



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

MANUAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

**Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida**

Serie: Documentos Técnico Normativos

**LA PAZ - BOLIVIA
2008**





**MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES**

**MANUAL DE EVALUACIÓN Y
ACREDITACIÓN DE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida**

Serie: Documentos Técnico Normativos

**LA PAZ - BOLIVIA
2008**



R-BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Proyecto
WX15 Reforma de Salud, Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).
M665m Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud: primer nivel de
2007 atención/Ministerio de Salud y Deportes. La Paz: Gacely, 2007.

98p.: tab. (Serie: Documentos Técnico-Normativos de Calidad N° 57)

- I. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, ACCESO Y EVALUACIÓN
- II. ACREDITACIÓN
- III. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL
- IV. MANUAL
 1. t.
 2. Unidad de Servicios de Salud y Calidad
 3. Serie

MANUAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Texto en PDF disponible en:
www.sns.gov.bo

Depósito Legal N° 4-1-47-08 P.O.
ISBN 978-99905-966-0-1

Autores:

Dra. Lourdes Murillo Cuentas	MSyD-PRS
Dra. Ma. Luisa Valenzuela Cáceres	COSSMIL
Dra. Ma. Teresa Bilbao Cortés	CPS
Dr. Antonio F. Flores Serna	CPS
Dra. Roxana Miranda Larrea	CBES
Dr. José Hugo Rodrigo Balladares	SSU
Dra. Debbye I. Macías Quiroga	INASES

Edición:

Dra. Lourdes Murillo Cuentas	MSyD-PRS
Dra. Ma. Luisa Valenzuela Cáceres	COSSMIL
Dra. Ma. Teresa Bilbao Cortés	CPS
Dra. Roxana Miranda Larrea	CBES
Dra. Debbye I. Macías Quiroga	INASES

Coordinación:

Dr. Javier Luna Orosco E. MSyD

Contribuciones y revisión técnica:

Dr. Hugo E. Pérez G.	SBAM
Lic. Elizabeth Cañipa	MSyD
Dr. Marcos Prado E.	CORDES
Dr. Bernardino Orgaz	SBAM
Dr. Nicanor Jové A.	INASES
Dra. Virginia Centellas	CONSULTORIA
Dra. Ana Sota M.	CONSULTORIA
Dra. Janneth Centeno M.	CPS
Dra. Patricia Ramirez	CPS

La Paz, Unidad de Servicios de Salud y Calidad - Dirección General de Salud - Comité de Identidad Institucional -
Ministerio de Salud y Deportes, 2008.

© Ministerio de Salud y Deportes 2008

Documento impreso con el apoyo de Proyecto Reforma de Salud
Se autoriza su reproducción total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dr Walter H Selum Rivero
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
VICEMINISTRO DE SALUD

Dr. Nelson Ticona
**VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD a. i.**

Sr. Miguel Aguilar Egüez
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr, Roberto Tardío Lara
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Nila Heredia Miranda, ex Ministra de Salud y Deportes, quien impulsó el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud en beneficio de la población y en cuya gestión se elaboró y concluyó el presente documento.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL CONSENSO Y VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO *

Ministerio de Salud y Deportes (MS y D)
Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)
Unidad de Servicios de Salud y Calidad - MSyD
Proyecto Reforma de Salud - MSyD
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Beni
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Chuquisaca
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Cochabamba
Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Oruro
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Potosí
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Tarija
Servicio Regional de Salud (SERES) El Alto
Dirección Municipal de Salud – Cobija
Dirección Municipal de Salud – Cochabamba
Dirección Municipal de Salud – La Paz
Dirección Municipal de Salud – Oruro
Dirección Municipal de Salud – Potosí
Dirección Municipal de Salud – Sucre
Dirección Municipal de Salud – Tarija
Dirección Municipal de Salud – Trinidad
Caja Nacional de Salud (CNS)
Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP)
Caja Bancaria Estatal de Salud (CBES)
Caja Petrolera de Salud (CPS)
Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL)
Caja de Salud de Caminos y Ramas Afines (CSC Y RA)
Policía Nacional (Dirección Nacional de Salud y Bienestar Social de la Policía Nacional)
Colegio Médico de Bolivia
Colegio de Odontólogos de Bolivia
Colegio de Bioquímica y Farmacia de Bolivia
Colegio de Enfermeras de Bolivia
Colegio de Nutricionistas de Bolivia
Sociedad Boliviana de Auditoría Médica
Médicos Mundi
Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI)

* Se han considerado todas aquellas instituciones que conociendo el documento en la etapa de borrador final, contribuyeron al consenso, ya sea con su asistencia y participación en el Taller Nacional de Calidad en Salud (18 y 19 de junio 2007), o con aportes modificatorios oportunos para la corrección y enriquecimiento de la edición final.

PRESENTACIÓN

“Movilizados por el derecho a la salud y a la vida para vivir bien” es la premisa que guía las políticas y acciones que viene desarrollando el Ministerio de Salud y Deportes, siendo una de las principales finalidades lograr que la calidad en la atención de los servicios de salud, deje de ser un enunciado y se convierta en una realidad verificable y medible.

Hasta hace unos años, la calidad era una orientación y luego una política de salud, en la actualidad se constituye en una responsabilidad ineludible del Estado, en procura de afianzarla como condición intrínseca o esencial de los servicios de salud, y que junto a condiciones de equidad, solidaridad, universalidad, interculturalidad, accesibilidad, continuidad y oportunidad, se traduzca claramente en la satisfacción de la población con la atención en salud que recibe, en aplicación al nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Para las necesidades cotidianas de funcionamiento, importa definir y sistematizar la forma cómo se evalúa la calidad, siendo los Manuales y Guías de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud, entre los cuales está el documento que ahora se presenta, instrumentos metodológicos fundamentales, que a más de orientar la evaluación externa periódica y permanente, impulsarán el cumplimiento de estándares de calidad, la autoevaluación interna en los propios establecimientos de salud y el cumplimiento de la normativa única y general para todo el Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, destaco el esfuerzo realizado para la elaboración de estos Manuales y Guías, resultantes de la consubstanciación y mejoramiento cualitativo de otros que anteriormente eran diferentes en los ámbitos público y de la seguridad social, y que ahora emergen en documentos únicos de aplicación general, obviamente dinámicos y perfectibles como todos los instrumentos metodológicos del área de calidad, de acuerdo a las realidades propias, desafíos futuros y avances que siempre podrá aportar la investigación nacional e internacional.

Exhortamos al compromiso y participación de todas las instancias correspondientes de la gestión en salud, para que este instrumento coadyuve a fortalecer el Sistema Nacional de Salud en beneficio de toda la población boliviana.

La Paz, marzo de 2008


Dr. Walter Selum Rivero
Ministro de Salud y Deportes



Resolución Ministerial 0090

26 FEB. 2008

VISTOS Y CONSIDERANDO

Que, la Constitución Política del Estado en su Art. 158° establece que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población.... Concordante con ello, el Código de Salud de la República de Bolivia, determina en su Art. 2° que la salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad;

Que, el inciso d) del artículo 4.- de la Ley N° 3351 de Organización del Poder Ejecutivo, señala entre las atribuciones específicas del Ministro de Salud y Deportes : Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de seguridad social a corto, público y privado, con y sin fines de lucro;

Que, la Unidad de Servicios de Salud y Calidad de este Ministerio ha elaborado una serie de normas e instrumentos concernientes a la gestión y atención de calidad a ser cumplidas en el Sistema Nacional Único y el Modelo de Atención Familiar Comunitario e Intercultural de Salud;

Que, mediante nota CITE MSyD/VM-0311/008 de fecha 14 de febrero de 2008, el Sr. Viceministro de Salud, instruye la elaboración de una Resolución Ministerial que valide los documentos normativos elaborados por la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, mismos que serán difundidos en el ámbito nacional para su aplicación;

Que, el artículo 87 del Decreto Supremo N° 28631, en su literal a), entre las funciones del Sr. Viceministro de Salud, establece la de proponer políticas, reglamentos e instructivos para supervisar el Sistema Nacional de Salud, promoviendo su desarrollo integral.

POR TANTO,

El Sr. Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las facultades otorgadas por la Ley 3351,

RESUELVE,

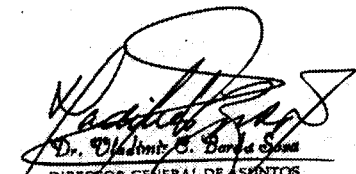
ARTICULO PRIMERO.- Aprobar y poner en vigencia los siguientes documentos, que en anexos forman parte integrante de la presente Resolución:


- **BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)**
- **MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD Y NORMA TECNICA**
- **NORMA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO**
- **GUIA BASICA DE CONDUCTA MEDICO-SANITARIA**

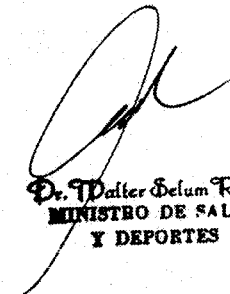
- OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
- REGLAMENTO GENERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
- MANUAL DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PRIMER NIVEL
- MANUAL DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGUNDO NIVEL
- MANUAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, TERCER NIVEL
- GUIA DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PRIMER NIVEL
- GUIA DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGUNDO NIVEL
- GUIA DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, TERCER NIVEL

ARTICULO SEGUNDO.- Instruir a la Dirección General de Salud y a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad la difusión y aplicación de estos instrumentos normativos entre las instancias correspondientes en el ámbito nacional.

Regístrese, hágase saber y archívese.


Dr. Vladimir C. Barrios Sosa
 DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS
 JURIDICOS
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

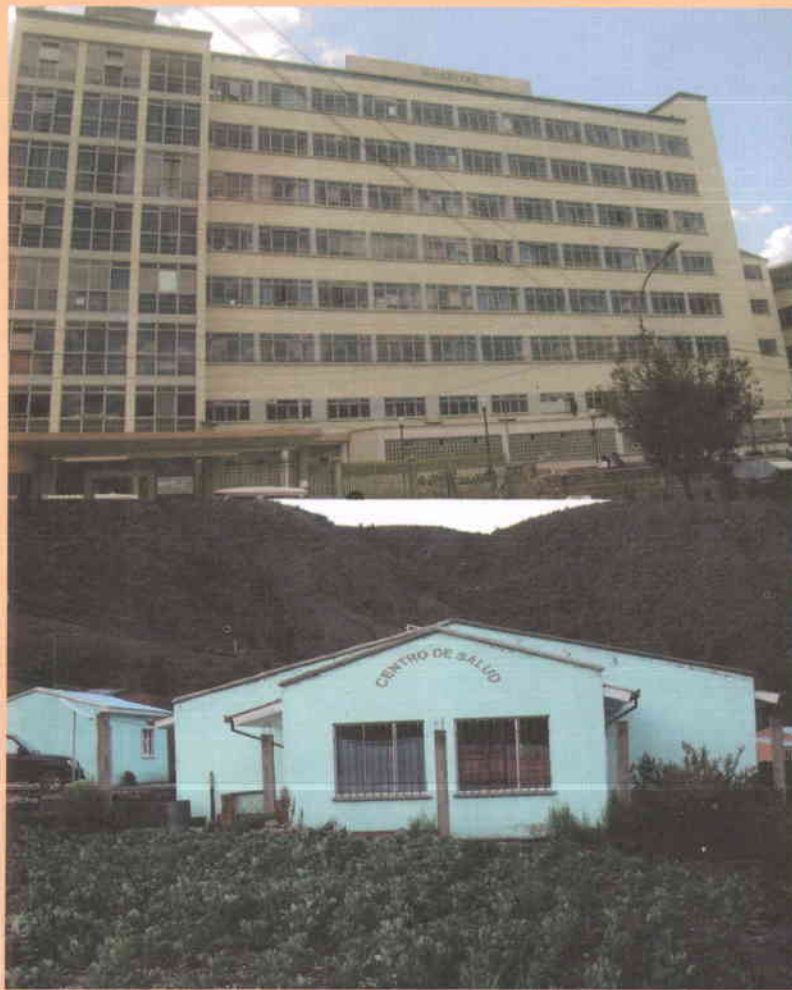

Dr. Juan A. Nogales Rocabado
 VICEMINISTRO DE SALUD
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Walter Delum Rivero
 MINISTRO DE SALUD
 Y DEPORTES

INDICE**PÁGINAS**

Introducción	1
Antecedentes	1
Justificación	1
Marco conceptual	2
Acreditación	3
- Definición	3
- Objetivos	3
Conformación del Sistema de Acreditación	3
- Estructura Organizacional de Acreditación	3
Consideraciones metodológicas	4
- Requisitos básicos	5
- Estándares	5
- Propósito	5
- Parámetro de evaluación	5
- Medio de verificación	6
Proceso de Acreditación	5
- Cumplimiento de requisitos básicos	5
- Autoevaluación	5
- Solicitud de Acreditación	6
- Preparación para la Acreditación	6
- Procedimientos de Evaluación	6
- Dictamen de Acreditación	6
- Control y Seguimiento	7
Descripción del Manual de Evaluación y Acreditación	7
- Estándares centrados en la atención del paciente	7
- Estándares de gestión del establecimiento	7
Accesibilidad y continuidad de la atención (ACA)	7
Evaluación del paciente (EDP)	8
Atención a los pacientes (AAP)	8
Derechos del paciente y de su familia (DPF)	9
Educación y comunicación al paciente y a su familia (EPF)	9
Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento (GLD)	9
Formación y capacitación del personal (FCP)	10
Gestión y mejora de la calidad (GMC)	10
Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE)	10
- Prevención y Control de Infecciones (CIES)	11
- Manejo de residuos (MRES)	11
- Bioseguridad (BIOS)	11
Gestión de la información (GIN)	11
Gestión y seguridad de las instalaciones (GSI)	12
Glosario de términos	79
Referencias bibliográficas	82
Resumen de estandares por nivel de atención	85
Anexo Editorial	100

ASPECTOS GENERALES



MANUAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

En el contexto del análisis de la responsabilidad del Estado para elevar la calidad de vida y salud de la población y disminuir la exclusión social, el Plan Estratégico Sectorial del actual gobierno plantea la necesidad de construir un Sistema Nacional de Salud con acceso universal, equitativo, inclusivo y descentralizado.

La Política Nacional de Salud incorpora la gestión de calidad en los establecimientos de salud como una estrategia para mejorar la oferta de servicios de salud que respondan a las necesidades y expectativas de la población, logrando el desarrollo de procesos estandarizados y sostenibles de atención y de gestión en los establecimientos de salud, orientados a uniformar la atención en salud a la que tiene derecho a acceder toda la población boliviana sin ningún tipo de discriminación.

La Gestión de calidad facilita a las instancias de gestión sectorial y a los establecimientos de salud, la planificación de acciones que buscan mejorar sus servicios y hacerlos más efectivos, en función de sus necesidades específicas. Ayudan a gestionar, canalizar y asignar en forma más eficaz los recursos, implementar las políticas, programas, reglamentos, normas, protocolos y por tanto a fortalecer en sus roles a cada una de las instancias del sector.

Parte de este proceso es la implementación de las herramientas de evaluación y acreditación de establecimientos de salud que contienen los requisitos reglamentarios requeridos para el buen funcionamiento de los servicios. Forma parte del proceso inicial la validación de herramientas y de procesos de medición y control de la calidad, de tal forma que cada problema identificado sea reconocido como una oportunidad de mejora y sea gestionado con recursos disponibles y con personal de salud idóneo, para lo que se requiere incorporar en la estructura de los establecimientos la instancia de la gestión de la calidad que desarrolle características técnicas, administrativas y humanas en la atención a los usuarios, procurando alcanzar los objetivos deseados y coadyuvar a resolver los problemas de salud de la población a un costo social y económicamente viable para el sistema.

2. ANTECEDENTES

A partir de 1994 y como parte de una corriente generada en países de América Latina y el Caribe, el Ministerio de Salud y Deportes de nuestro país implementa el proceso de Acreditación de Hospitales de segundo y tercer nivel de atención y Certificación de establecimientos de primer nivel, como un esfuerzo para mejorar la calidad, eficacia de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

Para tal efecto, adapta el instrumento y la metodología planteados por la Organización Panamericana de la Salud e impulsa la creación de los Comités Departamentales de Acreditación en los Servicios Departamentales de Salud, los cuales en base a solicitudes de los hospitales que voluntariamente quisieron incorporarse a este proceso, realizan las primeras evaluaciones y emiten informes de los resultados a la instancia responsable en el nivel Nacional. A partir de 2001, el Ministerio de Salud financió estas actividades en algunos Departamentos con recursos de la cooperación externa.

La metodología e instrumentos utilizados en el transcurso de los últimos años tuvieron críticas por hacer énfasis en la evaluación de estándares de estructura y muy poco de procesos y resultados obtenidos en beneficio de la población. Además, la interpretación de los grados de acreditación generaba confusión con los niveles de atención del modelo de salud, lo que inducía a los establecimientos a buscar un mayor grado de acreditación hipertrofiando su infraestructura, equipamiento y recursos humanos, con la consiguiente distorsión de la misión para la que fue concebido el establecimiento en su inicio, alterando su nivel de atención y complejidad, generando un uso irracional de los recursos.

Asimismo, los establecimientos acreditados o certificados, no recibieron el seguimiento necesario para verificar que se cumplan y mantengan en el tiempo los estándares de calidad.

Otro aspecto importante de recalcar, es que debido a la subjetividad en algunos estándares de la guía y la insuficiente precisión de criterios, algunos Comités de Acreditación trabajaron en propuestas diversas para mejorar el instrumento, por iniciativa propia y por la necesidad de contar con criterios uniformes para cualquier evaluador.

3. JUSTIFICACIÓN

En base a los antecedentes citados y consecuentes con la nueva política de salud, el Ministerio de Salud y Deportes ha procedido a revisar todo el proceso y los instrumentos de acreditación con la finalidad de unificar y compatibilizar criterios

entre el Sector Público, la Seguridad Social y otros sectores como el privado, ONGs e Iglesia, comprendidos dentro del Sistema Nacional Único de Salud que obedezca a un mismo marco normativo de cumplimiento general, definiendo un nuevo sistema de evaluación y acreditación que tiene las siguientes características:

- La participación de los sub-sectores (Salud Pública, Seguridad Social y Privados) permitirá su aplicación como una norma consensuada y aplicable a todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- Se formula una estructura que permita operativizar el nuevo sistema de acreditación, recuperando la rectoría del Ministerio de Salud, fortaleciendo los niveles departamentales y generando un cambio en los equipos de evaluación bajo la modalidad de evaluación cruzada "por pares", con la participación de recursos humanos formados y capacitados en acreditación.
- Se propone una modificación en la concepción de la acreditación, dándole el carácter de sistema, que tiene una entrada, la transformación y salidas que se transforman en productos y servicios, que serán objeto de monitoreo y evaluación continua, lo que permitirá una retroalimentación para lograr la acreditación y posteriormente para mantener las cualidades logradas, reiniciando nuevamente el ciclo señalado.
- La aplicación del manual promoverá el cumplimiento de la normativa vigente en general, generando la incorporación de herramientas e instrumentos que coadyuven al desarrollo de un sistema gerencial moderno, eficiente y efectivo con base científica.
- Se plantea un proceso participativo donde se involucra a todos los actores responsables de la gestión de salud y a los que se constituyen en prestadores de servicios de salud.
- Los aspectos considerados para la formulación de los estándares deben estar presentes de manera obligatoria para otorgar una atención de calidad, por ello este proceso debe ser obligatorio para todos los establecimientos del sistema.
- Bajo la concepción de que la calidad no se mide en grados y que todos tienen derecho a acceder a servicios que tengan los mismos atributos de calidad tanto en establecimientos de primer nivel de atención como en los de alta complejidad se elimina los grados de calidad de acreditación. El hecho de que un establecimiento cuente con mayor infraestructura, equipamiento de última tecnología e incremento de recursos humanos no garantiza un nivel mayor de calidad, porque estos recursos deben ser programados e implementados en función al nivel de resolución del establecimiento. Además la calidad se logra al estandarizar procesos de atención y de gestión con los recursos disponibles.
- Se incorpora la participación del paciente y su familia en el proceso de acreditación, como un medio de verificación de los estándares y parámetros diseñados, que permita identificar aspectos relacionados con el respeto a la cultura, valores y religión, que constituyen derechos de los pacientes.
- El Ministerio de Salud y Deportes plantea en el Plan Estratégico Sectorial la política del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, orientada a superar toda forma de exclusión en salud y lograr una población con hábitos saludables, cuya estrategia es la universalización del acceso al Sistema planteado, que concibe el programa de Salud Familiar Intercultural y Comunitaria, en procura de lograr que el 100% de la población tenga acceso a salud. Este programa incluye "la Gestión de la calidad, con carácter intercultural, enfoque de género y generacional" entre sus principales proyectos.

4. MARCO CONCEPTUAL

La calidad en la prestación de los servicios de salud involucra atributos relacionados con la oportunidad, atención personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. A su vez, el paciente espera recibir una atención que resuelva sus necesidades en salud, en un ambiente de confort, higiene y calor humano.

La calidad de la atención de salud está configurada por un conjunto de características, agrupadas por Donabedian en categorías referidas al nivel científico técnico, a la relación interpersonal y al entorno. La categoría técnica es la relacionada con los requisitos definidos en las normas y protocolos reglamentarios, la relación interpersonal con los requisitos del usuario, y el entorno con la credibilidad del servicio respecto a la sociedad y otras organizaciones, respondiendo a las necesidades y expectativas del usuario.

El proceso de acreditación está muy ligado al éxito de los programas de garantía de la calidad, puesto que en la etapa preparatoria se desarrollan procesos de autoevaluación y revisión interna que permiten identificar las deficiencias en los establecimientos obligando a tomar decisiones que de otra forma no se hubieran enfrentado.

El presente Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud fue elaborado tomando como referencia los "Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales" emitidos por la Joint Commission International Accreditation (JCIA), Cruzada Nacional por la calidad del Sistema de Protección Social en Salud de México, el Manual de Acreditación para Instrumentaciones Hospitalarias de Colombia, la propuesta de modelo único para acreditación de hospitales de Chile, el

Manual de Acreditación de Hospitales de Establecimientos de Salud de Colombia, el Manual de Acreditación de Hospitales de Bolivia y el marco legal vigente en salud.

