un archivo único de modo que permitan hacer un seguimiento epidemiológico de los riesgos laborales.</p>	c.1. Registros del personal.
<p>d.1. Existen normas activas para el relevamiento, registro, tabulación y procesamiento de estadísticas de morbimortalidad relacionadas con la patología de los pacientes atendidos.</p> <p>d.2. La información de los resultados estadísticos es conocida por todo el personal profesional y técnico.</p> <p>d.3. Los riesgos laborales del personal son especialmente registrados, de acuerdo a las normativas de la Ley de Aseguramiento de Riesgos del Trabajo.</p>	<p>d.1. Los indicadores estadísticos relevados están definidos, así como su modo de tabulación.</p> <p>Entre los indicadores se relevan al menos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tasa de anemias, • tasa de hipoalbuminemias, • tasa de infecciones de fístula arteriovenosa (FAV), • tasa de pacientes con osteodistrofia, • tasa de peritonitis en DPCA, • tasa de mortalidad después de los primeros 90 días de tratamiento y • tasa de seroconversiones para hepatitis B y C en los pacientes y el personal. <p>d.2. Los resultados periódicos del procesamiento de los datos son circularizados en publicaciones de uso interno.</p>	<p>d.1. Normas para el relevamiento estadístico de morbimortalidad de pacientes y personal.</p> <p>d.2. Publicaciones internas de datos estadísticos.</p>

11. Gestión de la Calidad

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1. Cuenta con un programa de reuniones del personal profesional, incluyendo las de tipo ateneo de casos, revisiones bibliográficas y/o revisiones de procedimientos dialíticos.</p> <p>a.2. Las reuniones están a cargo de un Coordinador, tienen una periodicidad al menos bimestral y son registradas sistemáticamente.</p>	<p>a.1. Las reuniones pueden tener el formato de ateneos, clases interactivas o talleres.</p> <p>a.2. Las actividades están registradas en un libro de actas o similar.</p>	<p>a.1. Programa de reuniones.</p> <p>a.2. Designación del Coordinador. Registro de reuniones.</p>
<p>b.1. Al menos 2 (dos) veces por año, las reuniones incluyen a la totalidad del personal y se revisan dificultades y modificaciones en los procedimientos operativos.</p>	<p>b.1. En estos casos el personal interviene en la discusión sobre dificultades operativas, en la revisión de normas a ser implementadas y en la aprobación de innovaciones en los procedimientos.</p>	<p>b.1. Registros de concurrentes a las reuniones.</p>
<p>c.1. Existe un programa escalonado de capacitación en servicio para el personal técnico y se entregan certificados de estas actividades.</p>	<p>c.1. El personal no profesional recibe capacitación específica durante su horario de trabajo, con el fin de instruirlo en los procedimientos corrientes y ajustar las eventuales dificultades que puedan presentarse.</p> <p>Estas actividades están coordinadas por la Dirección o la Supervisión General y se basan en un programa escalonado de instrucción, de acuerdo a las necesidades del centro o servicio.</p> <p>El personal recibe certificados por su capacitación, que son incorporados a sus respectivos legajos.</p>	<p>c.1. Programa de capacitación en servicio.</p> <p>Registros de estas actividades.</p> <p>Legajos del personal.</p>
<p>d.1. Existe un programa de prevención y control de infecciones hospitalarias.</p> <p>d.2. Está a cargo de un Comité específico, con capacidad de decisión para modificar procedimientos y establecer mecanismos de vigilancia epidemiológica.</p> <p>d.3. Supervisa el Libro de Registro de Cultivos así como las alteraciones de las curvas epidemiológicas habituales.</p> <p>d.4. El Libro de Registro de Cultivos se mantiene permanentemente actualizado</p>	<p>d.1.</p> <p>d.2. El Comité de Control de Infecciones está integrado al menos por el Director Médico, el Supervisor General de Enfermería –o enfermera encargada del control de infecciones, de existir- con asesoramiento de un Infectólogo.</p> <p>Sus reuniones y decisiones están registradas.</p> <p>d.3 y d4. En el libro de Registro de Cultivos se consignan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fecha del cultivo, • material y • motivo del cultivo: <ul style="list-style-type: none"> • de los accesos vasculares (fístulas, prótesis, 	<p>d.1. Programa de control de infecciones.</p> <p>d.2. Integración del Comité de Control</p> <p>Registro de reuniones del Comité, con decisiones adoptadas.</p> <p>d.3., d.4. Libro de Registro de Cultivos.</p>

	catéteres) <ul style="list-style-type: none"> • sistémicas • seroconversiones HB y HC • seguimiento de título de anticuerpos HB en pacientes y personal • seroconversiones HIV • tratamiento inicial, • resultados preliminares y finales, • Nº de protocolo y tratamiento definitivo. 	
--	---	--