5. ACREDITACIÓN

5.1 DEFINICIÓN

La Acreditación es el resultado de un proceso de evaluación continuo, dinámico, obligatorio y confidencial, que en base a estándares establecidos evalúa estructura, procesos y resultados de la atención a los pacientes y de la gestión de los establecimientos de salud, con el fin de promover la calidad en la oferta de servicios en condiciones de confiabilidad. Al mismo tiempo, determina la situación real del establecimiento, proponiendo medidas de corrección y ajuste a toda situación que así lo requiera, orientados al mejoramiento progresivo y sostenido de la calidad para satisfacer de la mejor manera las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

5.1.1. OBJETIVOS

5.2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer un sistema de evaluación y acreditación que contribuya a la mejora continua y sostenida de la calidad de atención de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

5.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer estándares mínimos obligatorios como instrumentos y parámetros de evaluación y acreditación.
- Establecer la autoevaluación periódica y sistemática que involucre a todo el personal del establecimiento de salud.
- Identificar necesidades para mejorar progresivamente la calidad de atención e imagen institucional, a través del proceso de acreditación.

6. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN

El objetivo de la conformación del Sistema de Acreditación es desarrollar una estructura organizacional que garantice la implementación y sostenibilidad del nuevo sistema de acreditación de establecimientos de salud.

6.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE ACREDITACION

6.1.1. COMISIÓN NACIONAL DE ACREDITACIÓN:

Conformada por representantes del Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Sector Profesional de salud, Organización Social en Salud del nivel Nacional.

La Comisión Nacional de Acreditación estará presidida por el representante del Ministerio de Salud. El funcionamiento de la Comisión será regulado por su Reglamento Interno.

Las atribuciones de esta Comisión son:

- Gestionar la aprobación de políticas, estrategias y directrices en materia de acreditación.
- Gestionar la Aprobación del Manual de acreditación y Guías de Evaluación y su actualización periódica.
- Emitir los dictámenes de acreditación.
- Otorgar la certificación correspondiente, basada en los resultados de la evaluación.
- Facilitar la capacitación de recursos humanos en materia de acreditación.
- Coordinar y regular con las instancias e instituciones certificadoras de calidad.
- Crear mecanismos de incentivo a los Establecimientos de Salud acreditados.
- Regular y controlar el sistema de acreditación

6.1.2. COMITE DEPARTAMENTAL DE ACREDITACIÓN

El Comité Departamental de Acreditación es la instancia de coordinación interinstitucional conformada por representantes del Servicio Departamental de Salud, INASES, Sector Privado (estos tres con formación en Acreditación de Servicios de Salud), Gobierno Municipal, Colegios Profesionales del área de salud, Organización Social en Salud del nivel Departamental, cuyas atribuciones son:

- Planificar las acciones logísticas y operativas necesarias a fin de cumplir con los objetivos de acreditación
- Elaborar el cronograma de visita a los establecimientos para el cumplimiento del proceso de evaluación-acreditación
- Coordinar la conformación y gestión de los Equipos técnicos de Evaluación.
- Elaborar el Dictamen de Acreditación, para su aprobación por la Comisión Nacional de Acreditación.
- Organizar el seguimiento de la ejecución del plan de mejora continua de la calidad de los establecimientos evaluados.
- Capacitar a los Gestores de calidad de los Establecimientos de Salud.

6.1.3. COMITE DE ACREDITACIÓN DE LA RED DE SALUD

El Comité de Acreditación de la Red de Salud en el sector público es la instancia de coordinación interinstitucional conformada por el Gerente de Red (quien preside el comité), representante de la autoridad municipal y representante de la organización social en salud, cuyas atribuciones son:

- Coadyuvar en la organización e implementación de los estándares de Acreditación de los Establecimientos de la Red.
- Acompañar en el proceso de evaluación y Acreditación de los establecimientos de salud.
- Participar en el cumplimiento del plan de mejora continua de la calidad de los Establecimientos.

6.1.4. EQUIPOS TÉCNICOS DE EVALUACIÓN:

Equipos multidisciplinarios de salud, con **formación reconocida en Acreditación de Servicios de Salud**, designados por el Comité Departamental de Acreditación cuando exista la solicitud de acreditación de un establecimiento de salud o cuando se requiera realizar el seguimiento de establecimientos acreditados.

Para su funcionamiento cada Equipo Evaluador deberá contar con un presupuesto financiado por el SEDES.

Cada equipo, de acuerdo a la complejidad del Establecimiento de Salud a ser evaluado, estará conformado por:

- Un coordinador médico, con formación reconocida en Acreditación de Servicios de Salud.
- Uno o más evaluadores del área de salud (Médico, Odontólogo, Licenciada en Enfermería, Bioquímica, Farmacia, Laboratorio Clínico y otros) con formación reconocida en Acreditación de Servicios de Salud, por pares.
- Otros profesionales, en situaciones que requieran asesoramiento técnico (electromedicina, arquitectos, ingenieros y otros)
- Los gestores de calidad de establecimientos.
- En el caso de los establecimientos del primer nivel de las Redes del sector público, será el gerente de una Red homóloga, con formación en Evaluación y Acreditación quien presida el equipo.

El equipo de evaluación debe estar conformado por personal ajeno al establecimiento de salud a ser evaluado y acreditado.

Las funciones del Equipo de Evaluación son:

- Planificar el proceso de evaluación del establecimiento a acreditar
- Evaluar establecimientos de salud a través de las guías de evaluación de acuerdo al grado de complejidad institucional
- Elaborar informe de evaluación
- Entregar el informe de evaluación al Comité Departamental de Acreditación.
- Seguimiento de establecimientos acreditados

El equipo de evaluación y el cronograma variarán en función de la complejidad del establecimiento a evaluar y del nivel de resolución al que corresponde.

El procedimiento de acreditación será llevado a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia, confidencialidad y justicia.

6.1.5. En los establecimientos de salud se designará un responsable de la gestión de calidad con las funciones que señala el marco normativo vigente.

7. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El Manual de acreditación identifica y establece los **Requisitos Básicos y Estándares** de acreditación factibles y alcanzables. En cada estándar se determina el **propósito, los parámetros de evaluación y medios de verificación**, construidos considerando estructura, procesos y resultados a partir del análisis de la atención al paciente y de la gestión del establecimiento de salud de acuerdo al nivel de complejidad de atención.

Los parámetros de evaluación incorporados en el Manual de Acreditación deberán ser verificados por evaluadores autorizados por el Comité Departamental de Acreditación.

La acreditación aporta un compromiso claro del personal para mejorar la calidad de la atención al paciente, garantizar un entorno seguro y reducir riesgos para los pacientes y el personal.

7.1. REQUISITOS BÁSICOS

Los requisitos básicos son las condiciones mínimas referidas a accesibilidad, infraestructura y servicios básicos que deben estar presentes en forma obligatoria antes de iniciar un proceso de acreditación; su ausencia implica la imposibilidad de ingresar a dicho proceso; estas condiciones serán verificadas en el proceso de autoevaluación.

Estos requisitos básicos están referidos a:

- El establecimiento debe tener por lo menos un año de funcionamiento continuado.
- Señalización externa e interna
- La infraestructura del establecimiento debe estar en buenas condiciones de presentación: paredes pintadas y limpias, no descascaradas o con revoque deteriorado, sin humedad ni goteras.
- Superficies lisas en áreas de circulación restringida.
- Ausencia de polvo, basura, animales domésticos y vectores
- Ausencia de escombros, muebles y equipos dados de baja en dependencias y terrenos aledaños al establecimiento.
- Disponibilidad de servicios básicos (energía eléctrica, agua potable y medio de comunicación).
- En establecimientos de Segundo y Tercer nivel de atención, tanques de reserva de agua y motor para restablecer la energía eléctrica en caso de corte de servicios.
- Personal con identificación, uniforme pulcro y limpio.
- Instalaciones para circulación vertical de camillas y sillas de rueda (rampas, ascensores) en establecimientos de más de una planta.

7.2. ESTÁNDARES

Los Estándares son patrones referenciales de calidad utilizados para evaluar condiciones que deben cumplir los establecimientos de salud, se constituyen en la base del Programa de Acreditación, cuya filosofía esta centrada en los principios orientados a mejorar la calidad de atención de salud y se ajustan al contexto socio-cultural y técnico-legal del país.

Los estándares se clasifican en obligatorios y opcionales. Los estándares obligatorios aparecen en **negrilla** en el Manual y en las Guías de Evaluación, **son de cumplimiento obligatorio** porque protegen los derechos fundamentales del paciente y su familia, apoyan un entorno seguro de atención y reducen los riesgos en el proceso de atención al paciente. Los estándares opcionales miden servicios, procesos o actividades que no son comunes a todos los establecimientos.

7.3. PROPÓSITO

El propósito describe los parámetros de evaluación y su importancia en el proceso de atención al paciente y de gestión del establecimiento, argumentando de manera técnica la necesidad de estandarizar los procesos que deben aplicarse y cumplirse para mejorar la calidad.

7.4. PARÁMETRO DE EVALUACIÓN

Es el elemento que permite evaluar el cumplimiento del estándar. Los parámetros de evaluación fueron seleccionados en torno a funciones importantes, comunes en todos los establecimientos de salud de acuerdo a su nivel de complejidad y serán verificados en los servicios o unidades que correspondan dentro del mismo.

7.5. MEDIO DE VERIFICACIÓN

Es el instrumento, elemento o mecanismo que permite verificar el cumplimiento de los parámetros de evaluación.

8. PROCESO DE ACREDITACIÓN

Los establecimientos de salud que se incorporan al proceso de acreditación, deben seguir los siguientes pasos:

8.1. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS BÁSICOS

Como paso previo a ingresar al proceso de acreditación, los establecimientos de salud deben cumplir con los requisitos básicos, la evaluación de los mismos estará incorporada en la autoevaluación y su cumplimiento debe ser verificado por el equipo evaluador.

8.2. AUTOEVALUACIÓN

Todos los establecimientos de salud deben ingresar al proceso de acreditación y tendrán **tres** meses a partir de la emisión de la Resolución de aprobación del presente Manual, para realizar un diagnóstico previo de situación, el mismo que será informado a las autoridades correspondientes, acompañado del plan de acción de correcciones y mejoras del establecimiento, que deberá ejecutarse de acuerdo a cronograma establecido en un plazo no mayor a la siguiente gestión.

Este proceso es responsabilidad de la máxima autoridad del establecimiento de salud a través del gestor de la calidad, quien debe involucrar a todo el personal operativo y a las instancias superiores corresponsables de la gestión, para que asuman y cumplan sus obligaciones en el proceso de acreditación.

Finalmente efectuar una nueva autoevaluación, para solicitar a la Comisión Acreditadora Departamental, la evaluación correspondiente para someterse al proceso.

8.3. SOLICITUD DE ACREDITACION.

Para solicitar la -acreditación, el establecimiento **deberá dirigirse** por escrito al Comité Departamental de Acreditación, cumpliendo los siguientes requisitos:

- a) Presentar una carta de solicitud de evaluación para acreditación
- b) Presentar los resultados de autoevaluación final.

8.4. PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN.

- a) La Comisión de Acreditación Departamental, luego de revisar el resultado de la Autoevaluación presentada y si no existiesen observaciones a la misma, comunicará con 15 días de anticipación la fecha de evaluación. En caso de existir observaciones se comunicará al establecimiento para corregir las mismas.
- b) Con una semana de anticipación, las autoridades del establecimiento deberán comunicar al público, al personal y a los pacientes, en forma clara y visible que durante la fecha estipulada estarán presentes los evaluadores designados por la Comité Departamental de Acreditación.
- c) Deberá instruirse al personal para que facilite la información requerida por los evaluadores.
- d) Se deberá solicitar al público, pacientes y comunidad organizada la colaboración que requieran los evaluadores.

8.5. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

El **EQUIPO TÉCNICO EVALUADOR** designado por el Comité Departamental de Acreditación, visitará el establecimiento de salud, se reunirá con las autoridades principales del mismo, para explicar el desarrollo del procedimiento señalado en las guías de evaluación.

El **proceso de evaluación** consistirá en verificar todos los estándares de acreditación a través de los parámetros de evaluación y medios de verificación.

La metodología de verificación comprende la revisión de documentos, entrevista al personal, a pacientes y familiares y la observación directa. Los documentos presentados por el establecimiento de salud deben regirse a las normas legales vigentes.

Concluida la evaluación, se elaborará un **Informe** que contemple el porcentaje de cumplimiento de los parámetros de evaluación obligatorios y opcionales, las conclusiones y recomendaciones; debiendo ser elevado al Comité Departamental de Acreditación en los siguientes plazos máximos:

- 10 días hábiles para establecimientos de primer nivel
- 15 días hábiles para establecimientos de segundo nivel
- 20 días hábiles para establecimientos de tercer nivel

En caso de haberse encontrado incumplimiento de uno o varios estándares obligatorios, otorgará un plazo consensuado entre las partes, para que estos sean corregidos y efectuar el seguimiento correspondiente por el equipo evaluador.

8.6. DICTAMEN DE ACREDITACIÓN

A partir de la verificación del cumplimiento de los estándares obligatorios y opcionales, teniendo en cuenta el conjunto de la información, el equipo evaluador debe concluir en una decisión taxativa sobre el resultado de la evaluación del establecimiento y si procede o no la acreditación.

La decisión de acreditación se basa en el cumplimiento de parámetros de evaluación obligatorios, verificados en todos los servicios del establecimiento.

La Acreditación de establecimientos de salud, contemplará los siguientes resultados:

ESTABLECIMIENTO ACREDITADO: Cuando cumple todos los estándares obligatorios.

ESTABLECIMIENTO ACREDITADO CON EXCELENCIA: Cuando el establecimiento cumple con todos los estándares obligatorios y los opcionales.

ESTABLECIMIENTO ACREDITADO CONDICIONADO: Cuando cumple entre el 75% y 99% de los parámetros de evaluación obligatorios. El establecimiento deberá elaborar y cumplir en un plazo determinado con un plan de mejora para el cumplimiento de los estándares obligatorios.

ESTABLECIMIENTO NO ACREDITADO: Cuando cumple menos del 75% de los parámetros de evaluación obligatorios. El establecimiento deberá elaborar y cumplir en un plazo determinado con un plan de mejora para el cumplimiento de los estándares obligatorios.

El Comité Departamental de Acreditación, en base al informe presentado por el Equipo Técnico Evaluador emitirá el Dictamen de Acreditación para su aprobación por la Comisión Nacional de Acreditación.

La acreditación se otorgará por tres (3) años, al cabo de los cuales deberá ser renovada, a través de un nuevo proceso de Acreditación.

La facultad de dar a conocer oficial y públicamente el resultado de la evaluación, quedará exclusivamente a cargo de la Comisión Nacional de Acreditación.

8.7 CONTROL Y SEGUIMIENTO

Los establecimientos de salud acreditados realizarán seguimiento interno periódico y harán llegar al Comité Departamental de Acreditación el resultado de dicho seguimiento mínimo cada cuatro meses.

El Comité Departamental de Acreditación, a través de un equipo técnico evaluador, deberá hacer seguimiento presencial a los establecimientos evaluados por lo menos una vez al año.

9. DESCRIPCIÓN DEL MANUAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

El manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud considera dos partes fundamentales:

- Estándares centrados en la atención del paciente
- Estándares de gestión del establecimiento de salud.

Cada grupo de estándares a su vez esta subdividido en los siguientes capítulos:

Estándares centrados en la atención del paciente:

1. Accesibilidad y continuidad de la atención (ACA)
2. Evaluación del paciente (atención inicial) (EDP)
3. Atención al paciente (AAP)
4. Derechos del paciente y su familia (DPF)
5. Educación y comunicación al paciente y su familia (EPF)

Estándares de gestión del establecimiento de salud:

1. Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento (GLD)
2. Formación y calificación del personal (FCP)
3. Gestión y mejora de la calidad (GMC)
4. Sistema de vigilancia epidemiológica en establecimientos de salud:
 - a. Prevención y control de las infecciones relacionadas con establecimiento de salud (CIES)
 - b. Manejo de residuos generados en establecimientos de salud (MRES)
 - c. Bioseguridad e higiene laboral (BIOS)
 - d. Gestión de la información (GIN)
5. Gestión y seguridad de las instalaciones (GSI)

9.1. ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE

9.1.1. ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)

El establecimiento de salud debe considerar la atención que se presta como un sistema integrado de servicios, personal de salud y recursos que configuran la continuidad de la atención.

El objetivo es:

- Adaptar correctamente los servicios del establecimiento a las necesidades de atención del paciente.
- Coordinar los servicios prestados al paciente dentro del establecimiento
- Cumplir los procedimientos para el alta, referencia y seguimiento del paciente

Para tomar decisiones correctas es esencial la información sobre:

- Qué necesidades del paciente pueden satisfacerse desde el establecimiento de salud
- Cuál es el flujo eficiente de servicios al paciente
- Cómo se realiza el proceso de referencia y contrarreferencia a otro establecimiento de atención, alta del paciente o seguimiento en domicilio.
- La normativa vigente en el área de su competencia

Las consecuencias de una adecuada continuidad de la atención son:

- La mejora de los resultados de atención al paciente
- El uso más eficiente de los recursos disponibles

Estos estándares consideran:

- Accesibilidad a los servicios de salud
- Continuidad de la atención
- Alta, derivación y seguimiento
- Referencia y contrarreferencia de pacientes

9.1.2. EVALUACIÓN (ATENCIÓN INICIAL) DEL PACIENTE (EDP)

Un proceso eficaz de evaluación del paciente debe comprender una atención inicial integral, se basa en decisiones acerca de la urgencia o necesidad de tratamiento inmediato o de continuidad del tratamiento, incluso cuando varía la situación clínica del paciente. La evaluación del paciente es un proceso continuo y dinámico que tiene lugar en muchos servicios y unidades y consiste en tres procedimientos básicos:

- Recoger la información y los datos sobre la condición física, psicológica y social del paciente, en el marco de la Ley Nº 3131, decretos reglamentarios y otra normativa.
- Analizar los datos y la información para identificar las necesidades de atención del paciente.
- Elaborar un plan de atención que responda a las necesidades del paciente, basado en la norma vigente.

Estos procesos tienen una mayor eficacia cuando los distintos profesionales de salud responsables del paciente trabajan conjuntamente.

Este apartado incluye:

- Evaluación y reevaluación de las necesidades de atención del paciente por el equipo de salud.
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que cumplan con normas y controles de calidad.

9.1.3. ATENCIÓN AL PACIENTE (AAP)

El propósito principal de un establecimiento de salud es la atención al paciente. Facilitar la mejor atención que responda a las necesidades específicas de cada paciente, requiere un elevado nivel de planificación y coordinación.

Algunas actividades básicas de atención al paciente incluyen:

- Planificar y prestar atención a cada paciente
- Realizar seguimiento del paciente para interpretar los resultados de la atención
- Modificar la atención en caso necesario
- Completar la atención
- Planificar el seguimiento

Los estándares de este apartado evalúan si la atención es integral y oportuna, si el plan para cada paciente se basa en la evaluación de sus necesidades y en las normas vigentes. Puede tratarse de atención preventiva, paliativa, curativa, de rehabilitación o una combinación de ellas. Un plan de atención no basta para alcanzar resultados esperados, la prestación de servicios debe coordinarse e integrarse.

Este apartado considera:

- Atención a los pacientes
- Consulta externa
- Odontología
- Enfermería
- Hospitalización
- Atención a los pacientes de alto riesgo y atención de servicios de alto riesgo
- Anestesia
- Cirugía
- Esterilización
- Gestión de medicamentos (Farmacia)
- Medicina Transfusional
- Alimentación y terapia nutricional
- Radioterapia y quimioterapia

- Medicina Nuclear

9.1.4. DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)

Cada paciente es distinto y tiene necesidades, creencias y valores propios. Los establecimientos de salud trabajan para establecer una comunicación abierta y de confianza con los pacientes, para entender y proteger los valores culturales, psicosociales y espirituales del paciente.

Los resultados de la atención mejoran cuando los pacientes y, en caso necesario sus familias o aquellos que toman decisiones en su nombre, participan en las decisiones de atención y en los procesos asistenciales de un modo que se ajusta a sus expectativas culturales.

Para promover los derechos del paciente en el establecimiento de salud, se empieza en primer lugar definiendo esos derechos y a continuación educando a los pacientes y al personal sobre los mismos. Se informa a los pacientes sobre sus derechos y cómo hacer uso de ellos. Se enseña al personal a entender y respetar las creencias y los valores de los pacientes, y a prestar una atención considerada y respetuosa, que proteja la dignidad de los mismos.

Este capítulo aborda la forma de:

- Identificar, proteger y promover los derechos del paciente
- Informar a los pacientes de sus derechos
- Incluir a la familia o al responsable del paciente, en caso necesario, en decisiones sobre la atención del paciente
- Obtener consentimientos informados
- Educar al personal en los derechos del paciente
- Establecer un código de ética del establecimiento

El modo de desarrollar estos procesos dentro del establecimiento se enmarca en las leyes vigentes del país, las normas y convenios internacionales, tratados o acuerdos sobre derechos humanos.

9.1.5. EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)

La educación y comunicación ayuda a los pacientes y su familia a mejorar su participación en la atención y a tomar decisiones informadas. El establecimiento de salud informa, comunica y educa a los pacientes y sus familias. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con el personal del establecimiento en todo el proceso de atención, es importante que se coordinen estas actividades y se centren en aquello que los pacientes necesitan aprender.

Una educación eficaz se inicia con la evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente y su familia. Esta evaluación determina no sólo aquello que hay que aprender, sino también la mejor manera de facilitar ese aprendizaje. El aprendizaje es más eficaz cuando se adapta a las necesidades específicas del paciente, a sus valores religiosos, culturales, sociales, a la capacidad de lectura, de lenguaje y cuando se produce en el momento adecuado del proceso de atención.

La educación incluye tanto el conocimiento necesario durante el proceso de atención, como el que se necesita al referir al paciente a otro centro asistencial o el alta a su domicilio. De este modo, la educación puede incluir información sobre los recursos de la comunidad para una atención adicional y de seguimiento, y sobre el acceso a los servicios de urgencias en caso necesario.

La educación efectiva en el establecimiento utiliza medios que estén disponibles y una amplia variedad de técnicas formativas.

9.2. ESTÁNDARES DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

9.2.1. GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (GLD)

El liderazgo proviene de muchas fuentes dentro de un establecimiento de salud incluyendo, las autoridades, los jefes de servicio clínicos y administrativos y otras personas que tienen posiciones de liderazgo, responsabilidad y confianza. Cada establecimiento debe identificar a estos actores y conseguir que se involucren para garantizar que la organización sea un recurso eficaz y eficiente para la población y sus pacientes.

En particular estos líderes deben identificar la misión del establecimiento y asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para cumplir con esa misión. Para muchos establecimientos, esto no significa añadir nuevos recursos sino dotar a los existentes de una mayor eficiencia aunque estos sean escasos. Además las autoridades deben trabajar conjuntamente para coordinar e integrar las actividades del establecimiento, incluidas las diseñadas para mejorar la atención y los servicios clínicos.

Un liderazgo eficaz implica la comprensión de las distintas responsabilidades de todo el personal del establecimiento y la coordinación entre ellos. Los que dirigen, gestionan y lideran el establecimiento deben tener autoridad y responsabilidad, de manera individual y colectiva, asumen la responsabilidad del establecimiento ante la sociedad y los pacientes y garantizan el cumplimiento de la legislación y normas vigentes.

Un liderazgo efectivo ayuda a superar barreras y problemas de comunicación entre unidades y servicios; la integración de las actividades de gestión y de mejora de la calidad en todo establecimiento genera que el establecimiento se torne más efectivo y eficiente, traducido en mejores resultados para el paciente.

Este apartado considera:

- Gobierno del establecimiento
- Liderazgo del establecimiento
- Dirección de unidades y servicios

9.2.2. FORMACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL PERSONAL (FCP)

Un establecimiento de salud requiere de un equipo de personas y profesionales calificados y capacitados para cumplir su misión y atender las necesidades de los pacientes.

Las Autoridades Departamentales de Salud, Directivos de los Entes Gestores de la Seguridad Social y autoridades de establecimientos privados con y sin fines de lucro, identifican el número y tipo de personas y profesionales necesarios, en función de las recomendaciones de las autoridades de los Establecimientos de Salud, jefes de los servicios y unidades respectivamente. La convocatoria, selección y contratación de personal se realiza adecuadamente a través de un proceso uniforme, coordinado, eficiente y concordante a la norma vigente en el país.

Es esencial también documentar los conocimientos, la formación y la experiencia laboral previa del solicitante. Tiene especial importancia revisar cuidadosamente las credenciales del personal de salud, que interviene en los procesos de atención del paciente.

Los establecimientos de salud deben ofrecer al personal la posibilidad de progresar personal y profesionalmente. De este modo deberá ofrecerse al personal formación continua en el propio servicio y otras oportunidades de aprendizaje.

Este apartado considera:

- Planificación y administración de recursos humanos del establecimiento
- Orientación y capacitación continua al personal de salud
- Enseñanza e investigación
- Personal profesional legalmente habilitado para ejercer sus funciones

9.2.3. GESTIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)

Este capítulo describe un enfoque detallado de la gestión y mejora de la calidad. En este enfoque se incluyen los siguientes procesos:

- Diseñar correctamente nuevos procesos de atención en salud y de gestión
- Monitorizar el correcto funcionamiento de los procesos mediante la recopilación de indicadores
- Analizar los datos
- Implementar y mantener cambios que deriven en mejoras

Estos procesos, si se realizan bien, facilitan el marco para que el establecimiento de salud y las autoridades alcancen un compromiso en la política de mejoramiento de la calidad de atención al paciente en un entorno seguro y bien gestionado.

Este enfoque se inicia en el trabajo diario. El personal de salud, que evalúa las necesidades y presta atención a los pacientes, puede hallar en este capítulo ayuda para entender cómo hacer reales las mejoras para sus pacientes. Igualmente las autoridades, el personal de apoyo y otros profesionales pueden aplicar los estándares de este capítulo a su trabajo diario para mejorar la eficiencia de sus procesos, utilizando de manera más adecuada los recursos.

Este capítulo pone énfasis en la importancia de la monitorización continua, el análisis de datos y la mejora de los procesos clínicos y de gestión bien organizados y que cuente con un liderazgo claro para alcanzar el máximo beneficio posible. Este enfoque tiene en cuenta que la mayoría de los procesos de atención implican a más de un servicio o unidad y pueden involucrar muchos esfuerzos individuales. También tiene en consideración que la mayor parte de temas de calidad clínica y de gestión se relacionan entre sí.

Este apartado considera:

- Planificación de la gestión de la calidad
- Diseño del programa de gestión de la calidad
- Recolección de datos para la monitorización de la calidad
- Análisis de datos de monitorización
- Mejora de la calidad

9.2.4. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Este sistema comprende los siguientes apartados:

- a. Prevención y control de las infecciones relacionadas con el establecimiento de salud (CIES)
- b. Manejo de residuos generados en establecimientos de salud (MRES)
- c. Bioseguridad e higiene laboral (BIOS)

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON ESTABLECIMIENTO DE SALUD (CIES)

El objetivo del programa de prevención y control de las infecciones relacionadas con el establecimiento de salud, es identificar y reducir los riesgos de transmisión de la infección entre los pacientes, el personal, los médicos, los trabajadores contratados, los voluntarios, los estudiantes y las visitas.

El programa de prevención y control de la infección puede variar de un establecimiento a otro, dependiendo de su situación geográfica, nivel de resolución, el volumen de pacientes, el tipo de pacientes, las actividades clínicas y el número de empleados.

Los programas efectivos tienen en común responsables identificados, procedimientos y normas adecuadas, la educación del personal y la coordinación en todo el establecimiento.

Este apartado considera:

- Enfoque del programa
- Gestión del programa
- Concordancia del programa con la gestión de calidad
- Educación del personal en el programa

MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MRES)

El establecimiento de salud reglamenta el manejo de residuos generados en el mismo, para prevenir y controlar los riesgos de salud ocupacional debido a la exposición a los residuos peligrosos que se generan en el establecimiento y contribuir a brindar una atención de salud segura.

Este apartado considera:

- La conformación del Sub-comité de manejo de residuos generados en establecimientos de salud, diseño de un plan de manejo de residuos en base a la norma vigente,
- Convenio para la recolección, transporte externo y disposición final de residuos.
- Programa de capacitación continua a todo personal del establecimiento

BIOSEGURIDAD E HIGIENE LABORAL (BIOS)

El Establecimiento de salud protege a sus recursos humanos a través de programas preventivos de bioseguridad e higiene laboral.

Este apartado considera:

- Control médico anual
- Vacunación para enfermedades de riesgo laboral
- Dotación de ropa de trabajo
- Capacitación en normas de bioseguridad

9.2.5. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)

La atención al paciente es un proceso complejo que depende mucho de la información.

La información es un recurso que las autoridades del establecimiento, deben gestionar de manera eficiente, en base a las normas vigentes y al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

Cada establecimiento busca obtener, gestionar, analizar y utilizar la información para mejorar los resultados de atención a los pacientes y la gestión del establecimiento, considerando los siguientes aspectos.

- La identificación de sus necesidades de información
- La Planificación y el diseño de un sistema de gestión de la información
- La incorporación de los instrumentos del sistema nacional de información: de captación, sistematización, consolidación y retroalimentación.
- La Conformación del Comité de análisis de información

Aunque la informática y otras tecnologías mejoran la eficiencia en la gestión de la información, los principios de la buena gestión de la información se aplican a todos los métodos, tanto a los que se basan en un soporte papel como los electrónicos. Estos estándares se han diseñado para que sean compatibles tanto con sistemas no informatizados como con las tecnologías del futuro.

9.2.6. GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)

Los establecimientos de salud trabajan para facilitar instalaciones seguras, funcionales y de apoyo para pacientes, sus familiares, el personal y los visitantes. Para alcanzar este objetivo las instalaciones, el equipo médico y otro tipo de equipo deben gestionarse de manera efectiva. En especial, la gestión debe buscar:

- Reducir y controlar los riesgos y peligros
- Prevenir accidentes y lesiones
- Mantener condiciones seguras

Una gestión eficaz incluye la planificación, educación y monitorización:

- Los responsables planifican el espacio, el equipo y los recursos necesarios para apoyar los servicios en salud facilitados de manera segura y eficaz, tomando en cuenta los siguientes aspectos:
 - o Seguridad
 - o Vigilancia
 - o Materiales peligrosos
 - o Emergencias
 - o Seguridad contra incendios
 - o Equipo médico
 - o Instalaciones
- Se capacita e informa al personal sobre las instalaciones, la manera de reducir el riesgo y de supervisar e informar de situaciones que planteen riesgo.
- Se utilizan criterios de acción para monitorizar sistemas importantes e identificar mejoras necesarias.

ESTANDARES CENTRADOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE



ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)

ACA.1 Los pacientes tienen acceso a los servicios del establecimiento de salud en función de sus necesidades de atención y de acuerdo a la misión, el nivel y los recursos del establecimiento (OBLIGATORIO)

Propósito

Satisfacer las necesidades del paciente de acuerdo con la misión, el nivel y los recursos del establecimiento, dependerá de la información obtenida de las necesidades del paciente y de su estado en el primer contacto.

El primer contacto puede tener lugar en el centro de origen, durante el traslado urgente o cuando el paciente llega al establecimiento.

El establecimiento admitirá aquellos pacientes que esté en condiciones de atender de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutive. Para mejorar el acceso a sus servicios, el establecimiento facilita información a la población acerca de sus servicios, horarios y características preferentemente en el idioma de la región.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se facilita a los pacientes, población y a otros centros de atención relacionados con el establecimiento la información sobre los servicios, los horarios y sobre el proceso de obtención de atención preferentemente en el idioma de la región.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none">• Guía de información al usuario• Línea telefónica gratuita• Boletines informativos• Página Web• Panel informativo gráfico• Medios de información audio visuales (El cumplimiento de uno de los medios de verificación califica el estándar)
2. Durante el primer contacto, se proporciona al paciente y a la población información referente a su requerimiento o necesidad.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none">• Unidad de informaciones• Funcionario encargado con capacitación técnica y en relaciones humanas, preferentemente con conocimiento del idioma de la región
3. En base al primer contacto, se comprueba que las necesidades del paciente se adaptan a la misión y nivel de atención.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Manual de procesos, operaciones y procedimientos acordes a la misión y al nivel de atención
4. Se admite a los pacientes sin discriminación, se informa de los servicios con los que cuenta, y se registra la referencia si procede	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Registro de admisión• Registro de referencia

ACA 1.1 El establecimiento tiene un proceso de admisión de pacientes. (OBLIGATORIO)

Propósito

El proceso de admisión de pacientes en el establecimiento está estandarizado a través de normas y procedimientos. El personal responsable del proceso de admisión está familiarizado con ellos y sigue los procedimientos estandarizados. Las normas y los procedimientos incluyen también el ingreso desde el servicio de urgencias y el proceso de observación en este servicio. Estas normas incorporan el manejo de pacientes cuando las instalaciones son limitadas o no se dispone de espacio suficiente para realizar el ingreso.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Para estandarizar el proceso de admisión se utilizan normas y procedimientos.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none">• Manual de Organización y Funciones• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos• Reglamento de Vigencia de Derechos en la Seguridad Social• Reglamento de admisión de los seguros públicos vigentes
2. El personal conoce y sigue las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista al personal del área de admisión
3. La admisión urgente de pacientes se regula a través de normas y procedimientos.	Verificar en: <ul style="list-style-type: none">• Manual de Organización y Funciones• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos
4. La observación de pacientes se regula a través de normas y protocolos.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar existencia de Normas y Protocolos de atención

5. Cuando no hay espacio disponible en el servicio o unidad, la gestión de los pacientes se regula a través de las normas y los procedimientos establecidos.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procesos, Operaciones y procedimientos • Formulario de Referencia
--	---

ACA 1.1.1 Los pacientes con necesidades urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los pacientes con necesidades urgentes o inmediatas se evalúan y se tratan tan rápido como sea posible. Estos pacientes son explorados por un médico antes que los pacientes menos graves, reciben servicios diagnósticos lo antes posible e inician el tratamiento para cubrir sus necesidades.

El establecimiento determina criterios y prepara al personal para identificar a los pacientes con necesidades inmediatas y para dar prioridad a su tratamiento.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento ha determinado criterios para dar prioridad a los pacientes con necesidades inmediatas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención de Emergencias • Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Se prepara al personal para poner en práctica estos criterios.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de participantes a programa de capacitación • Entrevista al personal que participo en el programa de capacitación (3)
3. Se da prioridad a los pacientes sobre otros según la urgencia de sus necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Observación en el servicio • Entrevista al personal (3)

ACA.1.1.2 Se da prioridad a las necesidades de servicios preventivos, paliativos, curativos y de rehabilitación según el estado del paciente en el momento en que entra en el Establecimiento de Salud. (OPCIONAL)

Propósito

Cuando se valora al paciente en el momento del ingreso al establecimiento de salud, la evaluación clínica inicial ayuda al personal a determinar el tipo de servicio que necesita el paciente (preventivo, paliativo, curativo o de rehabilitación), para atender sus necesidades prioritarias o más urgentes, puede resultar necesaria la internación en el establecimiento o la referencia a otro.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La evaluación clínica inicial que requiere el paciente, permite al personal de salud, entender el tipo de servicio (preventivo, paliativo, curativo o de rehabilitación).	Verificar : <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos • Protocolos de atención • Expediente clínico (5)
2. El ambiente para atender estas necesidades es el adecuado.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura para el nivel de atención • Equipamiento para el nivel de atención

ACA.1.2 Al ingreso, los servicios de salud facilitan la siguiente información a los pacientes, sus familiares o persona responsable: acerca de los servicios con los que cuenta el establecimiento y los probables gastos que deberá asumir el paciente o su familia (OPCIONAL)

Propósito

Durante el proceso de ingreso, los pacientes y sus familias reciben información suficiente para poder tomar decisiones acerca de la atención deseada. Se informa acerca de Los servicios con los que cuenta el establecimiento de acuerdo a su nivel de atención y los costos que impliquen para pacientes o su familia.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La descripción del procedimiento incluye otorgar información al ingreso al paciente, su familia o persona responsable.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. La descripción del procedimiento incluye otorgar información sobre los servicios con los que cuenta el establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Manual de procesos, operaciones y procedimientos
3. El procedimiento incluye información acerca de aquellos gastos que deberá asumir el paciente o su familia.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos

4. Los pacientes reciben la suficiente información para poder tomar decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a 5 pacientes recién ingresados
---	--

ACA.1.3 El establecimiento procura reducir las barreras físicas, idiomáticas, socioculturales u otras que impidan el acceso y la provisión de atención. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los Establecimientos de Salud atienden a menudo a personas de distintas características. Puede tratarse de pacientes de edad avanzada, discapacitados, de idiomas o dialectos distintos, de culturas diversas o que presenten otras barreras que dificulten el proceso de ingreso o de atención.

Los Establecimientos de Salud conocen esas barreras y han introducido procesos que las eliminen o disminuyan durante el proceso de ingreso, con el objetivo de reducir el impacto de esas barreras en la provisión de servicios.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los Establecimientos de Salud han identificado las barreras de la población del área de influencia.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documento de identificación de barreras
2. Existe un proceso para superar o reducir las barreras durante el proceso de admisión.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documento de soluciones para eliminar barreras
3. Estos procesos están implementados.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a 3 funcionarios involucrados en el proceso

ACA.1.4 Para determinar si el paciente debe ser ingresado, se realiza una valoración clínica integral de acuerdo a procedimientos establecidos. (OPCIONAL)

Propósito

Las necesidades del paciente pueden haber sido determinadas antes del ingreso por un médico o personal del establecimiento de salud.

Si estas necesidades no se han establecido previamente, se identifican mediante un proceso de valoración clínica (anamnesis y exploración física). También se pueden requerir pruebas diagnósticas para:

- determinar las necesidades del paciente;
- ver si el establecimiento cuenta con los recursos adecuados para tratar al paciente.

En casos urgentes o en pacientes críticos, la necesidad es obvia, la valoración clínica y las pruebas diagnósticas se realizan en el momento de llegar el paciente al establecimiento de salud. Los resultados diagnósticos son puestos a disposición de aquellos que deban decidir sobre ingreso.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un proceso que facilita los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de decidir el ingreso, el traslado o la referencia del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Existen criterios que determinan qué pruebas diagnósticas son necesarias antes del ingreso.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia de Protocolo de atención

ACA.1.5 (NO APLICA)

ACA.1.6 (NO APLICA)

CONTINUIDAD DE LA ATENCION

ACA.2 El establecimiento de salud diseña y desarrolla procesos que permiten la continuidad de la atención en el mismo y la coordinación entre los diferentes profesionales de salud, servicios y otros establecimientos proveedores de servicios. (OBLIGATORIO)

Propósito

A lo largo de la estancia del paciente en el establecimiento de salud, desde el ingreso hasta el alta o traslado, pueden tomar parte en la atención distintos departamentos, servicios y profesionales de salud.

En todas las etapas de la atención se combinan los recursos adecuados con las necesidades del paciente tanto dentro como fuera del establecimiento. Esto se consigue gracias al empleo de criterios o normas que determinan la idoneidad de transferencia dentro del establecimiento y de referencia a otro establecimiento de salud.

Para que la atención al paciente sea ininterrumpida, el establecimiento necesita diseñar e implementar procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre médicos, enfermeras, servicios del establecimiento y otros proveedores de servicios de salud externos en:

- Servicios de urgencias y de admisiones;
- Servicios de diagnóstico y tratamiento;
- Servicios quirúrgicos y no quirúrgicos,

Las autoridades de los distintos establecimientos y servicios trabajan conjuntamente en el diseño e introducción de criterios explícitos en Reglamentos de transferencia y de referencia. El establecimiento identifica a los responsables de la coordinación entre los servicios, con otros establecimientos y toda la atención al paciente (Por ejemplo, médico tratante).

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades del establecimiento y servicios diseñan e implementan procedimientos que facilitan la continuidad y la coordinación de la atención.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. La indicación de transferencia dentro del establecimiento se determina mediante normas o criterios establecidos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de Transferencia • Manual de procesos, operaciones y procedimientos
3. La continuidad y coordinación son evidentes a lo largo de todas las fases de atención al paciente.	Verificar atención 24 horas de: <ul style="list-style-type: none"> • Admisión o Vigencia de derechos • Rol de turnos de personal de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Urgencias - Emergencia de especialidades - Servicios de diagnóstico - Servicios de tratamiento - Insumos y medicamentos - Servicios generales
4. Se coordina la atención entre el servicio de urgencias y las unidades de hospitalización.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos • Expediente clínico • Actas del comité de Auditoría Médica
5. Se coordina la atención entre los servicios de diagnóstico y de tratamiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos • Expediente clínico • Actas del comité de Auditoría Médica
6. Se coordina la atención entre los servicios quirúrgicos y no quirúrgicos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos • Expediente clínico • Actas del comité de Auditoría Médica
7. Se coordina la atención entre el establecimiento de salud y otros establecimientos de atención.	Verificar en expediente clínico <ul style="list-style-type: none"> • Formularios de referencia y contrarreferencia • Convenios interinstitucionales
8. Se identifica a los responsables de la coordinación con otros establecimientos de atención.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos

ACA.2.1 En todas las etapas de la atención, existe uno o varios profesionales calificados e identificados como responsables de la atención al paciente. (OBLIGATORIO)

Propósito

Un elemento esencial para mantener la continuidad de la atención a lo largo de toda la estancia del paciente en el establecimiento, es la identificación de un profesional con responsabilidad sobre toda la atención al paciente o sobre una fase de la atención. Este profesional está calificado para asumir esta responsabilidad. La identificación del profesional responsable figura en el expediente clínico del paciente o en otro lugar conocido por el personal de los servicios de salud.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El o los profesionales responsables de la atención al paciente están identificados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el expediente clínico sello y firma del responsable
2. El o los profesionales responsables están calificados para asumir la responsabilidad de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar documentos en el file de personal
3. El o los profesionales responsables de la atención están identificados ante el personal del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al personal (3)

ACA.2.2 La información sobre la atención al paciente y la respuesta del paciente a ésta se comparte entre médicos, enfermeras y otros profesionales de salud durante cada cambio de personal, entre turnos y durante los traslados entre unidades. (OBLIGATORIO)

Propósito

La comunicación y el intercambio de información entre profesionales de salud son esenciales para un proceso de atención fluido. Cada establecimiento reglamenta la información que debe intercambiarse, por qué medios y con qué frecuencia. La información que se transmite de un profesional a otro incluye como mínimo lo siguiente:

- El estado de salud del paciente
- Un resumen de la atención prestada, comentario de los exámenes auxiliares practicados y
- La respuesta del paciente al tratamiento.

Cuando se transfiere a un paciente a otro servicio al interior del establecimiento, la información sobre la razón del traslado se registra en el expediente clínico.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un procedimiento de registro y transferencia de información de pacientes entre profesionales del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos• Registro de transferencia
2. Existe el registro de transferencia de la información entre profesionales de salud de manera continua o en momentos clave de la atención.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 Expedientes clínicos
3. La información intercambiada incluye el estado de salud del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)
4. La información intercambiada incluye un informe de la atención prestada.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)
5. La información intercambiada incluye la evolución del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)
6. Cuando se produce una transferencia, se registra el motivo de la misma.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 Expediente clínicos (sello y firma del responsable)

ACA.2.3 El expediente clínico del paciente está a disposición de los profesionales de salud que participan en la atención del paciente, para facilitar el intercambio de información. (OBLIGATORIO)

Propósito

El expediente clínico del paciente es una fuente primaria de información en el proceso de atención y en la evolución de éste. Para que esta información sea útil y apoye la continuidad de la atención al paciente, debe encontrarse disponible y estar actualizado. Se facilitan hojas de atención de enfermería y otras notas de atención para todos los profesionales de salud relacionados con el paciente. Para garantizar la confidencialidad de la información, se establece una norma en el establecimiento que define cuáles son los profesionales en salud que pueden acceder al expediente clínico del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Una norma establece cuáles son los profesionales con acceso al expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en Reglamento de manejo y uso del Expediente Clínico
2. El expediente clínico está a disposición de estos profesionales y bajo la custodia de enfermería o archivo clínico.	Verificar en: <ul style="list-style-type: none">• Reglamento de manejo y uso del Expediente Clínico• Entrevista al personal (3)
3. Para garantizar la transmisión de la información más reciente se actualizan adecuadamente los expedientes clínicos.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 expedientes clínicos

ACA.2.4 (NO APLICA)

ALTA, REFERENCIA Y SEGUIMIENTO

ACA.3 En el Reglamento de manejo del expediente clínico existe un procedimiento para dar el alta o referir a los pacientes. (OBLIGATORIO)

Propósito

El alta o la referencia de un paciente a otro profesional de salud, a otro establecimiento de salud externos o a su domicilio, se realizan en función del estado de salud del paciente y de la necesidad de continuidad de atención o de servicios. Para determinar el momento del alta se utilizan criterios preestablecidos.