Recomendaciones para el mejoramiento

- Los directivos del centro o servicio participan en eventos científicos, o están asociados a instituciones de la especialidad nacionales y/o internacionales. En estos ámbitos comunican los resultados de su tarea asistencial, asisten a actividades de perfeccionamiento o participan en debates técnico-científicos.

12. Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)

Texto del estándar	Aclaraciones del texto	Información disponible
<p>a.1 Cuenta con al menos 2 (dos) consultorios para esta finalidad, con superficie suficiente y lavabos para pacientes y personal.</p> <p>Se destinará uno de los consultorios para entrenamiento del paciente y el otro para procedimientos.</p> <p>a.2 El de entrenamiento cuenta con 2 (dos) lavabos –uno para pacientes y otro para el personal- dispuestos en espejo. El de procedimientos puede tener sólo uno.</p> <p>a.3 Todos los consultorios tienen acceso directo a sanitario, aunque éste puede ser compartido.</p> <p>a.4 Los cielorrasos, pisos y paredes son lisos, en buen estado de conservación y admiten limpieza desinfectante.</p> <p>a.5 Todos los consultorios tienen buena iluminación.</p>	<p>a.1 Cada consultorio tiene una superficie no menor de 9 m² (nueve metros cuadrados) y cuentan con lavatorios con frente revestido, tipo <i>vanitory</i>.</p> <p>El tamaño de los lavatorios de ambos consultorios es tal que permite el lavado cómodo de las manos y todos cuentan con grifos de apertura y cierre sin uso de manos.</p> <p>En todos los consultorios el jabón debe ser líquido y desinfectante y las toallas, descartables.</p> <p>a.2 La disposición de los lavabos del paciente y del personal, en espejo, facilita el entrenamiento.</p> <p>a.3 Acceso directo significa que se ingresa al sanitario desde el interior del consultorio.</p> <p>a.4 Los cielorrasos no tienen juntas ni se evidencia desprendimiento de polvo. Los pisos carecen de roturas o rajaduras. Las paredes están bien conservadas, recubiertas con pintura lavable o con recubrimientos lisos que admiten el lavado con hipoclorito de sodio.</p> <p>a.5 La iluminación, ya sea natural o artificial, permite el examen físico del paciente y la lectura.</p>	<p>a.1, a.2, a.3, a.4 y a.5 Inspección ocular de las dimensiones y condiciones ambientales de los consultorios.</p>
<p>b.1 Los consultorios están equipados con</p> <ul style="list-style-type: none"> • escritorio, • sillas, • perchero o placard, • balanza para pacientes, • tensiómetro, • dispensadores de jabón y toallas. <p>El consultorio para procedimientos cuenta con camilla.</p> <p>b.2 Se dispone de</p> <ul style="list-style-type: none"> • sistema de calor seco para entibiar bolsas, • soporte para las bolsas y • balanza para pesar solu- 	<p>b.1 Las superficies del mobiliario descrito son lisas y lavables.</p> <p>El sistema de calor seco, la balanza para pesar soluciones y un soporte para bolsas de diálisis peritoneal, puede estar disponibles para más de un consultorio.</p> <p>b.2 El sistema de climatización puede ser central o por equipos individuales</p>	<p>b.1 Inspección ocular del equipamiento de los consultorios. Verificar el tipo y ubicación de los controles del equipo de climatización.</p>