Las necesidades de continuidad pueden tener como consecuencia la referencia a un médico especialista o un especialista en rehabilitación, o incluso un tratamiento preventivo coordinado en el domicilio por la propia familia. Se necesita un proceso organizado que garantice la atención continuada por parte de profesionales de salud apropiados u organizaciones externas. En caso necesario, el establecimiento pone en marcha un plan de continuidad de atención lo antes posible en el proceso de atención. Cuando resulte apropiado para el paciente, la familia formará parte del proceso de planificación del alta.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un proceso organizado para dar el alta o referir a los pacientes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Manual de procesos, operaciones y procedimientos

2. El alta o la referencia considera las necesidades de continuidad de atención al paciente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • 5 Expedientes Clínicos • Protocolos de atención
3. Se utilizan criterios para determinar que el paciente está preparado para el alta.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención • 5 Expedientes Clínicos

ACA.3.1 El establecimiento coordina con otros profesionales y otros establecimientos de salud para garantizar referencia oportuna y adecuada o la necesidad de otro tipo de apoyo posterior al alta. (OBLIGATORIO)

Propósito

La referencia oportuna al médico o al establecimiento que se adapte lo máximo posible a las necesidades y continuidad de atención del paciente requiere una planificación. El establecimiento conoce los posibles centros de referencia de su entorno para poder atender el tipo de pacientes que se pueden referir a ellos y la atención que se presta allí, y establecer relaciones formales o informales con dichos centros. Si los pacientes proceden de otra zona, el establecimiento intenta referirlos a un establecimiento calificado cercano a su domicilio.

Además, puede que los pacientes necesiten servicios de apoyo y servicios médicos en el momento de recibir el alta. Por ejemplo, puede que requieran atención social, nutricional, psicológica u otro tipo de apoyo en el momento del alta. La disponibilidad y el uso real de estos servicios de apoyo pueden determinar la continuidad de atención. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta el tipo de apoyo necesario y la disponibilidad del mismo.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta la necesidad tanto de servicios de apoyo como de continuidad de atención	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Protocolos de atención • 5 Expedientes Clínicos
2. El establecimiento conoce los establecimientos de referencia de su entorno.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Listas de establecimientos de referencia (Isocronas) • Convenios y contratos sujetos a las normas vigentes.
3. Las referencias se realizan a establecimientos específicos de la misma zona de procedencia del paciente, siempre que sea posible.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En 5 expedientes clínicos copia del formulario de referencia, con constancia de recepción por el paciente o familiares

ACA.3.2 Los pacientes y su familia reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la referencia o del alta. (OBLIGATORIO)

Propósito

Para garantizar resultados de atención óptimos y que se atiendan todas las necesidades del paciente, se necesitan instrucciones claras sobre el lugar y la manera de recibir la atención. Estas instrucciones incluyen el nombre y la localización de los establecimientos para continuar la atención, el retorno al establecimiento para seguimiento y cómo obtener la atención urgente en caso necesario. La familia forma parte del proceso cuando el estado o la capacidad del paciente no le permiten entender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeñan un papel en el proceso de atención al paciente. El establecimiento facilita las instrucciones al paciente y si autoriza, a su familia, de manera simple y comprensible. Las instrucciones se entregan por escrito o de la forma más clara para el paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las instrucciones de seguimiento tienen son comprensibles.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares
2. Las instrucciones incluyen cualquier posibilidad de volver por razones de seguimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares
3. Las instrucciones indican en qué casos será necesario obtener atención urgente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares

ACA.3.3 Los Expedientes clínicos de los pacientes incluyen una copia del informe del alta (epicrisis), resumen de egreso (nota de alta) o la nota de alta solicitada. (OPCIONAL)

Propósito

En el momento del alta, se prepara la epicrisis y el resumen de egreso o nota de alta y nota de alta solicitada si amerita.

La epicrisis incluye lo siguiente:

- Fecha de ingreso, egreso
- Diagnósticos de ingreso y egreso
- Motivo de alta
- Resumen de la evolución
- Lista de problemas clínicos pendientes
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria (Instrucciones para el seguimiento).
- Enfermedades colaterales y hábitos
- En caso de defunción causa de muerte acorde a certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

El Resumen de egreso o nota de alta incluye:

- Datos generales del paciente
- Fecha de ingreso y egreso
- Diagnósticos de ingreso y egreso
- Resumen de exámenes complementarios relevantes
- Tratamiento realizado
- Recomendaciones
- Nombre, firma y sello del responsable

Nota de alta solicitada que incluye:

- Fecha y hora del alta solicitada
- Nombre completo del paciente
- Detalle de las consecuencias que dicho acto puede originar
- Nombre completo del familiar más cercano, tutor o representante legal solicitante
- Firma y N° de documento de identificación del paciente o persona solicitante
- Firma y sello del médico tratante

El original de la epicrisis y de la nota de alta se guarda en el expediente clínico del paciente. Una copia se entrega al paciente y cuando sea necesario, a la familia de éste, como lo indica la norma del establecimiento de salud o la práctica habitual.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un ejemplar original de la epicrisis en el expediente clínico del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 expedientes clínicos
2. La epicrisis contiene los parámetros especificados	Verificar que contenga: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de ingreso, egreso • Diagnósticos de ingreso y egreso (CIE-10) • Motivo de alta • Resumen de la evolución • Lista de problemas clínicos pendientes • Plan de manejo y tratamiento • Recomendaciones para vigilancia ambulatoria (Instrucciones para el seguimiento). • Enfermedades colaterales y hábitos • En caso de defunción causa de muerte acorde a certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.
3. Existe ejemplar original del Resumen de egreso o nota de alta en el expediente clínico del paciente, que incluye los parámetros especificados	Verificar en nota de alta: <ul style="list-style-type: none"> • Datos generales del paciente • Fecha de ingreso y egreso • Diagnósticos de ingreso y egreso • Resumen de exámenes complementarios relevantes • Tratamiento realizado • Recomendaciones • Nombre, firma y sello del responsable
4. En caso de alta solicitada verificar la existencia de la misma en el expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en expediente clínico
5. La nota de alta solicitada incluye los parámetros especificados	Verificar en nota de alta solicitada: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha y hora del alta solicitada • Nombre completo del paciente

	<ul style="list-style-type: none"> • Detalle de las consecuencias que dicho acto puede originar • Nombre completo del familiar más cercano, tutor o representante legal solicitante • Firma y N° de documento de identificación del paciente o persona solicitante • Firma y sello del médico tratante
--	--

ACA.4 Existe un procedimiento de referencia de pacientes a otro establecimiento de salud para atender las necesidades de continuidad de la atención. (OBLIGATORIO)

Propósito

La referencia a otro establecimiento se realiza en función del estado de salud del paciente y la necesidad de continuar con la atención médica y tratamiento especializados. Se requiere de un procedimiento de referencia que garantice la continuidad de atención y contempla:

- El modo de trasladar la responsabilidad entre el establecimiento de origen y el de destino;
- Los criterios que aconsejan el traslado;
- La responsabilidad sobre el paciente durante el traslado;
- Qué hacer cuando no puede realizarse el traslado a otro lugar de atención.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un procedimiento de referencia de pacientes que es de conocimiento del personal.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Formulario de Referencia y contrarreferencia. • Entrevista al personal (3 a 5)
2. Los traslados se centran en las necesidades de continuidad de atención del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 expedientes clínicos
3. El procedimiento contempla el traslado de responsabilidad a otro profesional o centro.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos
4. El procedimiento incluye los criterios que aconsejan un traslado.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos
5. El procedimiento incluye la responsabilidad durante el traslado.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos
6. El procedimiento especifica las situaciones en que no puede producirse traslado.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos
7. Los pacientes se trasladan de manera segura a otras organizaciones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos

ACA.4.1 El establecimiento de origen se asegura que el establecimiento de destino puede atender las necesidades de atención del paciente a referir y firma acuerdos o convenios de manera formal para garantizar la continuidad de atención. (OPCIONAL)

Propósito

Cuando se deriva a un paciente a otro establecimiento de salud, se debe determinar si cuenta con los servicios para continuar la atención y tiene la capacidad de acoger al paciente. Esta decisión suele tomarse con la suficiente antelación y la disponibilidad de recibir a pacientes, y las condiciones del traslado están descritas en acuerdos, convenios o sistemas de referencia y contrarreferencia establecidos de manera formal. Esta decisión anticipada asegura la continuidad de la atención y garantiza que se cubran las necesidades del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento de origen determina la capacidad del establecimiento de destino para atender las necesidades del paciente que se traslada.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el convenio o sistema de referencia y contrarreferencia
2. Se establecen acuerdos de manera formal con los establecimientos de destino cuando hay que trasladar con frecuencia a los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar convenios entre establecimientos
3. El sistema de referencia y contrarreferencia contara con un responsable intrahospitalario	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos • Entrevista con funcionario responsable

ACA.4.2 El establecimiento de destino recibe un informe por escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por el establecimiento de origen. (OBLIGATORIO)

Propósito

Para asegurar la continuidad de la atención, un informe del paciente se traslada con él. Junto con el paciente se entrega al establecimiento de destino una copia por escrito del informe del alta u otro informe clínico. Este informe incluye el estado o condición del paciente, las intervenciones o procedimientos realizados y sus necesidades de continuidad de atención.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Junto al paciente se traslada la información clínica relativa a él o un informe médico.	• Verificar en 5 expedientes clínicos
2. El informe médico incluye el estado del paciente.	• Verificar en 5 expedientes clínicos
3. El informe médico incluye los procedimientos u otras intervenciones realizados al paciente.	• Verificar en 5 expedientes clínicos
4. El informe médico incluye las necesidades de continuidad de atención del paciente.	• Verificar en 5 expedientes clínicos

ACA.4.3 (NO APLICA)

ACA.4.4 El proceso de traslado se documenta en el expediente clínico del paciente. (OBLIGATORIO)

Propósito

La hoja de referencia del paciente trasladado a otro establecimiento contiene el nombre del establecimiento que acuerda acoger al paciente, el motivo del traslado y cualquier circunstancia especial para el traslado (la disponibilidad de espacio en el establecimiento de destino o el estado del paciente). Además, se anota si la condición o el estado del paciente se modifica durante el traslado (por ejemplo, el paciente muere o requiere resucitación).

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La hoja de referencia debidamente foliada del evento actual del paciente referido incluye: - La constancia de coordinación con el establecimiento que acogerá al paciente. - Los motivos de la referencia. - Cualquier circunstancia especial de traslado. - Cualquier cambio en la condición o el estado del paciente durante el traslado.	• Verificar en el expediente clínico
2. La copia de la Hoja de referencia debe retornar al archivo clínico del establecimiento de origen con la constancia de recepción del paciente por el establecimiento de destino.	• Verificar en archivo clínico

ACA.5 (NO APLICA)

EVALUACIÓN DEL PACIENTE (ATENCIÓN INICIAL) - (EDP)

EDP. 1. Todos los pacientes atendidos en el establecimiento tienen necesidades de atención identificadas mediante un proceso de evaluación. (OBLIGATORIO)

Propósito

Cuando un paciente ingresa en un establecimiento de salud, los profesionales necesitan conocer la razón de la llegada del paciente. La información específica que se requiere en esta etapa y los procedimientos para conseguirla dependen de las necesidades del paciente y del establecimiento en que se preste la atención, por ejemplo, atención ambulatoria u hospitalaria. Existen normas y procedimientos que definen el funcionamiento de este proceso y la información que se tendrá que documentar durante el ingreso.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Normas y procedimientos del establecimiento definen la información que habrá que obtener sobre los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios.	Verificar : • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos
2. Normas o procedimientos del establecimiento de salud definen al responsable de realizar la evaluación.	• Identificar al responsable de realizar la evaluación
3. Normas del establecimiento identifican la información y al responsable para documentar el ingreso del paciente en el servicio de salud.	• Verificar Registro de pacientes atendidos y admitidos

EDP. 1.1 El establecimiento debe adoptar y utilizar las Normas y protocolos de atención médica para facilitar la evaluación del paciente y disminuir así la variabilidad. (OBLIGATORIO)

Propósito

Las Normas y protocolos de atención son un medio para mejorar la calidad y ayudar a los profesionales y pacientes a tomar decisiones clínicas, reduciendo la variabilidad.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los médicos y las autoridades del establecimiento cumplen con las Normas y protocolos de atención médica.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Instructivo de aplicación • 5 expedientes clínicos
2. Los médicos y los directores de los hospitales adaptan las Normas según los pacientes y los recursos del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Protocolos de Atención al Paciente
3. Los protocolos se revisan regularmente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que las actualizaciones de los Protocolos de Atención se realizan mínimo cada tres años

EDP. 1.2 Las evaluaciones se completan en el período establecido por el establecimiento (OBLIGATORIO)

Propósito

Para iniciar cuanto antes el tratamiento correcto del paciente, la valoración inicial deberá completarse y documentarse lo antes posible en el expediente clínico del paciente. Los Servicios de Salud establecen el marco temporal para completar las evaluaciones. El tiempo exacto depende de varios factores; incluyendo los tipos de pacientes atendidos por el establecimiento, la complejidad y duración de su atención y la dinámica de condiciones que rodean su atención. Sabiendo esto, el establecimiento puede establecer diferentes plazos para la evaluación en distintas áreas o servicios. Cuando la valoración se completa total o parcialmente fuera del establecimiento, los resultados son verificados al ingreso del paciente en el establecimiento.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los plazos adecuados para realizar la atención en las distintas especialidades se establecen para todos los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Las evaluaciones se completan en los plazos establecidos por el establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar tiempos ejecutados en Expediente Clínico
3. Los resultados de las evaluaciones realizadas fuera del hospital se verifican al ingreso del paciente en ésta.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Notas de Referencia, contrarreferencia en el Expediente Clínico

EDP. 1.3 Los resultados de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente y se ponen a disposición de los responsables de su atención. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los resultados de la evaluación se utilizan a lo largo del proceso de atención para controlar los progresos del paciente y considerar la necesidad de reevaluación. Por consiguiente, es esencial que las evaluaciones estén bien documentadas, puedan consultarse de manera fácil y rápida en el expediente clínico del paciente y puedan ser utilizadas por aquellos que le atienden.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los resultados de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes Clínicos
2. Los profesionales que atienden al paciente encuentran las evaluaciones en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes Clínicos

EDP. 2. La evaluación inicial de cada paciente incluye la evaluación física, psicológica, social y económica, incluyendo un expediente clínico completo (anamnesis, exploración física, diagnóstico presuntivo y plan de estudios). (OBLIGATORIO)

Propósito

La evaluación inicial de un paciente es vital para identificar sus necesidades e iniciar el proceso de atención médica. La evaluación inicial facilita información para:

- Entender la atención deseada por el paciente
- Seleccionar el mejor lugar para la atención del paciente
- Realizar un diagnóstico inicial
- Entender la respuesta del paciente a cualquier tratamiento previo

Para facilitar esta información, la evaluación inicial incluye la valoración del estado físico del paciente mediante una exploración física y un expediente clínico completo. La información social sobre un paciente no pretende «clasificar» a los pacientes. Los contextos sociales, culturales, familiares y económicos del paciente son factores importantes que influyen en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento. Las familias pueden ser de gran ayuda en estas áreas para entender los deseos y preferencias del paciente durante el proceso de evaluación.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. A cada paciente que ingresa se le realiza una evaluación inicial siguiendo las normas del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes clínicos
2. A cada paciente se le realiza a una evaluación física inicial.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes clínicos
3. Se realiza una evaluación social y económica inicial por la trabajadora social, de acuerdo a un Manual de normas y	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar evaluación por Trabajo Social

procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de normas y procedimientos
4. La evaluación inicial permite establecer el tipo de atención que el paciente necesita	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes clínicos
5. La evaluación inicial permite establecer un diagnóstico inicial.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes clínicos
6. La evaluación inicial permite conocer cualquier atención previa.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes clínicos

EDP. 2.1 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican desde la evaluación inicial. (OBLIGATORIO)

Propósito de EDP.2.1 hasta EDP.2.1.4

El resultado de la evaluación inicial es la comprensión de las necesidades médicas y de enfermería del paciente para poder iniciar los cuidados y el tratamiento. El establecimiento determina el grado y contenido de la evaluación médica inicial. Esta evaluación médica se completa y documenta en el expediente clínico del paciente dentro de las 24 horas posteriores al ingreso en la organización. La evaluación de enfermería se documenta también en el expediente clínico del paciente en un espacio de tiempo fijado por el establecimiento.

Los resultados de las pruebas diagnósticas se registran en el expediente clínico del paciente antes de practicar la anestesia o la cirugía. Antes de una práctica quirúrgica, se registra el diagnóstico preoperatorio. La evaluación de anestesia determina el tipo de anestesia a emplear y debe incluirse una reevaluación previa a la inducción anestésica.

En caso de urgencia, la evaluación médica inicial puede estar limitada por el estado y las necesidades aparentes del paciente. Además, si no hay tiempo para registrar toda la anamnesis y la exploración física, se registra una breve nota diagnóstica pre-operatoria del paciente que va a ser intervenido.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La evaluación inicial incluye la identificación de las necesidades médicas del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Expediente clínico
2. La evaluación inicial incluye la identificación de las necesidades de enfermería del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Expediente Clínico

EDP. 2.1.1 La evaluación médica inicial se documenta en el expediente clínico del paciente dentro de las primeras 24 horas después de su ingreso. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La evaluación médica inicial se documenta en la historia del paciente dentro de las 24 horas posteriores al ingreso.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes Clínicos
2. Cualquier cambio significativo en el estado del paciente desde el ingreso se anota en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes Clínicos

EDP. 2.1.2 (NO APLICA)

EDP.2.1.3 La evaluación médica inicial de los pacientes de urgencias se ajusta a sus necesidades y condiciones. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Para los pacientes de urgencias, la evaluación médica se ajusta a su estado físico y sus necesidades, por el médico de guardia o especialistas con presencia física o ha llamado.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes Clínicos
2. En cirugía, existe como mínimo una nota breve y un diagnóstico preoperatorio que se registran antes de la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes Clínicos

EDP. 2.1.4 La evaluación inicial de enfermería se documenta en el expediente clínico del paciente en el espacio de tiempo que fija el establecimiento (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La evaluación inicial de enfermería se documenta en el expediente clínico del paciente en un plazo de tiempo que cumple las normas del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes Clínicos

EDP.2.2 (NO APLICA)

EDP.2.3 El establecimiento realiza evaluaciones iniciales individualizadas de los grupos de pacientes especiales (edades extremas, terminales, drogodependientes, alcohólicos, víctimas de abuso o abandono y otros) (OPCIONAL)

Propósito

La evaluación inicial de ciertos grupos de pacientes requiere modificar el proceso de evaluación. Esta modificación se

basa en las características de cada grupo de pacientes y en cada situación especial. El establecimiento identifica a determinados grupos y situaciones entre sus pacientes y modifican adecuadamente el proceso de evaluación. De manera particular, el establecimiento realiza evaluaciones individualizadas para:

- Pacientes muy jóvenes
- Gente mayor delicada
- Pacientes terminales y otros con dolor
- Pacientes supuestamente drogodependientes o alcohólicos
- Víctimas de abusos o abandono

La evaluación de pacientes supuestamente drogodependientes o alcohólicos y la evaluación de víctimas de abusos o abandono se adapta a la cultura del entorno. Estas evaluaciones no pretenden ser un procedimiento para descubrir casos proactivamente. La evaluación de estos pacientes responde a una condición y necesidades, se realiza de manera confidencial y aceptable culturalmente.

El proceso de evaluación se adapta a las normas vigentes en relación a estos grupos y situaciones, e implica a la familia del paciente en caso necesario.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento identifica a los grupos de pacientes y las situaciones específicas por las que se modifica el proceso inicial de evaluación.	• Verificar Protocolos de atención
2. Estos grupos especiales reciben evaluaciones individualizadas	• Verificar en Expediente Clínico

EDP.2.4 La evaluación inicial incluye establecer la necesidad de planificar la conducta a seguir luego el alta y necesidad de otras evaluaciones especializadas. (OPCIONAL)

Propósito

La continuidad de la atención requiere consideraciones y preparación especial para algunos pacientes. El establecimiento crea un mecanismo para identificar a los pacientes con dificultades para recibir el alta. Este mecanismo se utiliza en el proceso inicial de evaluación y, en ese momento, se inicia la planificación del alta. Además, el proceso inicial de evaluación puede identificar la necesidad de otras evaluaciones como la dental, auditiva y del habla, etc. El establecimiento deriva al paciente para estas evaluaciones dentro del mismo establecimiento.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un proceso que identifica a los pacientes para los que la planificación del alta se puede considerar crítica.	• Verificar manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Cuando se necesitan evaluaciones adicionales especializadas, hay que derivar a los pacientes.	• Verificar notas de Interconsulta o transferencia.

EDP. 3 Todos los pacientes se reevalúan en determinados intervalos para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar un tratamiento continuado o el alta (OBLIGATORIO)

Propósito

La reevaluación es clave para comprender la eficacia e idoneidad de las decisiones clínicas. Se reevalúa a los pacientes a lo largo del proceso de atención en intervalos que se ajustan a sus necesidades, a su plan de atención o a las normas y los procedimientos del establecimiento.

Los resultados de estas reevaluaciones se anotan en el expediente clínico del paciente para información y uso de los que le atienden y deben realizarse:

- A intervalos regulares durante la atención (por ejemplo, el personal de enfermería anota las constantes vitales de manera periódica en función del estado del paciente);
- Cada 24 horas por parte de un médico o con más frecuencia según las normas de el establecimiento; en respuesta a un cambio significativo en el estado del paciente;
- Si cambia el diagnóstico y las necesidades de atención exigen una nueva planificación, y para determinar si la medicación u otros tratamientos han tenido éxito y se le puede trasladar o dar de alta.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se reevalúa a los pacientes para determinar su respuesta al tratamiento	• Verificar en 5 expedientes clínicos las notas de evolución
2. Se reevalúa a los pacientes para planificar el alta o la continuidad del tratamiento.	• Verificar en 5 expedientes clínicos las notas de evolución
3. Se reevalúa a los pacientes a intervalos según su condición, plan de atención y necesidades individuales.	• Verificar en 5 expedientes clínicos
4. La reevaluación se documenta en el expediente clínico del paciente	• Verificar en 5 expedientes clínicos

EDP.4 Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por profesionales calificados (OBLIGATORIO)

Propósito de EDP 4 y EDP.4.1

La evaluación y la reevaluación de pacientes son procesos críticos que requieren educación, formación, conocimiento y habilidades especiales. De este modo, se identifica al personal que va a realizar cada tipo de evaluación y se definen sus responsabilidades por escrito. En especial, se identifica perfectamente al personal calificado para realizar evaluaciones de urgencias o evaluaciones de las necesidades de enfermería.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se identifica a los profesionales calificados para realizar evaluaciones clínicas y reevaluaciones dentro del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en expediente clínico la firma y sello del profesional
2. Las evaluaciones de urgencias las realizan profesionales calificados	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en expediente clínico la firma y sello del profesional
3. Las evaluaciones de enfermería las realizan profesionales calificadas	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en expediente clínico la firma y sello del profesional

EDP.4.1 Las responsabilidades para evaluar y reevaluar son definidas por escrito (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las responsabilidades de los profesionales calificados para realizar evaluaciones y reevaluaciones están definidas por escrito.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar Manual de Organización y Funciones y Manual de Puestos

ANÁLISIS E INTEGRACION DE LAS EVALUACIONES

Propósito de EDP.5 y EDP.5.1

Un paciente puede someterse a muchos tipos de evaluación dentro y fuera del establecimiento a través de varios servicios. Como resultado, puede existir una gran variedad de información, resultados de pruebas y otro tipo de datos en el expediente clínico del paciente.

Lo más beneficioso para el paciente es que el personal que le atiende trabaje conjuntamente para analizar los resultados de las evaluaciones y combinar esta información para establecer una imagen integral del estado del paciente, identificar sus necesidades, se establece un orden de importancia y se toman las decisiones clínicas.

El proceso de trabajo conjunto es simple e informal si las necesidades del paciente no son complejas. Reuniones formales del equipo de tratamiento, sesiones clínicas sobre pacientes y visita médica pueden ser aconsejables en pacientes con necesidades complejas o poco claras.

El paciente, su familia y quien tome decisiones en nombre del paciente, se incluyen adecuadamente en el proceso de toma de decisiones

EDP.5 Personal médico, de enfermería y otros profesionales y servicios responsables de la atención al paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se integran y analizan todos los datos y la información de la evaluación del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en el expediente clínico el registro de juntas médicas, interconsultas
2. Los responsables de la atención al paciente toman parte en el proceso	<ul style="list-style-type: none">• Verificar firmas y sellos del personal responsable de la atención

EDP.5.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes o inmediatas. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las necesidades del paciente se priorizan en función de los resultados de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en el expediente clínico las conclusiones y sugerencias del análisis integral

LABORATORIO

Propósito de EDP.6 y EDP.6.1

El establecimiento dispone de un sistema para proveer la atención de laboratorio requerida por el tipo de pacientes atendidos, por la oferta clínica y por las necesidades de sus profesionales de salud.

Estos servicios se organizan y disponen cumpliendo las normas y los elementos de medición locales y nacionales vigentes.

Los servicios de laboratorio, incluyendo los de urgencias, pueden ofrecerse a través del establecimiento, mediante acuerdos con otras organizaciones, o ambos. Los servicios de laboratorio están abiertos fuera del horario normal para urgencias.

El paciente puede acceder a fuentes externas, seleccionadas por el establecimiento en función de las normas vigentes.

EDP. 6 El establecimiento cuenta con laboratorio, que tiene los servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes, y que cumplen con las normas y la legislación nacional y departamental. (OPCIONAL), Obligatorio si cuenta con el servicio.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El laboratorio cumple con la legislación y normas nacional y departamental vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la autorización de habilitación y funcionamiento del laboratorio de acuerdo a normas establecidas

EDP. 6.1 El establecimiento dispone de servicios de laboratorio para atender a los pacientes, o bien puede acceder a ellos mediante acuerdos con laboratorios externos (OBLIGATORIO).

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se cuenta con servicios de laboratorio adecuados al nivel de complejidad para atender las necesidades de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la infraestructura, recursos humanos, insumos y materiales respondan al nivel de complejidad del establecimiento de salud.
2. Se dispone de servicios de laboratorio de urgencias durante las 24 horas del día	Verificar : <ul style="list-style-type: none"> • Horarios de atención, con responsables asignados con visto bueno de la dirección del establecimiento
3. La compra de servicios de laboratorios externos se realiza en función a la norma vigente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Contratos o convenios vigentes con laboratorios habilitados.

EDP. 6.2 Existe un programa de seguridad de laboratorio que se controla y documenta (OPCIONAL)

Propósito

El laboratorio cuenta con un programa de seguridad activa concordante con los riesgos y peligros que existan en él. El programa regula las prácticas de seguridad y las medidas de prevención del personal de laboratorio, del resto del personal y de los pacientes cuando se hallen presentes.

El programa de laboratorio se coordina con el programa de gestión de seguridad del establecimiento e incluye:

- Normas y procedimientos escritos
- Plan de contingencia en situaciones de accidentes en el laboratorio
- Normas y procedimientos escritos para el manejo de residuos especiales e infecciosos;
- Disponibilidad de dispositivos de seguridad adecuados a los peligros y las prácticas de laboratorio
- Capacitación al personal de laboratorio en prácticas y procedimientos seguros, y formación en el servicio acerca de nuevos procedimientos y materiales peligrosos reconocidos o de reciente adquisición.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un programa de seguridad de laboratorio adecuado para los riesgos y peligros encontrados	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Normas de Bioseguridad de Laboratorio
2. Existe un plan de contingencia en situaciones de accidentes en el laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar plan de contingencia • Entrevista al personal
3. El programa se coordina con el programa de gestión de la seguridad del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar incorporación en el Programa de Seguridad del establecimiento
4. Normas y procedimientos escritos regulan el manejo y traslado de materiales infecciosos y peligrosos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Normas de Manejo de residuos sólidos.
5. Se dispone de los dispositivos de protección y bioseguridad adecuados	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Que el personal utilice guantes, gafas protectoras, mandiles y otros.
6. Se capacita al personal de laboratorio en prácticas y procedimientos de bioseguridad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Capacitación continua • Lista de asistentes
7. Se educa al personal de laboratorio sobre nuevos procedimientos y sobre materiales peligrosos reconocidos o de reciente adquisición.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Capacitación continua • Lista de asistentes

EDP.6.3 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuados se encargan de realizar los exámenes de laboratorio y de interpretar los resultados. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento de salud identifica al responsable del servicio, al personal profesional, técnico y al personal auxiliar de laboratorio. Además, existe el suficiente personal para realizar pruebas de manera rápida y garantizar el funcionamiento del laboratorio durante las 24 horas.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento de salud cuenta con un responsable del servicio de laboratorio	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Estructura organizacional (organigrama), Manual de Organización y Funciones Designación del responsable de laboratorio
2. Profesionales y técnicos con la experiencia y formación adecuada realizan las pruebas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> En Manual de Cargos el perfil de personal asignado de profesionales patólogos clínicos, bioquímicos y técnicos en laboratorio Documentos que acrediten formación profesional o técnica en files personales
3. El laboratorio cuenta con personal auxiliar capacitado	<ul style="list-style-type: none"> Verificar capacitación específica en los files personales
4. Profesionales con experiencia y formación adecuadas interpretan y reportan los resultados de pruebas de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Manual de Cargos el perfil de personal asignado Sello y firma del responsable de la interpretación y reporte de los resultados de Laboratorio

EDP. 6.4 El establecimiento define el plazo de tiempo para entregar los resultados de las pruebas de laboratorio. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los resultados se entregan en un plazo determinado enmarcados en la norma vigente y en función de las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y los requerimientos del personal médico. Se incluyen las pruebas de atención ambulatoria, hospitalización, urgencias y las de fuera de horario habitual. Además, cuando los servicios se contratan a través de un laboratorio externo, los plazos de entrega de los informes vienen determinados también por las normas del establecimiento o por los requisitos establecidos en el contrato.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El laboratorio tiene establecido el plazo de entrega de los resultados en base a la norma.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos
2. Los resultados de laboratorio se entregan en función de las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y los requerimientos del personal médico	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos Verificar hora de solicitud y hora de entrega del resultado de la prueba

EDP.6.5 Todo el equipo y material de laboratorio se revisa, se mantiene y se calibra de manera regular, conservando los informes de estas actividades (OPCIONAL), Obligatorio si cuenta con el servicio.

Propósito

El personal de laboratorio trabaja para garantizar el correcto funcionamiento de todo el equipo y la seguridad del operario. Un programa de gestión del equipo de laboratorio permite:

- Seleccionar y adquirir equipos
- Identificar y realizar inventarios del equipo
- Valorar la utilización del equipo mediante inspección, prueba, calibración y mantenimiento
- Supervisar y actuar sobre informes de riesgos en el equipo, incidencias, accidentes, problemas y averías, y documentar el programa de gestión.

La frecuencia de las pruebas de funcionamiento, del mantenimiento y de calibración depende de la utilización del equipo de laboratorio y de la historia documentada del servicio.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un programa de gestión del equipo de laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Programa de gestión de equipo
2. El programa incluye la selección y adquisición de equipos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Programa de gestión de equipo
3. El programa incluye el inventariado del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Programa de gestión de equipo
4. El programa incluye la inspección y las pruebas de funcionamiento del equipo	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Programa de gestión de equipo
5. El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Programa de gestión de equipo
6. Se realiza un seguimiento del programa	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Informes de seguimiento del Programa de gestión de equipo
7. Se documentan adecuadamente las pruebas de funcionamiento, de mantenimiento y calibración del equipo	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Informes y registros correspondientes

EDP.6.6 Se dispone de manera regular de reactivos esenciales y de otros suministros. (OPCIONAL), Obligatorio si cuenta con el servicio.

Propósito

El establecimiento ha identificado aquellos reactivos y suministros necesarios para facilitar servicios de laboratorio a los pacientes de forma regular. El proceso de solicitud y adquisición de los reactivos esenciales y otros suministros es eficaz.

Todos los reactivos se almacenan y administran en base a los procedimientos definidos. La evaluación periódica de todos los reactivos garantiza la exactitud y precisión de los resultados. Existen directrices escritas que aseguran el etiquetado completo y exacto de los reactivos y soluciones.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se identifican los reactivos y suministros esenciales de laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la lista de reactivos y suministros esenciales
2. El responsable de laboratorio participa en el proceso de adquisición de los reactivos y suministros en base a la norma vigente, para garantizar la disponibilidad oportuna y adecuada de los mismos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar participación de jefe de laboratorio en el último proceso de adquisición • Existencia de reactivos
3. Todos los reactivos están almacenados y son distribuidos de acuerdo con las directrices del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de Procesos, operaciones y procedimientos • Verificar Manual de distribución de insumos
4. Todos los reactivos se evalúan periódicamente para valorar su precisión y sus resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de evaluación periódica
5. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados de forma completa y precisa	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en sitio nombre del reactivo o solución, fecha de vigencia y responsable de su preparación

EDP.6.7 Se siguen procedimientos de toma, identificación, manejo, transporte seguro y eliminación de muestras. (OPCIONAL)

Propósito

Se elaboran e implementan procedimientos para:

- Solicitar pruebas de laboratorio
- Tomar e identificar muestras
- Transportar, almacenar y conservar muestras
- Recibir, registrar y realizar seguimiento de muestras

Estos procedimientos se tienen en cuenta para las muestras enviadas para pruebas fuera del establecimiento.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La solicitud de pruebas se establece mediante procedimientos definidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Normas de Diagnóstico y Tratamiento • Verificar Protocolos • Verificar formularios de solicitud de pruebas
2. La obtención e identificación de muestras se establece mediante los procedimientos definidos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de Procesos
3. Existen procedimientos para regular el transporte, almacenaje, conservación y eliminación de muestras	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos • Observación directa
4. La recepción y el seguimiento de muestras se establecen a través de procedimientos definidos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos
5. Se cumplen los procedimientos definidos cuando se compran servicios de laboratorios externos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos • Contrato con laboratorios externos

EDP. 6.8 Se utilizan normas y rangos establecidos para interpretar e informar de los resultados del laboratorio clínico. (OPCIONAL), Obligatorio si cuenta con el servicio.

Propósito

El laboratorio establece valores de rangos normales (intervalos de referencia) para cada prueba que se realiza. Este se incluye en el expediente clínico, como parte del informe o mediante la inclusión de una lista actualizada de esos valores aprobados por el jefe de laboratorio. Cuando un laboratorio externo realiza la prueba se proporcionan los rangos correspondientes. Los valores de referencia se ajustan a la edad, género y las características geográficas de residencia de los pacientes del establecimiento, se revisan y se actualizan cuando se modifican los métodos.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El laboratorio ha establecido rangos de referencia para cada prueba que se realiza	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar existencia de Rangos de referencia
2. El rango se incluye en el expediente clínico como parte del informe de los resultados de la prueba.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inclusión de rangos de referencia en informe de resultados

3. Cuando las prueba las realizan laboratorios externos, se incluyen los rangos correspondientes	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inclusión rangos de referencia en el informe de resultados
4. Los rangos se ajustan a la edad, género, las características geográficas de residencia de los pacientes que atiende el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inclusión de rangos de referencia en el informe de resultados de acuerdo al paciente
5. Estos rangos se revisan y se actualizan periódicamente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar actualización mínima anual

EDP.6.9 Personal calificado se encarga de la gestión del servicio de laboratorio. (OPCIONAL)

Propósito

El servicio de laboratorio está bajo la dirección de un profesional calificado en virtud de su formación, conocimientos y experiencia, documentados de acuerdo a la ley y normas vigentes.

Esta persona asume la responsabilidad profesional del laboratorio y de los servicios facilitados.

Los servicios de laboratorio de especialidad o subespecialidad están desarrollados por profesionales calificados en la especialidad de acuerdo a norma vigente. Las responsabilidades del jefe de laboratorio incluyen:

- Elaborar, actualizar, socializar y conservar las normas y los procedimientos
- Realizar supervisión administrativa
- Mantener programas de control de calidad con periodicidad mínima anual
- Participar del proceso de contratación de compra de servicios de laboratorio de establecimientos externos
- Monitorizar y revisar todos los servicios de laboratorio

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El laboratorio clínico está bajo la dirección de profesionales calificados en la especialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar cumplimiento de perfil profesional del jefe de laboratorio en file de recursos humanos
2. Las responsabilidades incluyen el desarrollo, actualización, socialización y archivo de normas y procedimientos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones de Laboratorio • Manual de Procesos y Protocolos • Archivo de laboratorio
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de supervisión administrativa
4. Las responsabilidades incluyen el mantenimiento de programas de control de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de control de calidad vigentes
5. Las responsabilidades incluyen la participación en el proceso de contratación de servicios de laboratorio de establecimientos externos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar actas de proceso de contratación
6. Las responsabilidades incluyen el control y seguimiento de los servicios de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de control y seguimiento periódico y actualizado de los servicios de laboratorio

EDP. 6.10 (NO APLICA) , EDP.6.10.1 (NO APLICA) , EDP.6.11 (NO APLICA) , EDP.6.12 (NO APLICA)

IMAGENOLÓGÍA

Propósito de EDP.7 y EDP.7.1

El establecimiento dispone de un sistema de atención de imagenología acorde con el tipo de pacientes a los que atiende, a los servicios clínicos que se ofrecen y a las necesidades de los profesionales de salud.

Los servicios de imagenología cumplen las normas, la legislación y los parámetros de evaluación locales y nacionales vigentes.

Los servicios de imagenología, inclusive los de urgencias, pueden facilitarse dentro del establecimiento, a través de acuerdos con otros establecimientos o de ambos modos. Existen servicios de imagenología fuera del horario habitual para urgencias.

El paciente puede acceder a servicios de imagenología externos, cuando el establecimiento no disponga de ellos, éstos son seleccionados en función de sus necesidades, cumplen con las normas y leyes vigentes y cuentan con buenos resultados documentados en cuanto a la puntualidad y precisión.

EDP. 7 Se dispone de servicios de imagenología que atienden las necesidades de los pacientes y cumplen las normas, la legislación y los parámetros de evaluación vigentes locales y nacionales. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los servicios de imagenología se ajustan a las normas, la legislación y los parámetros de evaluación locales y nacionales vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si se cumple la normas y la legislación correspondiente
2. Cuenta con licencia institucional del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear (IBTEN)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar licencia actualizada otorgada por el IBTEN
3. Cuenta con licencia individual del personal que trabaja en el servicio (profesionales y técnicos) por parte del IBTEN	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar licencias individuales otorgadas por el IBTEN

EDP. 7.1 El establecimiento presta servicios de diagnóstico por imagen, o bien puede disponer fácilmente de ellos mediante acuerdos con establecimientos externos cuando no cuente con ellos. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se dispone de servicios de imagenología las 24 horas del día	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar horarios de atención y rol de turnos internos y externos
2. De no contar con el servicio se establecen contratos y convenios con establecimientos que cumplan las normas vigentes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Lista de los servicios externos • Contratos y convenios

EDP.7.2 Existe un programa de seguridad contra la radiación que se controla y se documenta. (OPCIONAL)

Propósito

El servicio cuenta con un programa activo de seguridad contra la radiación concordante con los riesgos y peligros que existan. El programa regula las prácticas de seguridad y las medidas de prevención del personal de imagenología, de otro tipo de personal y de los pacientes. Se coordina con el programa de gestión de seguridad del establecimiento.

El programa de gestión de seguridad contra radiación incluye:

- Normas y procedimientos escritos que se basan en la legislación vigente
- Normas y procedimientos escritos para el manejo y retiro de residuos especiales e infecciosos
- Disponibilidad de dispositivos de seguridad adecuados a los peligros inherentes al servicio
- Capacitación al personal del servicio hacia prácticas y procedimientos seguros
- Actualización sobre nuevos procedimientos y materiales peligrosos reconocidos o de reciente adquisición

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un programa de seguridad y prevención de riesgos y peligros de radiación	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar existencia de programa seguridad y prevención de riesgos y peligros de radiación
2. El programa se coordina con el de gestión de la seguridad del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar coordinación con programa de gestión de seguridad
3. Las normas y los procedimientos escritos se basan en la legislación vigente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Normas y Manual de procesos, operaciones y procedimientos
4. Las normas y los procedimientos escritos regulan el manejo y la disposición de residuos especiales e infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Normas de manejo de residuos generados en establecimientos de salud
5. Se dispone de los dispositivos adecuados a los peligros inherentes al servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar existencia de dispositivos de seguridad
6. Se capacita al personal de imagenología hacia prácticas y procedimientos de seguridad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de capacitación • Lista de participantes
7. Se actualiza al personal de imagenología sobre los nuevos procedimientos y peligros	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Lista de participantes • Programa de capacitación
8. Se realiza control de la dosis de radiación de los trabajadores mensualmente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Registro de control de radiación • Uso de dosímetro por el personal

EDP. 7.3 Profesionales con formación, habilidades, orientación y experiencia adecuados realizan los procedimientos técnicos e interpretan los resultados. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento identifica al personal de imagenología que realiza los exámenes y al personal que los dirige y supervisa. El personal técnico y de supervisión cuenta con la formación, la experiencia y las aptitudes adecuadas y recibe capacitación en el trabajo. Al personal técnico se le asigna trabajo en función de su formación y experiencia. Además, existe número adecuado de personal para realizar exámenes de manera oportuna, eficiente y garantizar atención de 24 horas.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se identifica al personal que dirige o supervisa el servicio	Verificar : <ul style="list-style-type: none"> • Perfil del personal en Manual de cargos • File en Recursos humanos
2. El personal con la formación correspondiente realiza los estudios	Verificar : <ul style="list-style-type: none"> • Perfil del personal en Manual de cargos • File en Recursos humanos
3. El personal con la formación correspondiente interpreta los estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar firma y sello del médico imagenólogo en el informe de resultados

4. El personal técnico cuenta con la experiencia y la formación exigidas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar perfil profesional de personal técnico
--	--

EDP.7.4 Los resultados de imagenología se encuentran disponibles puntualmente, tal y como lo ha definido el establecimiento. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento define el período de tiempo para informar los resultados de las pruebas diagnósticas imagenológicas. Los resultados se informan en un plazo determinado en función de las necesidades del paciente, de los servicios ofrecidos y de las solicitudes del personal médico.