<p>ciones.</p> <p>b.3 Existe climatización frío-calor en el sector.</p>		
<p>c.1 Cuenta con un sector de Enfermería adecuado para el manejo de material estéril y con facilidades para descartar líquido peritoneal.</p> <p>c.2 El sector dispone de una mesada o mesa para preparar materiales y recipientes para residuos.</p> <p>c.3 Se dispone de un depósito de materiales de fácil acceso, y cuenta con bolsas, catéteres, intermediarios, material de curaciones, etc.</p> <p>c.4 Los materiales se encuentran identificados.</p> <p>c.5 Todos los sectores cuentan con recipientes para residuos.</p> <p>c.6 El personal cuenta con un sitio para llevar los registros</p> <p>c.7 Se dispone de normas activas de procedimiento, incluyendo el empleo de cicladora, en caso de que dispongan de este elemento.</p>	<p>c.1 El sector de Enfermería puede estar dentro de uno de los consultorios. Debe disponer de un área limpia para material estéril, y un sistema de drenaje -dentro del consultorio o del sanitario- para descartar líquido peritoneal.</p> <p>c.2 La mesada tiene altura adecuada para poder realizar cómodamente las tareas de enfermería.</p> <p>c.3 El depósito de materiales puede estar en los mismos consultorios.</p> <p>c.4 Todos los materiales en depósito están claramente rotulados para permitir su fácil identificación.</p> <p>c.5 Los recipientes para residuos deben tener tapa y se cuenta al menos uno por local.</p> <p>c.6 Hay un escritorio o pupitre para completar los registros.</p>	<p>c.1, c.2, c.3, c.4, c.5, c.6 Inspección ocular del equipamiento del sector de Enfermería.</p> <p>c.7 Normas activas de procedimiento.</p>
<p>d.1 Se cumplen normas de bioseguridad equivalentes a las del sector de hemodiálisis.</p>	<p>d.1 Hay normas escritas sobre procedimientos con los pacientes. Las bolsas de DPCA vacías se descartan junto con los residuos biopatogénicos del sector de hemodiálisis.</p>	<p>d.1 Normas activas de bioseguridad.</p>
<p>e.1 El personal tiene capacitación específica en DPCA.</p> <p>e.2 Existe un programa específico de guardias de personal médico y de Enfermería.</p> <p>e.3 Los uniformes del personal están limpios y son adecuados para esta tarea.</p>	<p>e.1 La capacitación del personal se efectúa en el mismo servicio o en algún otro servicio reconocido.</p> <p>e.2 El programa de guardias de la institución debe contemplar las necesidades de este sector.</p> <p>e.3 Los uniformes del personal están limpios y se dispone de ropa estéril para uso durante los procedimientos.</p>	<p>e.1 Legajos del personal.</p> <p>e.2 Programa de guardias profesionales y de enfermería del sector de DPCA.</p> <p>e.3 Inspección visual.</p>
<p>f.1 Las normas del área establecen que para ingresar al programa de DPCA, los pacientes deben ser evaluados por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirujano responsable de la colocación de catéteres, 	<p>f.1 En la HC figuran los resultados de la evaluación que determinaron la elección de esta modalidad de diálisis.</p> <p>f.2 Las HC deben contener los siguientes registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolución mensual. 	<p>f.1 Normas de admisión a DPCA.</p> <p>f.2 Muestra de HC de pacientes actualmente en DPCA.</p> <p>Normas activas de registro y seguimiento.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo y • Asistente Social. <p>f.2 Los pacientes son controlados en base a normas de registro y seguimiento, que se reflejan en las HC.</p> <p>f.3 Cuenta con materiales de entrenamiento y capacitación para los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • láminas, • folletos, • otros impresos, • videos, etc., • incluyendo normas para el empleo de cicladora, si corresponde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de Laboratorio de control y los necesarios para la toma de decisiones sobre dosis dialítica a proporcionar (clearance de creatinina o KT/V) • Evaluación del tipo de membrana peritoneal (PET). • Registro de infecciones: peritonitis e infecciones del sitio de salida. • Vacunaciones y serología. • Registro de hospitalizaciones. • Evaluación inicial de la Asistente Social, incluyendo visita domiciliaria. • Evaluación psicológica inicial y seguimiento. • Constancia de capacitación del paciente y de un familiar. • Constancia de entrenamiento para manejar cicladora (si corresponde). <p>f.3 El material de capacitación permite comprender los pasos del procedimiento terapéutico, incluyendo la utilización de cicladora, para los pacientes que dispongan de ese equipo.</p>	<p>f.3 Verificar el material didáctico empleado en el entrenamiento y capacitación de los pacientes y familiares.</p>
---	--	---