Se incluyen los procedimientos técnicos de urgencias, los realizados fuera del horario habitual y los realizados en fin de semana. Cuando las pruebas imagenológicas se contratan a través de servicios externos, se informan de acuerdo a la normas del establecimiento o según los requisitos establecidos en el contrato.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento ha determinado el plazo para emitir el informe de los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Manual de Procedimientos, Procesos y Operaciones
2. Los resultados de imagenología se informan en un plazo acorde con las necesidades del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar cumplimiento de plazos acordes con las necesidades del paciente en el expediente clínico
3. El informe del resultado de los estudios los realiza el médico imagenólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar sello y firma en los informes de imagenología

EDP.7.5 Todos los equipos de imagenología se revisan, mantienen y calibran de manera regular, y se conservan los informes de estas actividades. (OPCIONAL)

Propósito

El personal de imagenología coordina con el servicio de mantenimiento para garantizar el correcto funcionamiento de todo el equipo y la seguridad del personal y pacientes. Un programa de gestión del equipo de imagenología permite:

- Seleccionar y adquirir equipos de acuerdo a normas vigentes
- Identificar y realizar inventarios del equipo
- Valorar el funcionamiento del equipo mediante inspección, prueba, calibraciones y mantenimiento preventivo periódicos
- Supervisar y actuar sobre informes de riesgos en el equipo, incidencias, accidentes, problemas y averías
- Documentar el programa de gestión

La frecuencia de los prueba, del mantenimiento y de la calibración depende de la utilización del equipo y de la historia documentada del servicio.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un programa de gestión del equipo de imagenología.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar existencia de Programa de gestión
2. El programa incluye la selección y adquisición de equipos de acuerdo a normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa de equipamiento
3. El programa incluye el inventariado del equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inventarios actualizados
4. El programa incluye la inspección y la prueba del equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de inspección y prueba del equipo
5. El programa incluye la calibración, mantenimiento, reparación o sustitución del equipo o sus partes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros calibración, mantenimiento o reparación del equipo
6. El programa incluye la monitorización y su seguimiento de los equipos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de monitorización y seguimiento de los equipos

EDP.7.6 Se dispone de manera regular de material e insumos para el servicio de imagenología. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento ha identificado aquellos materiales e insumos necesarios para el funcionamiento regular del servicio de imagenología. El proceso de solicitud y dotación es eficaz y oportuno. Todos los suministros se almacenan y administran de acuerdo a los procedimientos definidos. La evaluación periódica de todos los reactivos garantiza la exactitud y precisión de los resultados. Normas escritas aseguran el etiquetado completo y exacto de los reactivos y de las soluciones.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se identifican los materiales e insumos necesarios para el funcionamiento regular del servicio de imagenología.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de identificación de materiales e insumos necesarios
2. Se dispone de los materiales e insumos necesarios	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de materiales e insumos necesarios • Proceso de solicitud y dotación
3. Todos los reactivos se almacenan y administran según normas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, procedimientos y operaciones de

	almacenamiento
4. Todos los reactivos se evalúan de manera periódica para comprobar la precisión de los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de evaluación periódica
5. Todos los reactivos y soluciones tienen un registro completo y detallado.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de reactivos y soluciones
6. Se controlan las placas en cuanto a su vencimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de vencimiento de placas
7. Se cuenta con registros de valores de revelado de las placas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro
8. Se elabora informe mensual de los procedimientos realizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar una muestra aleatoria del informe consolidado

EDP.7.7 Existen procedimientos de control de calidad. (OPCIONAL)

Propósito

Para prestar unos servicios excelentes de imagenología es esencial poner en marcha sistemas de control de calidad. Los procedimientos de control de calidad incluyen:

- La validación de los métodos de los exámenes utilizados para la precisión de los resultados
- La supervisión diaria de los resultados por parte de personal de gabinete calificado
- La acción correctiva rápida cuando se detectan deficiencias
- La realización de prueba de los reactivos y de las soluciones
- La documentación de resultados y acciones correctivas

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El control de calidad incluye la validación de los métodos de exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de validación de los métodos de exámenes
2. El control de calidad incluye la supervisión diaria de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de supervisión diaria de resultados
3. El control de calidad incluye la intervención rápida en caso de detectarse deficiencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de acciones correctivas
4. El control de calidad incluye pruebas de los reactivos y soluciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de pruebas de reactivos y soluciones
5. El control de calidad incluye la documentación de los resultados y acciones correctivas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar documentación respaldatoria

EDP.7.8 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios diagnósticos de fuentes externas de donde se adquieren servicios. (OPCIONAL)

Propósito

Cuando el establecimiento utiliza servicios de imagenología de fuentes externas, recibe y revisa de manera regular los resultados del control de calidad de esa fuente externa. Personal calificado se encarga de revisar los resultados del control de calidad

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se revisan con regularidad los resultados del control de calidad de fuentes externas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de revisión de resultados de control de calidad
2. Los resultados del control de calidad son revisados por personal calificado (IBTEN)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar reportes

EDP.7.9 (NO APLICA)

ATENCIÓN A LOS PACIENTES (AAP)

AAP.1 La atención uniforme a los pacientes está establecida en normas, procedimientos y programas de salud vigentes en la legislación nacional. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a recibir una calidad de atención uniforme en el establecimiento. Para desarrollar el principio de de calidad de atención, las instancias responsables de la gestión en salud y las autoridades del establecimiento, deben planificar y coordinar la atención al paciente. Los servicios están regulados por normas y procedimientos basados en la legislación que regula la atención en salud, generando un nivel de prestaciones uniforme.

La atención uniforme se refleja en lo siguiente:

- El acceso y la adecuación de la atención y del tratamiento independientes de la capacidad económica del paciente y la fuente de pago
- El nivel de la atención es el mismo en todo el establecimiento

La atención uniforme deriva en una utilización eficaz, eficiente y oportuna de los recursos y permite la evaluación de resultados asistenciales similares en todo el establecimiento.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las instancias responsables de la gestión en salud y las autoridades del establecimiento determinan procesos de atención uniformes, basados en la legislación vigente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de organización y funciones Manual de procesos, operaciones y procedimientos Normas y protocolos de atención
2. La calidad de la atención es uniforme en los diferentes servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar las actas de Comité de Gestión de calidad y auditoría médica. Resultados de supervisión por autoridad competente

AAP.2 Existe un proceso que integra y coordina la atención prestada a cada paciente. (OPCIONAL)

Propósito

El proceso de atención es dinámico e implica a muchos profesionales de salud y puede involucrar a varios servicios y unidades. La integración y coordinación de las actividades asistenciales al paciente mejora la eficiencia de los procesos, permite un uso más eficaz de recursos humanos y aumenta la posibilidad de mejores resultados. Así, las autoridades utilizan técnicas y herramientas para integrar y coordinar mejor la atención (por ejemplo: atención facilitada en equipo, juntas médicas, sesiones interdisciplinarias, planificación asistencial combinada, historias de pacientes integradas, manejo de casos clínicos).

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La planificación de la atención contempla la integración y coordinación entre los diferentes servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Organización y funciones
2. La atención se integra y se coordina entre los diferentes servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos la participación de todo el equipo de salud

AAP.2.1 La atención suministrada a cada paciente se planifica y se anota en su expediente clínico. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los procesos de atención se planifican con cuidado para obtener resultados óptimos. El proceso de planificación implica identificar y priorizar los tratamientos, los procedimientos y otro tipo de servicios para atender las necesidades del paciente. El paciente y su familia están implicados en el proceso de planificación. El plan se registra en el expediente clínico del paciente, que refleja la integración y coordinación de la atención. Cada profesional anota sus observaciones y tratamientos, al igual que las reuniones del equipo y sus conclusiones.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se planifica la atención para cada paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos
2. La atención planificada para cada paciente se registra en el expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos
3. Se lleva a cabo la atención planificada.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos
4. La atención facilitada a cada paciente se anota en el expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos

AAP. 2.2 El personal autorizado para realizar órdenes o prescripciones médicas las escribe en un lugar específico del expediente clínico (OBLIGATORIO)

Propósito

Las actividades de atención incluyen las órdenes médicas, por ejemplo, para realizar pruebas de laboratorio, para administrar medicamentos, cuidados de enfermería y terapia nutricional.

Los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y otros, los prescriben profesionales calificados.

Estas órdenes tienen que ser fácilmente accesibles para poder realizarlas de manera oportuna y puntual; su ubicación en un lugar específico del expediente clínico facilita el desarrollo de éstas y ayudan al personal a entender los detalles de las mismas, cuándo iniciarlas y el responsable de llevarlas a cabo.

Cada establecimiento instruye que:

- Todas las órdenes deben ir por escrito;
- Quién está autorizado a escribirlas, y
- Dónde ubicarlas en el expediente clínico del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las órdenes o prescripciones se registran.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos
2. Sólo puede hacerlas el personal autorizado.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos firma y sello del médico tratante
3. Las órdenes se hallan en un lugar específico en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos

AAP.2.3 Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente. (OBLIGATORIO)

Los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y otros realizados y sus resultados se anotan en el expediente clínico del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los resultados de los procedimientos realizados se introducen en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 expedientes clínicos

AAP.2.4 Los profesionales en salud autorizados tienen acceso a los registros de otros profesionales, de acuerdo con la normas de el establecimiento. (OBLIGATORIO)

Propósito

La coordinación e integración de la atención se mejoran cuando los proveedores de salud conocen las actividades, los resultados y las conclusiones de otros profesionales. Un método eficaz que facilita el intercambio de información es que los registros estén disponibles para los profesionales responsables de la atención del paciente. Esto se consigue utilizando un expediente clínico común, ubicando las anotaciones en un lugar de fácil acceso o facilitando un proceso de solicitud y recepción de notas de actualización. El método debe ajustarse a la normas del establecimiento que hace referencia al acceso a la información del paciente y debe respetar el carácter confidencial de dicha información.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los registros están disponibles para todos los profesionales responsables de la atención del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Revisar en 5 expedientes clínicos• Entrevista al personal médico (3 mínimo)

AAP.2.5 El plan de atención del paciente se revisa cuando los cambios en el estado del paciente lo requieran. (OBLIGATORIO)

Propósito

La atención de un paciente debe ir ligada a sus necesidades. Estas necesidades pueden variar como resultado de una información nueva a raíz de una reevaluación rutinaria (por ejemplo, resultados anormales de radiología o laboratorio) o por un cambio repentino en el estado del paciente. A medida que varían las necesidades, va variando el plan de atención del paciente. Estos cambios se registran en el expediente clínico como modificaciones al plan inicial o pueden derivar en un nuevo plan.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El plan de atención se va modificando según los cambios en las necesidades de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 expedientes clínicos

CONSULTA EXTERNA

AAP. 3 El establecimiento de Salud cuenta con un Servicio organizado de consulta externa de acuerdo a su nivel de complejidad (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento de Salud cuenta con servicio de consulta externa en las especialidades que corresponda al grado de complejidad del establecimiento, para brindar una atención médica de manera eficiente, eficaz, integral y oportuna a los pacientes. Asegura el acceso a una atención oportuna realizada con base a un proceso normado de atención, brindando la información necesaria referente a horarios, listado de especialidades, ubicación de consultorios, señalización

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un panel de información respecto a nombres de profesionales y especialidades, horarios de atención y asignación de consultorios.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Panel de información respecto a los profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios.
2. Existe un sistema de señalización visible y comprensible.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Sistema de señalización• Entrevista a 3 pacientes
3. Existe una sala de recepción, espera y baños con el mobiliario necesario	<ul style="list-style-type: none">• Verificar ambientes por muestreo

AAP.3.1 Sistema de obtención de la atención (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento organiza un sistema para la obtención de la atención, con base a las características del establecimiento y necesidades del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un sistema y proceso definidos para la obtención de atención médica	<ul style="list-style-type: none">• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Existe un ambiente adecuado para la espera de obtención de la atención	<ul style="list-style-type: none">• Verificar el ambiente

3. Existe personal responsable del sistema de obtención de atención	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos asignados a este servicio. Manual de funciones Memorando de designación
4. El tiempo de espera para la obtención de la atención se cumple de acuerdo a las normas del establecimiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Hora de inicio de actividades del personal responsable

AAP. 3.2 El servicio de consulta externa cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento de Salud cuenta con servicio de consulta externa en las especialidades que correspondan al grado de complejidad, que contemple infraestructura, equipamiento y recursos humanos en base a la norma vigente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe el servicio de consulta externa en las especialidades que correspondan al nivel de complejidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Panel de información respecto a las especialidades Observación directa de la existencia de atención
2. El consultorio externo debe contar con ambientes adecuados para proporcionar privacidad y tranquilidad al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambientes por muestreo de acuerdo a anexo
3. El consultorio externo cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo a la especialidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Existencia de inventario actualizado Comprobar existencia y funcionamiento aleatoriamente (10 items)
4. El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo a nivel de atención en la consulta externa	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Listado de personal del servicio en recursos humanos File de personal (2 por disciplina)
5. El servicio de consulta externa cuenta con normas de organización y funcionalidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de organización y funciones Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos Manual de cargos Rol de turnos de personal que garantice funcionamiento continuo Memorando de designación del responsable del servicio Instrumentos de registros de atención
6. La atención de pacientes de consulta externa está regulada por normas y protocolos	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> Normas y Protocolos de atención Actas del Comité de Auditoría

ODONTOLOGÍA

AAP.4 El establecimiento de Salud cuenta con Servicio de Odontología (OPCIONAL) OBLIGATORIO SI TIENE EL SERVICIO.

Propósito

El establecimiento de Salud cuenta con servicio de odontología que corresponda al grado de complejidad del establecimiento, para brindar una atención eficiente, eficaz, integral y oportuna a los pacientes. Asegura el acceso a una atención oportuna realizada con base a un proceso normado de atención, brindando la información necesaria referente a horarios, ubicación de consultorios, señalización.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un panel de información respecto a nombres de profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Panel de información respecto a los profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios.
2. Existe un sistema de señalización adecuado, visible y comprensible.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar sistema de señalización Entrevistar a 3 – 5 pacientes
3. Existe una sala de recepción, espera y baños con mobiliario necesario.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambientes por muestreo

AAP.4.1 Sistema de obtención de la atención (OPCIONAL), Obligatorio si cuenta con el servicio.

El establecimiento organiza un sistema para la obtención de la atención, con base a las características del establecimiento y necesidades del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un sistema y proceso definido para la atención ordenada de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Existe un ambiente adecuado de espera para la obtención de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el ambiente
3. Existe personal responsable para facilitar la atención ordenada de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar recursos humanos asignados a este servicio.

AAP.4.2 El servicio de odontología cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento. (OPCIONAL), Obligatorio si cuenta con el servicio.

Propósito

El establecimiento de Salud cuenta con servicio de odontología, que contemple infraestructura, equipamiento y recursos humanos en base a la norma vigente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El consultorio de odontología debe contar con ambientes adecuados para proporcionar privacidad y tranquilidad al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambientes por muestreo
2. El consultorio de odontología cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo al nivel y especialidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de inventario actualizado • Aleatoriamente existencia y funcionamiento (10 ítems)
3. El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo al nivel de atención	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Listado de personal del servicio en recursos humanos • File de personal
4. El servicio de consulta odontológica cuenta con normas de organización y funcionalidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos • Manual de cargos • Memorando de designación del responsable del servicio • Instrumentos de registros
5. La atención de pacientes de consulta odontológica está regulada por normas y protocolos	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Normas y Protocolos de atención • Actas de auditoria del expediente clínico

ENFERMERÍA

AAP.5 El establecimiento cuenta con personal de enfermería organizado en cumplimiento a normas vigentes (OBLIGATORIO)

Propósito

El servicio de enfermería es el encargado de las actividades relacionadas con la asistencia al paciente ambulatorio y hospitalizado. Coordina, prevé y organiza al personal y material con el fin de proporcionar las facilidades necesarias para la prestación de cuidados de enfermería a los pacientes.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con una Jefe de Enfermería (seleccionadas preferentemente por Concurso de Meritos).	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar documentos en file de RRHH
2. Existe un ambiente para la jefatura de Enfermería con mobiliario necesario	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambiente
3. Existe un rol de turno mensual y anual y rol de vacaciones del personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar rol de turnos y de vacaciones
4. El establecimiento cuenta con protocolos de enfermería, manuales de procedimientos y manual de funciones actualizados y están a disposición del personal de enfermería.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de protocolos de enfermería • Manual de funciones • Manual de procedimientos
5. Se supervisa la correcta aplicación de los protocolos, manuales de procedimientos y funciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informe de supervisión

6. El personal de enfermería realiza correcto manejo del expediente clínico de acuerdo a normas (notas de enfermería en forma clara, legible, colocada de sello y firma)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar 5 expedientes clínicos
7. El establecimiento cuenta con un área específica de enfermería, que reúne los requisitos para dar una atención garantizada y libre de riesgo tanto para el paciente como para el personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar área de enfermería
8. En caso necesario, el personal de enfermería cuenta con acceso a vestuario, baño, ducha para el personal de turno.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar acceso a vestuario, baño y ducha

AAP. 6 El servicio de hospitalización cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento de Salud cuenta con servicio de hospitalización en las especialidades que correspondan al grado de complejidad y que cumpla con las normas establecidas.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe el servicio de hospitalización en las especialidades que correspondan al nivel de complejidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Panel de información respecto a las especialidades
2. El servicio de hospitalización debe contar con ambientes para proporcionar la atención correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambientes por muestreo
3. El servicio de hospitalización cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo al grado de complejidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de inventario actualizado • Comprobar existencia aleatoriamente (10 ítems)
4. El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo a nivel de atención en el servicio de hospitalización	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Listado de personal del servicio en recursos humanos • File de personal (2 por disciplina)
5. El servicio de hospitalización cuenta con normas de organización y funcionalidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos • Manual de cargos • Rol de turnos de personal que garantice funcionamiento continuo • Memorando de designación del responsable del servicio • Instrumentos de registros de atención
6. La atención de pacientes hospitalizados está regulada por normas y protocolos	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Normas y Protocolos de atención • Actas del Comité de Auditoría Médica

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO (TERAPIA INTERMEDIA O INTENSIVA, EMERGENCIAS, URGENCIAS MÉDICAS)

NO APLICA: AAP.7, AAP.7.1, AAP.7.2, AAP.7.3, AAP.7.4, AAP.7.5, AAP.7.6, AAP.7.7, AAP.7.8

ANESTESIA

NO APLICA: AAP.8, AAP.9, AAP.9.1, AAP.9.2, AAP.9.3, AAP.10

CIRUGÍA

NO APLICA: AAP.11, AAP.11.1, AAP.11.2, AAP.11.3

ESTERILIZACIÓN

AAP.11.4 El Establecimiento cuenta con el servicio de esterilización. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento de salud planifica y organiza el servicio para la limpieza, preparación, desinfección de alto nivel, esterilización, almacenamiento, distribución y control de material médico quirúrgico a los diferentes servicios (instrumental, ropa hospitalaria e insumos)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El Establecimiento de salud tiene un ambiente exclusivo con áreas diferenciadas (lavado, empaque, esterilización y almacenamiento) destinado al servicio de esterilización,	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambientes

contiguo a quirófano, con circulación restringida.	
2. El servicio tiene un responsable y personal de apoyo.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> Responsable del servicio Servicio de 24 horas (rol de turnos)
3. Cuenta con normas y procedimientos establecidos	Verificar <ul style="list-style-type: none"> Manuales de Organización y funciones, Manual de Procesos, operaciones y procedimientos Flujograma de procedimientos visible
4. Cuenta con sistemas de esterilización	Verificar sistemas de esterilización in situ: <ul style="list-style-type: none"> Calor seco, Calor húmedo, Óxido de etileno con autoclave Desinfección de alto nivel cumpliendo de recomendaciones del fabricante
5. Se realiza control de calidad periódico del procedimiento de esterilización	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de control de calidad químico y biológico
6. Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de mantenimiento preventivo de los equipos
7. El personal cumple con las normas de bioseguridad.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar actas del Comité de bioseguridad
8. Los empaques deben tener fecha del día de esterilización y fecha de vencimiento no mayor a 7 días.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar fechas en 5 empaques
9. Cuenta con lista de desinfectantes a ser utilizados y especificaciones de uso	<ul style="list-style-type: none"> Verificar listado actualizado y especificaciones de uso del fabricante

GESTION DE MEDICAMENTOS – FARMACIA

AAP.12 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuados se encargan de la farmacia, de acuerdo al nivel de atención en base a la normativa vigente (OBLIGATORIO).

Propósito

El establecimiento de salud identifica al responsable del servicio y al personal profesional de farmacia. Además, existe el suficiente personal para garantizar el funcionamiento de farmacia de acuerdo al nivel de complejidad.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. 1. El establecimiento de salud cuenta con un responsable del servicio de farmacia, preferentemente por concurso de méritos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Estructura organizacional (organigrama), Manual de Organización y Funciones Designación del responsable de farmacia
2. 3. La farmacia cuenta con personal auxiliar capacitado	<ul style="list-style-type: none"> Verificar capacitación específica en los files personales
3. 4. Existe un número adecuado de profesionales para atender la demanda del servicio de acuerdo a normas	<ul style="list-style-type: none"> Rol de turnos

AAP.13 La gestión de medicamentos en el establecimiento se regula de manera eficiente para atender las necesidades del paciente ajustándose a la ley y las normas vigentes. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los medicamentos se usan frecuentemente para tratar enfermedades y paliar los síntomas de éstas. Como recurso importante en la atención, la gestión de medicamentos debe organizarse de manera efectiva y eficiente en todo el establecimiento, aplicando las leyes y normas vigentes.

La responsabilidad de la gestión de los medicamentos no recae únicamente en el servicio farmacéutico sino también en los directivos y profesionales de salud. La manera de compartir responsabilidades depende del personal y de la estructura del establecimiento.

La farmacia central debe organizar y controlar los medicamentos de todo el establecimiento.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se regula la gestión de medicamentos en el establecimiento para atender las necesidades de medicación del paciente.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Existencia de una lista de medicamentos concordante con la

	Lista Nacional de Medicamentos Esenciales LINAME
2. La farmacia y la gestión de medicamentos cumplen las leyes y normas vigentes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Existencia Reglamento de gestión de medicamentos en base a la Ley del Medicamento, Manual de Farmacia Institucional Municipal, y sistema Nacional Único de Suministros

Propósito de AAP.13.1 hasta AAP.13.1.4

Los establecimientos deben realizar una selección de medicamentos disponibles para que los puedan prescribir los profesionales de salud. Esta decisión se basa en la normativa vigente, la misión del establecimiento, las necesidades de los pacientes y los tipos de servicios que se prestan.

El establecimiento cuenta con un registro de medicamentos en stock y de aquellos que pueden obtenerse de fuentes externas. La ley y las normas determinan la lista nacional de medicamentos. La selección se basa en un proceso participativo que tiene en cuenta tanto la necesidad y la seguridad del paciente como los aspectos económicos. El establecimiento dispone del Comité de farmacia y terapéutica que mantiene y controla la lista de medicamentos y realiza un seguimiento de la utilización de medicamentos en el establecimiento.

En algunas ocasiones, se necesitan medicamentos que no se encuentran en el establecimiento o a los que éste no tiene acceso. También se pueden necesitar medicamentos durante la noche o cuando la farmacia o el suministro de medicamentos están cerrados. Los establecimientos deben planificar estas contingencias y formar al personal sobre la manera de actuar en estos casos.

En casos de urgencias, el acceso rápido a la medicación es vital, cada establecimiento planifica la localización de los medicamentos de urgencias. Los botiquines de urgencias y carros de paro pueden utilizarse para este propósito. Para garantizar el acceso a los medicamentos de urgencias, el establecimiento establece un procedimiento que evita el abuso, robo o extravío de medicamentos y asegura la reposición de los mismos una vez utilizados o cuando sufren daños o caducan.

AAP.13.1 Se dispone de una selección adecuada de medicamentos para su prescripción o puede accederse a ella. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La lista de medicamentos se ajusta a los Protocolos de atención, a las necesidades del paciente y a los servicios que se prestan.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Lista de medicamentos en función de Protocolos de atención, servicios ofertados y prevalencia de enfermedades concordante con la LINAME
2. Existe registro de medicamentos en stock y de los que puede accederse rápidamente a través de fuentes externas.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> Registro de medicamentos en stock y su existencia física por muestreo Listado de proveedores inmediatos de medicamentos que no están en stock
3. Se utiliza un proceso participativo para elaborar la lista de medicamentos esenciales	<ul style="list-style-type: none"> Verificar actas de Comité de Farmacia y Terapéutica

AAP.13.1.1 Existe un método de supervisión del uso de la medicación y de la guía farmacoterapéutica del establecimiento. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un método para supervisar el uso de medicamentos en el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar actas del Comité de farmacia y terapéutica Protocolos de atención Resultados de Auditorías de recetas
2. Se protegen los medicamentos contra pérdida o robo.	<ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Manual de Organización y Funciones Verificar mecanismos de seguridad de farmacia
3. El control de calidad incluye la intervención rápida en caso de detectarse deficiencias.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de acciones correctivas

AAP.13.1.2 El establecimiento puede obtener medicamentos que no estén en stock o de los que no disponga habitualmente. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un procedimiento para obtener los medicamentos necesarios que no estén en stock o que habitualmente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el manual de procesos

proviengan de fuentes externas.	
2. El personal conoce el procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal de farmacia

AAP.13.1.3 Existe un procedimiento de obtención de medicamentos cuando la farmacia o el servicio farmacéutico están cerrados. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un procedimiento de obtención de medicamentos cuando la farmacia está cerrada.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, operaciones, procedimientos
2. El personal conoce el procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal de farmacia

AAP.13.1.4 Existen medicamentos de urgencias disponibles que se controlan y se conservan seguros cuando están fuera de la farmacia. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El Establecimiento dispone de medicamentos de urgencias en un plazo de tiempo adecuado para atender las necesidades de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar stock de medicamentos en el servicio de urgencias Entrevista al personal de farmacia
2. Los medicamentos de urgencias están protegidos contra pérdida y robo.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el área
3. Los medicamentos de urgencias se monitorizan y sustituyen en el momento adecuado después de su utilización, caducidad o deterioro.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar reposición de medicamentos en emergencias (kardex)

AAP.13.2 La prescripción y dispensación de medicamentos está definida por normas y procedimientos. (OBLIGATORIO)

Propósito

La prescripción y dispensación segura de medicamentos está definida por las normas y los procedimientos del establecimiento. El personal médico, de enfermería, farmacia y administrativo colabora en el desarrollo y control de las normas y los procedimientos. El establecimiento define procedimientos para documentar la prescripción y su dispensación de medicamentos, determinando las situaciones excepcionales de prescripciones verbales de medicamentos si ellos lo consideran factible. Se capacita al personal pertinente en la prescripción y administración correcta de medicamentos.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existen normas y procedimientos que definen la prescripción y dispensación segura de medicamentos dentro del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, operaciones y procedimientos
2. Se definen el procedimiento de registro de la prescripción y dispensación	Verificar <ul style="list-style-type: none"> Manual de Procesos operaciones y procedimientos Documento de prescripción (receta) y dispensación
3. Se limita el procedimiento del uso excepcional de prescripciones verbales de medicamentos y su posterior registro a casos de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de procesos operaciones y procedimientos
4. El personal pertinente recibe formación en las prácticas correctas de prescripción y dispensación de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Plan de capacitación continua Entrevista a al personal (3)

AAP.13.2.1 El establecimiento identifica a los profesionales calificados y autorizados para la prescripción de medicamentos. (OBLIGATORIO)

Propósito

La selección de medicamentos para tratar a un paciente requiere experiencia y conocimientos específicos. Cada establecimiento es responsable de identificar a los profesionales con la experiencia y conocimientos necesarios, con la calificación o el certificado necesario, y autorizados por la legislación. La prescripción debe cumplir con la normativa vigente.

El establecimiento puede establecer límites para la prescripción, como por ejemplo en el caso de sustancias controladas o radiactivas, fármacos de investigación y otros, concordante con la normativa vigente.

Las personas autorizadas para prescribir medicamentos son conocidas por el servicio de farmacia y por otros que puedan suministrar medicamentos. En situaciones de urgencia, el establecimiento identifica a otros profesionales que puedan prescribir o recetar medicamentos.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Sólo los médicos y odontólogos autorizados por el establecimiento, pueden prescribir o recetar medicamentos según las normas y procedimientos vigentes.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> Firma y sello del médico en las recetas.

2. La prescripción debe cumplir con la normativa vigente	Verificar en 3 recetas elegidas aleatoriamente: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente • Nombre genérico del medicamento • Forma farmacéutica • Concentración • Código del medicamento cuando corresponda • Cantidad • Fecha • Firma, sello con matrícula profesional del médico y especialidad cuando corresponda Indicaciones de uso: <ul style="list-style-type: none"> • Dosis • Frecuencia y Horario • Vía de administración • Duración del tratamiento Resultados de Auditorías de recetas
3. Existe un procedimiento que establece los límites de prescripción en caso de sustancias controladas, radioactivas, de investigación y otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Manual de Procesos, operaciones y procedimientos • Auditoría de recetas
4. El personal autorizado para prescribir y recetar medicamentos es conocido por el servicio de farmacia y por otros que suministran medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en farmacia listado de personal autorizado para prescripción de medicamentos • Entrevista al personal de farmacia

NO APLICA: AAP.13.2.2 , AAP.13.2.3, AAP.13.2.4

AAP.13.3 Los medicamentos se almacenan y se dispensan en un entorno seguro y limpio. (OBLIGATORIO)

Propósito

El personal de farmacia almacena y dispensa medicamentos en un entorno seguro y limpio de acuerdo a ley y las normas vigentes. En particular, los medicamentos se etiquetan de manera clara, se almacenan adecuadamente y se protegen del calor y de la luz en caso necesario. Los medicamentos que se almacenan y se dispensan desde fuera de las áreas de farmacia, por ejemplo en unidades de atención al paciente, cumplen las mismas medidas de seguridad.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los medicamentos se almacenan de acuerdo a normas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Observación in situ
2. Los medicamentos se dispensan en áreas limpias y seguras.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Observación in situ

NO APLICA: AAP.13.3.1 , AAP.13.3.2

AAP.13.3.3 El establecimiento cuenta con un sistema de disposición y baja de medicamentos e insumos médicos. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento aplica los procedimientos y criterios técnicos definidos en el Reglamento de disposición y baja de medicamentos e insumos médicos para identificar, retirar, devolver o destruir medicamentos que así lo determinen el proveedor o autoridad competente. Existen los procedimientos correspondientes que regulan la disposición de medicamentos próximos a vencerse, para la baja o destrucción de medicamentos vencidos, descompuestos o deteriorados.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se aplica el Reglamento de disposición y baja de medicamentos e insumos aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0478	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la previsión de las disposiciones contempladas en el POA (permuta o enajenación)
2. Se aplican normas y procedimientos que regulan el uso de medicamentos a punto de caducar.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informe técnico de productos a disponer (próximos a vencer u obsoletos)
3. Se aplican normas y procedimientos que regulan la destrucción de medicamentos vencidos, descompuestos, alterados, o deteriorados.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Informe técnico de productos vencidos, descompuestos, alterados o deteriorados. • Informe de instrucción de baja

	aprobada <ul style="list-style-type: none"> • Aprobación de la resolución • Acta de destrucción y verificación
4. Se implementan las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar lista de productos a disponerse en formato establecido según reglamento.

AAP.13.3.4 Se emplea un sistema de administración de medicamentos en las dosis correctas, al paciente adecuado y en el momento adecuado. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento suministra medicamentos de la mejor forma posible para minimizar las posibilidades de error durante su dispensación y su administración. La farmacia central y otros puntos de distribución de medicamentos del establecimiento utilizan el mismo sistema. Ello permite el suministro adecuado de medicamentos de manera puntual y oportuna.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un sistema uniforme del suministro y distribución de medicamentos en el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de Procesos de suministros y distribución de fármacos
2. El sistema permite el suministro preciso, puntual y oportuno a la farmacia y unidades o servicios autorizados para contar con un stock de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de Procesos de suministros y distribución de fármacos. • Cumplimiento de tiempos y cantidades entre el pedido y dotación de medicamentos a farmacia y unidades autorizadas • Stock de medicamentos en servicios autorizados
3. Los medicamentos se suministran y distribuyen de tal forma que minimizan la manipulación.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procesos de suministros y distribución de fármacos.

AAP.13.4 Se identifica a los pacientes antes de administrar la medicación y se administra la dosis correcta de medicamentos en el momento indicado. (OBLIGATORIO)

Propósito

La administración segura de medicamentos incluye verificar:

- La identidad del paciente.
- El medicamento que se prescribe o receta;
- El tiempo y la frecuencia de la administración que se prescribe o receta;
- La dosis indicada;
- La vía de administración.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se identifica a los pacientes antes de administrar el medicamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar 3 procesos de administración de medicamentos en sitio (enfermería)
2. Se verifican si los medicamentos a administrarse correspondan a la prescripción	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería
3. La cantidad de las dosis se verifica con la prescripción	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería
4. Las vías de administración se verifican con la prescripción	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería
5. Los medicamentos se administran en la hora indicada	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería

AAP.13.5 La medicación prescrita y administrada se registra en el Expediente Clínico del paciente. (OBLIGATORIO)

Propósito

Se registran los medicamentos prescritos en el Expediente Clínico de cada paciente que recibe medicación, especificando la dosificación y el momento en que fueron administrados. Se incluyen los medicamentos que se administran «según necesidad». Esta información se recoge en la hoja de administración de medicamentos del expediente clínico.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se registran los medicamentos prescritos para cada paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar indicaciones médicas diarias en 5 expedientes clínicos
2. La administración de medicamentos se registra por cada dosis.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en hoja de administración de medicamentos en 5 expedientes clínicos

AAP.13.5.1 Se registran en el Expediente Clínico del paciente las reacciones adversas. (OBLIGATORIO)

Propósito

La supervisión de los efectos de la medicación incluye la observación y la documentación de reacciones adversas. El personal de salud identifica y registra todas las reacciones adversas e identifica aquellas sobre las que hay que informar de manera inmediata al médico tratante, el establecimiento determina un mecanismo para este procedimiento.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento determina un mecanismo para la identificación, registro y notificación de reacciones adversas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Se registra y comunica los efectos adversos de los medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en expediente clínico • Verificar la tarjeta de notificación de reacciones adversas.

**AAP.13.5.2 (NO APLICA)
MEDICINA TRANSFUSIONAL
AAP.14 (NO APLICA)**

ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL

AAP.15 El establecimiento dispone de alimentos adecuados para la atención al paciente, a través de un servicio propio de Nutrición y dietética o compra de servicios a terceros. A todos los pacientes se les prescribe una dieta u otros nutrientes en función de su estado o necesidades nutritivas, incluyendo prescripciones para dieta absoluta, dieta normal, dietas especiales o nutrición enteral o parenteral. (OPCIONAL)

Propósito

La alimentación y nutrición adecuadas son muy importantes para el bienestar y la recuperación de los pacientes. La alimentación se ajusta a la edad, cultura y a la atención planificada. El paciente recibe información sobre los alimentos que va a recibir y puede participar en la selección de los mismos de acuerdo a sus prácticas y tradiciones culturales y religiosas; su familia puede participar en el abastecimiento de alimentos bajo la coordinación y supervisión del médico tratante y la responsable del servicio.

En función de las necesidades evaluadas y del plan de atención al paciente, el médico u otro profesional de salud calificado prescribe alimentos y otros nutrientes adecuados para el paciente.

Si la familia o alguien del entorno del paciente suministra alimentos, se les informa del tipo de alimentos que están contraindicados según las necesidades y planes de atención del paciente, incluyendo la información sobre medicamentos que no pueden mezclarse con ciertos alimentos. Siempre que sea posible, se ofrece al paciente la posibilidad de elección de una amplia variedad de alimentos que sea compatible con su estado nutritivo.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con personal profesional en nutrición y dietética y personal de apoyo	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> • File de responsable del servicio y personal de apoyo: formación y cumplimientos de normas sanitarias (carnet sanitario, vacunas y exámenes clínico-laboratoriales periódicos y actualizados)
2. En caso de compra de servicios el personal cumple con la norma establecida	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> • Files de responsable del servicio y personal de apoyo terciarizado: exámenes y cumplimientos de normas sanitarias (carnet sanitario, vacunas y exámenes clínico-laboratoriales periódicos y actualizados)
3. El servicio se encuentra organizado y normado	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Reglamento de higiene y bioseguridad
4. Se dispone de dietas establecidas adecuadas el estado del paciente (nutricional y enfermedad).	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de dietas en el servicio de Nutrición o en el

	proveedor del servicio
5. Todos los pacientes cuentan con una prescripción dietética.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar órdenes médicas en 5 expedientes clínicos
6. La prescripción se basa en las necesidades y el estado nutricional del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en expediente clínico prescripción del médico y valoración por la nutricionista
7. Los pacientes cuentan con una variada oferta de alimentos que se ajusta a las necesidades de su atención y a su estado.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en unidad de nutrición y dietética
8. Si las familias facilitan comida, reciben información acerca de las restricciones en la dieta del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente y su familia

AAP.15.1 La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos se realizan de manera segura de acuerdo a normas vigentes. (OPCIONAL)

Propósito

La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos se supervisan para garantizar la calidad del servicio y el cumplimiento de normas vigentes. La preparación de alimentos y las prácticas de almacenaje reducen el riesgo de contaminación y deterioro de éstos. Los alimentos se distribuyen en horas determinadas. Los productos alimenticios y de nutrición se abastecen oportunamente para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los alimentos se preparan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro de éstos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de preparación de alimentos • Cumplimiento de normas de bioseguridad y manejo de residuos
2. Los alimentos se almacenan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro de éstos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar proceso de almacenamiento de alimentos
3. La distribución de alimentos se realiza oportuna y puntualmente, atendiendo a las necesidades específicas del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar proceso de distribución de alimentos y horarios
4. Las prácticas de manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos cumplen las normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos

AAP.16 (NO APLICA)

AAP.17 Fomento a la lactancia materna (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento promueve, protege y apoya la lactancia natural, garantizando la infraestructura, personal capacitado y material educativo de acuerdo a la Ley y norma vigente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento aplica la de Fomento a la Lactancia Materna	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • La existencia de la Ley correspondiente en el servicio materno-infantil del establecimiento. • Entrevista al personal involucrado • Existencia de material educativo sobre lactancia materna
2. El establecimiento cuenta con normas de la Iniciativa de Hospitales Amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que las normas están visibles, disponibles y escritas en el idioma más utilizado por el personal y pacientes.
3. El establecimiento cuenta con un Comité de Lactancia Materna	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Memorandums de designación de los miembros • Plan de acción del Comité, de la gestión • Actas de reuniones del Comité de Lactancia Materna
4. El establecimiento ha implementado los 11 pasos para una lactancia exitosa	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Informes del Comité • Seguimiento a recomendaciones
5. El control de calidad incluye la documentación de los resultados y acciones correctivas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar documentación respaldatoria

AAP. 18. RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA (NO APLICA)

AAP 19. MEDICINA NUCLEAR (NO APLICA)

AAP. 20. ANATOMIA PATOLÓGICA (NO APLICA)

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)

DPF.1 El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención. (OBLIGATORIO)

Propósito:

Las autoridades del establecimiento son responsables del trato a sus pacientes, necesitan conocer y entender los derechos del paciente y su familia así como las responsabilidades de su organización identificadas en normas. Las autoridades garantizan que todo el personal asuma la responsabilidad de proteger estos derechos.

La declaración de los derechos se adecua a la edad, al nivel de comprensión y al lenguaje del paciente. Cuando la comunicación por escrito no es eficaz ó adecuada, se informa al paciente y a la familia de sus derechos de forma comprensible.

Los derechos del paciente y de su familia son un elemento fundamental en todos los contactos entre el establecimiento, el personal, los pacientes y la familia. De este modo, se elaboran e implementan normas y procedimientos en un proceso participativo que, en caso necesario, incluye a los pacientes y sus familias.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades del establecimiento elaboran participativamente estrategias para proteger y avanzar en los derechos del paciente y de su familia.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Reglamento sobre derechos de los pacientes y familiares
2. Las autoridades implementan las estrategias para proteger y avanzar en los derechos del paciente y de su familia.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Acta de conformación, memorandums, cronograma y Reglamento del Comité Gestión de Calidad y Auditoría Médica• Actas de reuniones del Comité con constancia de actividades referidas a los derechos del paciente
3. El personal puede explicar sus responsabilidades sobre la protección de los derechos del paciente, conoce las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar cartilla de derechos en el lugar de trabajo• Entrevista al personal de salud (3 funcionarios) sobre conocimiento de la declaración de derechos del paciente establecidos en la Ley 3131 y estrategias implementadas en el establecimiento
4. Los pacientes han recibido información sobre sus derechos y deberes	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista a 3 pacientes recientemente ingresados referente al conocimiento de la declaración de derechos y deberes del paciente establecidos en la Ley 3131
5. El establecimiento dispone de un proceso de información a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación por escrito no sea eficaz o adecuada.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Existencia de unidad de informaciones• Información verbal preferentemente en el idioma del paciente

DPF 1.1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familias sobre la atención y los servicios ofrecidos, así como la forma de acceder a los mismos. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los pacientes y las familias necesitan información completa sobre la atención y los servicios ofrecidos por el establecimiento, así como la manera de acceder a ellos. Facilitar esta información es básico para establecer una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, las familias y el establecimiento. Esta información ayuda a combinar las expectativas del paciente con la capacidad del establecimiento para satisfacerlas. Cuando la atención necesaria excede la capacidad resolutive, se facilita información sobre fuentes de atención y servicios alternativos

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se facilita información a los pacientes y sus familiares sobre el acceso y los servicios que se ofrecen en el establecimiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Panel informativo gráfico• Información verbal preferentemente en el idioma del paciente
2. Cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios necesarios de acuerdo a su capacidad resolutive, se informa sobre las fuentes y servicios alternativos de atención	<ul style="list-style-type: none">• Listas de establecimientos de referencia (Isocronas, dirección, teléfono)

DPF.1.2 La atención es considerada y respetuosa con los valores y creencias de los pacientes. (OBLIGATORIO)

Propósito

Cada paciente aporta sus propios valores y creencias al proceso de atención. Algunos valores y creencias son compartidos por todos los pacientes y suelen tener un origen cultural y religioso.

Otros valores y creencias son específicos de un paciente en concreto. Se anima a los pacientes a expresar sus creencias respetando las de los demás.

Algunos valores y creencias muy arraigados pueden condicionar el proceso de atención y la propia respuesta del paciente a la misma. De este modo, los profesionales de salud prestan los servicios en el contexto intercultural, valores y creencias del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un procedimiento para identificar y respetar los valores y creencias del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar listado de practicas culturales y creencias de la comunidad
2. Existe procedimiento de adecuación y respeto a las practicas, valores y creencias identificadas (OPCIONAL)	<ul style="list-style-type: none">• Verificar listado de adecuación y respeto de practicas, valores y creencias (infraestructura y equipamiento) (OPCIONAL)
3. El personal de salud respeta los valores y creencias del paciente que contribuyen a estilo de vida saludables.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Programas y plan de capacitación para desarrollar el respeto de valores y creencias• Listado de participantes

DPF.1.3 La atención es respetuosa con la necesidad de intimidad del paciente. (OBLIGATORIO)

Propósito

La intimidad del paciente, en especial durante procedimientos clínicos y exploraciones, es muy importante. Los pacientes pueden requerir intimidad respecto al resto del personal, otros pacientes e incluso familiares. El personal debe conocer las necesidades de intimidad del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe normas sobre el derecho de privacidad en la atención de los pacientes	<ul style="list-style-type: none">• Verificar Reglamento de Derechos de los pacientes y familiares• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. La necesidad de privacidad en la atención al paciente es adecuada en la prestación de servicios	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• La disposición física de los consultorios, salas de hospitalización y exámenes complementarios• Entrevista a 3 pacientes para verificar respeto de su intimidad en la atención• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos

NO APLICA: DPF.1.4, DPF.1.5

DPF.1.6 Los niños, discapacitados y ancianos reciben la protección adecuada. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento identifica a grupos de pacientes vulnerables y establece procedimientos para proteger sus derechos. La responsabilidad del establecimiento sobre los pacientes más vulnerables es regulada a través del reglamento o las normas del establecimiento. De esta manera, los miembros del personal conocen sus responsabilidades en estos procedimientos. Principalmente, se protege a los niños, discapacitados y ancianos. También se incluye a los pacientes en coma y a las personas con trastornos mentales o emocionales. Esta protección engloba desde la agresión física hasta otras áreas de seguridad como la protección del abuso, la atención negligente, la retirada del tratamiento de mantenimiento vital o la atención en caso de incendio.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables	<ul style="list-style-type: none">• Verificar si existe el registro de identificación de estos grupos vulnerable
2. El establecimiento toma medidas de protección de los niños, los discapacitados, los ancianos y otros grupos considerados vulnerables por ésta.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Reglamento de Seguridad• Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes.• In situ

	<ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos
3. Los miembros del personal conocen su responsabilidad en estos procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal (3 funcionarios) para verificar conocimiento de reglamentos de Seguridad y de Derechos y deberes de los pacientes

DPF.1.7 La información sobre el paciente tiene carácter confidencial y está protegida ante pérdida o uso indebido. (OBLIGATORIO)

Propósito

La información médica u otra información documentada en el expediente clínico o de otra manera es muy importante para entender al paciente y sus necesidades de atención. El establecimiento respeta esta información confidencial y ha introducido normas y procedimientos que protegen esa información de la pérdida o el uso indebido. El personal respeta la confidencialidad evitando poner información del paciente al alcance de las visitas (en la puerta de su habitación o en la sala de enfermería) o hablar en público sobre temas referentes al mismo.

La pérdida de la información puede producirse por averías electrónicas, incendio, inundación o robo. El uso inadecuado de información sobre el paciente puede derivar en la pérdida de su dignidad o de su empleo, o deteriorar las relaciones con su familia. Este uso indebido puede provenir del personal, de los familiares o de otras personas sin acceso autorizado a la información.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Para evitar el uso indebido y la pérdida de la información sobre el paciente se elaboran normas y procedimientos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Manejo y uso de expediente clínico Reglamento de derechos de los pacientes y su familia. Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. El establecimiento respeta la información sobre la salud del paciente y la considera confidencial.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal (3 funcionarios) respecto a los Reglamentos de Manejo y uso de expediente clínico Reglamento de derechos y deberes de los pacientes

DPF.2 El establecimiento apoya los derechos del paciente y de su familia a participar en el proceso asistencial. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los pacientes y las familias participan en el proceso de atención adoptando decisiones, preguntando e incluso rechazando la atención. El establecimiento apoya y promueve la participación del paciente y de la familia en todos los aspectos de la atención desarrollando e implementando normas y procedimientos.

Se educa al personal acerca de las normas y procedimientos, y sobre su función de apoyo a los derechos del paciente y de su familia de participar en el proceso asistencial.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se elaboran normas y procedimientos que apoyan y promueven la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Reglamento de derechos y deberes del paciente
2. Se educa al personal acerca de las normas y procedimientos, y su papel de apoyo a la participación en los procesos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar si existe plan de capacitación Verificar si el personal ha sido capacitado en los dos últimos años (control de asistencia- fecha). Entrevista a 3 funcionarios

DPF.2.1 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre el estado clínico y terapéutico de aquellos y la relación en la participación sobre las decisiones a tomar en la atención en la medida en que estén dispuestos a participar. (OBLIGATORIO)

Propósito

Para que los pacientes y las familias puedan participar en las decisiones de la atención, necesitan información básica sobre su estado clínico, sobre el tratamiento y atención propuesta.

Los pacientes y las familias reciben información relacionada a:

- El responsable de la institución en cuanto a la atención del paciente
- El tipo de decisiones a adoptar en cuanto a la atención y la manera de participar en las decisiones.
- El proceso de obtención de consentimiento informado
- Los procesos de atención, exámenes de diagnóstico, prácticas y tratamientos que lo requieren.

Algunos pacientes, no desean participar personalmente en las decisiones sobre su atención de salud, se les da la oportunidad y tienen la opción de tomar parte en ellas a través de un familiar, amigo u otra persona designada para decidir.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los pacientes, su familia o la persona responsable saben cómo y cuándo se les informará acerca del estado clínico y del tratamiento propuesto.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de Procesos, operaciones y procedimientos Reglamento de derechos y deberes de pacientes Entrevista a 3 pacientes
2. Los pacientes, su familia o la persona responsable conocen el proceso utilizado para obtener consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Reglamento de derechos y deberes del paciente (acápites de consentimiento informado). Entrevista a 3 pacientes
3. Los pacientes, su familia o la persona responsable participan en las decisiones de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a 3 pacientes

DPF.2.2 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre sus derechos y responsabilidades relacionadas con el rechazo o interrupción del tratamiento. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los pacientes, o quien tome decisiones en su nombre, pueden decidir no proseguir con la atención o el tratamiento planificados o continuar la atención y tratamiento después de haberse iniciado.

El establecimiento informa a los pacientes y a sus familias de su derecho a tomar estas decisiones, de los posibles resultados y de la responsabilidad ante éstas. Los pacientes y las familias reciben información sobre cualquier cuidado o tratamiento alternativo.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento informa a los pacientes su familia o la persona responsable de su derecho a rechazar o interrumpir un tratamiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente Entrevista a 3 pacientes Constancia en expediente clínico (nombre, firma, C.I. del paciente, familiar o persona responsable)
2. El establecimiento informa a los pacientes su familia o la persona responsable de las consecuencias de sus decisiones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente Entrevista a 3 pacientes Constancia en expediente clínico
3. El establecimiento informa a los pacientes su familia o la persona responsable de las responsabilidades relativas a estas decisiones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente Entrevista a 3 pacientes Constancia en expediente clínico

NO APLICA: DPF.2.3, DPF.2.4, DPF.3, DPF.4

DPF. 5 El establecimiento informa a los pacientes y a las familias del proceso de recepción y tramitación de denuncias, conflictos y diferencias de opinión respecto a la atención al paciente y del derecho del paciente a participar en estos procesos. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los pacientes tienen el derecho de emitir reclamos sobre su atención, de que se revisen estas denuncias y que se resuelvan. Además, las decisiones de atención plantean a menudo cuestionamientos, conflictos u otros dilemas para el establecimiento, el paciente, la familia u otros que toman decisiones por él. Estos dilemas pueden originarse en el proceso de la atención (ingreso, tratamiento ó alta). Pueden resultar especialmente difíciles de resolver si implican, por ejemplo renunciar a servicios de resucitación o de mantenimiento vital.

El establecimiento ha definido procesos concordantes con la norma vigente para solucionar estos dilemas y quejas, las personas que deben implicarse en los procesos y la manera de participar del paciente y de su familia.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los pacientes conocen su derecho a realizar reclamos y del procedimiento a seguir	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Registro de reclamos Cartilla de derechos y deberes del paciente Reglamento de derechos y deberes del paciente

	<ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Los reclamos se revisan según el mecanismo establecido por las normas vigentes	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia de un Comité de gestión de calidad y auditoría médica Acta de conformación, memorandums, cronograma y Reglamento del Comité Gestión de Calidad y Auditoría Médica Actas de reuniones del Comité con constancia de actividades referidas a análisis y resolución de quejas y reclamos
3. Los dilemas que se originan durante el proceso de atención se revisan de acuerdo a Reglamento del Comité de gestión de calidad y auditoría médica.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar si se emiten y se implementan acciones correctivas.
4. El personal debe estar capacitado para orientar al paciente donde presentar y canalizar su queja o reclamo por escrito	<ul style="list-style-type: none"> Verificar capacitación del personal

DPF. 6 El consentimiento informado del paciente, se obtiene mediante un procedimiento definido por el establecimiento y conducido por personal capacitado. (OBLIGATORIO)

Propósito

Una de las vías principales que se utilizan para la participación del paciente en la atención es mediante la entrega de un consentimiento informado. Para consentir, el paciente debe conocer sobre el plan de atención necesario para adoptar una decisión informada. El consentimiento informado puede obtenerse en distintos momentos de la atención. Por ejemplo, cuando el paciente ingresa en el establecimiento y antes de ciertos tratamientos ó procedimientos que entrañan riesgo. El proceso de consentimiento está definido procedimientos del establecimiento en base a la norma vigente.

Se informa a los pacientes y a sus familias sobre los test, procedimientos y tratamientos que requieren consentimiento y de cómo pueden darlo (por ejemplo, verbalmente, firmando un formulario de consentimiento o mediante otras formas). Los pacientes y sus familias saben quién está capacitado para dar consentimiento, además del paciente. Los médicos del establecimiento son capacitados para informar a los pacientes, obtener y documentar un consentimiento del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado, que se describe en las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia de normas y procedimientos para el proceso de consentimiento informado Verificar existencia del formulario de consentimiento informado en el expediente clínico
2. Los médicos recibe formación para implementar las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Programa de capacitación y constancia de participación
3. Los pacientes firman el consentimiento informado en concordancia con las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos

DPF. 6.1 Los pacientes y sus familias reciben la información pertinente sobre la enfermedad, el tratamiento propuesto y los profesionales para poder tomar decisiones de atención a través del consentimiento informado. (OBLIGATORIO)

Propósito

El médico tratante explica de manera clara al paciente, y en caso necesario a su familia, cualquier práctica o tratamiento propuestos. La información facilitada incluye:

- El estado clínico del paciente
- El tratamiento propuesto
- Potenciales beneficios e inconvenientes
- Posibles alternativas
- Probabilidades de éxito
- Problemas posibles derivados de la recuperación
- Consecuencias posibles del no tratamiento

El médico tratante también informa al paciente sobre otros profesionales que intervendrán en su proceso de atención.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se informa a los pacientes de su estado clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en formulario de consentimiento informado
2. Se informa a los pacientes sobre la propuesta de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en formulario de consentimiento informado
3. Se informa a los pacientes sobre beneficios potenciales e inconvenientes del tratamiento propuesto.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en formulario de consentimiento informado

4. Se informa a los pacientes de posibles alternativas al tratamiento propuesto.	• Verificar en formulario de consentimiento informado
5. Se informa a los pacientes de las probabilidades de éxito del tratamiento.	• Verificar en formulario de consentimiento informado
6. Se informa a los pacientes de posibles riesgos y problemas relacionados con el tratamiento.	• Verificar en formulario de consentimiento informado
7. Se informa a los pacientes de las consecuencias de no tratarse.	• Verificar en formulario de consentimiento informado
8. Los pacientes conocen la identidad del médico o profesional responsable de su atención.	• Verificar en formulario de consentimiento informado
9. Cuando se planifican los tratamientos o procedimientos, los pacientes conocen a las personas autorizadas para intervenir.	• Verificar en formulario de consentimiento informado

DPF. 6.1.1 La información se facilita en un lenguaje y forma evidente para los que toman decisiones. (OBLIGATORIO)

Propósito

La información deberá facilitarse de una manera y en un lenguaje claro y comprensible. Esto puede requerir tanto explicaciones orales como escritas, dibujos o diagramas, o intérpretes.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La información se facilita al paciente de manera sencilla y clara	• Verificar en 5 formularios de consentimiento informado

DPF. 6.2 El establecimiento establece un proceso, dentro del marco legal y cultural vigente, para cuando alguien distinto al paciente deba dar el consentimiento. Cuando alguien distinto al paciente da el consentimiento informado, se anota en el expediente clínico del paciente. (OBLIGATORIO)

Propósito

Cuando el paciente no cuenta con la capacidad mental o física para tomar decisiones, cuando la cultura o la tradición lo requieran o se trate de un niño, el consentimiento informado para la atención requiere que personas distintas al paciente (o además del paciente) participen en las decisiones que afectan a la atención de éste.

Cuando da el consentimiento alguien distinto al paciente, el nombre y vínculo de esta persona se anota en el consentimiento informado.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento tiene un proceso que prevé la concesión de consentimiento informado por parte de una persona distinta al paciente.	• Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos.
2. El proceso respeta la normativa vigente, la cultura y las tradiciones.	• Verificar en Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos.
3. La identidad de las personas distintas al paciente que dan consentimiento informado se documenta en el expediente clínico del paciente.	• Verificar en formulario del consentimiento informado en el expediente clínico

DPF. 6.3 (NO APLICA)

DPF. 6.4 El establecimiento confecciona una lista de las categorías o tipos de tratamientos y procedimientos que requieren un consentimiento informado específico. (OPCIONAL)

Propósito

No todos los tratamientos y procedimientos requieren un consentimiento aparte y específico. Los establecimientos identifican aquellos tratamientos o procedimientos de riesgo, susceptibles de ser problemáticos y que requieren un consentimiento informado escrito. El establecimiento elabora listas de estos procedimientos y tratamientos y educa al personal para garantizar la constancia de su obtención. El establecimiento de salud decide el nivel de detalle de las listas. Por ejemplo, cada procedimiento y tratamiento puede listarse por separado, o pueden identificarse en la lista las distintas categorías o tipos de procedimientos y tratamientos. La lista se elabora conjuntamente entre aquellos que facilitan los tratamientos o realizan los procedimientos.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
4. El establecimiento confecciona un listado de los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento específico en base a protocolos de atención.	• Verificar la lista de procedimientos que requieren consentimiento específico
5. La lista se elabora en colaboración con todos los que facilitan tratamientos y realizan los procedimientos.	• Verificar el acta de elaboración de la lista

NO APLICA: DPF. 6.5, DPF. 6.5.1

DPF. 7 El establecimiento de salud como empresa social presta atención al paciente dentro de un marco ético, legal y financiero, que protege a los pacientes y sus derechos. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento de salud como institución social tiene responsabilidad ética sobre sus pacientes y su población. Las autoridades entienden estas responsabilidades aplicándolas a sus actividades. Las autoridades elaboran documentos guías, como la misión del establecimiento, para facilitar un marco consistente y desarrollar estas responsabilidades.

El establecimiento define su responsabilidad identificando:

- Identificar a las autoridades del establecimiento y cualquier conflicto de intereses
- Reflejar de manera honesta los servicios a los pacientes
- Facilitar normas claras de ingreso, traslado y alta
- Aplicar correctamente la normativa vigente del modelo sanitario
- Resolver conflictos cuando la administración de los recursos puedan comprometer la atención al paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades hacen pública la declaración de la misión del establecimiento que contemple el marco señalado.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar la misión de la institución en lugar visible
2. Las autoridades del establecimiento aplican normas éticas y legales vigentes que protegen a los pacientes y sus derechos.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar existencia de Código de ética y Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes.
3. El establecimiento presenta de manera veraz sus servicios a los pacientes.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar funcionamiento de servicios en función a la oferta

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)

El establecimiento de salud debe contar con un programa de educación al paciente y su familia, coordinado por el departamento o comité de enseñanza e investigación de la institución.

EPF.1 La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las decisiones y los procesos de la atención sanitaria. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento de salud educa a los pacientes y a sus familias para que posean los conocimientos y la capacidad para participar en los procesos de atención del paciente y las decisiones que implica. Cada establecimiento centra sus procesos de educación en función de la misión, la oferta de servicios y el colectivo de pacientes que atiende. Selecciona la gestión de sus recursos educativos de una manera efectiva y eficiente. De este modo, se puede optar por designar a un responsable de Enseñanza e Investigación, crear un servicio educativo o simplemente trabajar con la totalidad de la plantilla para ofrecer educación de manera coordinada.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento planifica la educación según su misión, sus servicios y los pacientes que atiende.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar la misión Institucional• Verificar el plan de educación anual a la población protegida
2. Existe una estructura o mecanismo adecuado para la educación en todo el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Organigrama que contemple la unidad de enseñanza e investigación• Programa local de educación en salud (cronograma, personal, material educativo, etc.)
3. Los recursos educativos se organizan de manera efectiva y eficiente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• POA• Instrumentos de educación.

EPF.1.1 Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su expediente clínico. (OPCIONAL)

Propósito

La educación se centra en el conocimiento y en las capacidades específicas que necesitarán el paciente y su familia para tomar decisiones relacionadas con la atención, su participación en ella y para continuarla en su domicilio. Para identificar y entender las necesidades educativas, se realiza un proceso de evaluación.

Se identifica las características del paciente para planificar la educación. El proceso de evaluación incluye además las variables del paciente que determinan si esta dispuesto y es capaz de aprender.

Estas variables incluyen:

- Los valores culturales y creencias del paciente y su familia
- Su grado de alfabetización, nivel educativo y dominio de lenguaje.
- Sus limitaciones físicas
- Su predisposición a recibir información.

Cuando se identifican las necesidades educativas, se registran en la historia del paciente. Esto ayuda a los profesionales de salud a participar en el proceso educativo. Cada establecimiento decide la localización y el formato en el expediente clínico para la evaluación de la educación y para la planificación y administración de la información.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se evalúan las necesidades educativas del paciente y de su familia.	Verificar en el Expediente clínico: <ul style="list-style-type: none"> • Los valores culturales y creencias del paciente y su familia • Su grado de alfabetización, nivel educativo y dominio de lenguaje. • Sus limitaciones físicas • Su predisposición a recibir información.
2. Existe un procedimiento uniforme para registrar la información de educación del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar instrumentos

EPF.2 La educación del paciente y de su familia incluye temas de prevención secundaria, según convengan al nivel de atención del paciente: el uso seguro de medicamentos, las posibles interacciones entre medicamentos y alimentos, una guía nutricional, uso de equipo médico de acuerdo a la patología (termómetros, glucómetros, tensiómetros y otros) y técnicas de rehabilitación. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento utiliza materiales y procesos estandarizados para educar a los pacientes en los siguientes aspectos como mínimo:

- Uso seguro y eficaz de medicamentos, incluyendo posibles reacciones adversas.
- Uso seguro y eficaz del equipo médico.
- Posibles interacciones entre los medicamentos y los alimentos.
- Técnicas de rehabilitación.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se educa al paciente y a su familia en el uso seguro y eficaz de medicamentos y sus posibles reacciones adversas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente o la familia. • Material educativo • Indicaciones en receta • Ratificación de indicaciones por personal de salud
2. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en la utilización segura y eficaz del equipo médico.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente o la familia
3. Se educa al paciente y a su familia para prevenir interacciones entre medicamentos y alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente o la familia • Verificar registro de indicaciones en receta
4. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en una dieta y nutrición adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente o la familia • Verificar en expediente clínico
5. Se educa al paciente y a su familia en técnicas de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente o la familia

EPF.3 Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias, cultura y los valores del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje. (OBLIGATORIO)

Propósito

El aprendizaje se produce cuando se presta atención a los métodos utilizados para educar a los pacientes y a sus familias. Entender a los pacientes y a sus familias ayuda al establecimiento a seleccionar los métodos educativos, los educadores adecuados, a identificar el papel de la familia y el método de instrucción.

La posibilidad de interacción entre el personal, el paciente y su familia permite asegurar que la información se entiende, es la adecuada, útil y puede emplearse.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los métodos educativos se seleccionan en función de los valores culturales y preferencias del paciente y de su familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar los métodos empleados (videos, rota folios, afiches, etc.)
2. La interacción entre el personal, el paciente y la familia confirma que la información se ha entendido.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a 3 pacientes o familiares sobre la información recibida.
3. Se educa al paciente y a su familia en un lenguaje que sea entendible	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario al paciente y su familia • Material educativo de acuerdo a su cultura, idioma y nivel de educación

EPF.3.1 el personal de salud que atienden al paciente colaboran en la educación, poseen los conocimientos y aptitudes necesarios para educar de manera eficaz. (OPCIONAL)

Propósito

Si el personal de salud asume su contribución en la educación del paciente, podrán colaborar de manera más eficaz y garantizar que la información que reciben los pacientes y sus familias es completa, consistente y lo mas efectiva posible.

El conocimiento del tema, la disposición para enseñar y la capacidad de comunicarse de manera adecuada son aspectos importantes de una educación eficaz.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La educación del paciente y de la familia es interdisciplinaria cuando sea necesario.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista a 3 pacientes o familiares.
2. Los que facilitan la educación poseen los conocimientos y sus capacidades de comunicación necesarios.	<ul style="list-style-type: none">• Observación directa de conocimiento del tema, uso de material, idioma

ESTANDARES DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (GLD)

El Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes. Involucra al Sistema Público, Seguro Social de corto plazo, Iglesias, Instituciones privadas con y sin fines de lucro y a la Medicina Tradicional.

El Sistema Nacional de Salud establece ámbitos de gestión:

- Nacional correspondiente a Ministerio de Salud y Deportes, que es el órgano rector normativo de la gestión de salud a nivel nacional.
- Departamental, correspondiente a los Servicios Departamentales de Salud dependientes de la Prefectura (SEDES), que es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento.
- Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS)
- Local, correspondiente a los Establecimientos de Salud.
- El INASES en el marco de sus funciones y atribuciones cumple un rol fiscalizador a los Entes Gestores de la Seguridad Social.

GLD.1 Las responsabilidades de los órganos de gestión están descritas en estatutos, normas y procedimientos, o en documentos que regulan su funcionamiento. (OBLIGATORIO)

Propósito

La estructura de organización y gestión del establecimiento se presenta en un organigrama que muestra los niveles de responsabilidad. Las unidades representadas en el organigrama están identificadas por su nombre o título.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La responsabilidad de los órganos de gestión están descritas en documentos	<ul style="list-style-type: none">• Verificar reglamentos y normas
2. Existe un organigrama	<ul style="list-style-type: none">• Verificar el organigrama actualizado institucional

Propósito de GLD.1.1 hasta GLD.1.4

Es importante que se determinen las responsabilidades de las autoridades del establecimiento para tener un liderazgo claro, administrar eficientemente y prestar servicios de atención de calidad.

Estas responsabilidades se encuentran fundamentalmente en el nivel de dirección e incluyen:

- Aprobar la misión del establecimiento;
- Plantear los planes estratégicos y de gestión del establecimiento y los procedimientos y normas necesarios para dirigir diariamente el establecimiento;
- Plantear un presupuesto o recursos para el funcionamiento del establecimiento;
- Apoyar y promover esfuerzos de mejora del establecimiento.

GLD.1.1 Los responsables del establecimiento aprueban la declaración de la misión del establecimiento. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento tiene determinada la misión	<ul style="list-style-type: none">• Verificar la misión del establecimiento

GLD.1.2 Los responsables del establecimiento aprueban los planes para dirigir el establecimiento. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe el plan estratégico y de gestión, reglamentos y manuales operativos.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar existencia de estos documentos aprobados por autoridad competente

GLD.1.3 Los responsables del establecimiento elaboran el presupuesto y solicitan los recursos necesarios para cumplir con la misión. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con un presupuesto asignado	<ul style="list-style-type: none">• Verificar la aprobación del presupuesto del establecimiento
2. El establecimiento solicita los recursos necesarios para cumplir con la misión.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en el POA

GLD.1.4 Los responsables del establecimiento apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa de gestión en el POA

LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO

GLD.2 Las autoridades tienen la responsabilidad de gestionar el establecimiento y hacer que se cumplan las leyes y normativas vigentes. (OBLIGATORIO)

Propósito

Un liderazgo efectivo es esencial para que el establecimiento pueda ser administrado de manera eficiente y cumplir su misión.

Las autoridades de los establecimientos de salud son responsables de las actividades globales y cotidianas del establecimiento. Esto incluye organizar, desarrollar, conducir y dirigir las funciones gerenciales, administrativas, técnico operativas del establecimiento y la gestión de la calidad. Los profesionales seleccionados o nombrados para desarrollar estas funciones cuentan con la formación y experiencia necesarias.

Elaboran un plan estratégico, el programa operativo anual y presupuesto con la participación de todo el personal. Elaboran y proponen normas de organización y funcionamiento interno, cuando han sido aprobados por la instancia correspondiente, las autoridades tienen la responsabilidad de:

- Cumplir la ley y las normativas vigentes;
- Responder a las solicitudes de informes de los órganos de fiscalización o control, y
- Gestionar y controlar los recursos humanos y financieros, entre otros.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades tienen la formación y la experiencia para desarrollar sus responsabilidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el file de recursos humanos de acuerdo al organigrama
2. Las autoridades elaboran el plan estratégico, plan operativo anual y presupuesto del establecimiento.	Verificar vigencia y aprobación de: <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico • Programa operativo anual • Presupuesto
3. Las autoridades elaboran y proponen normas de organización y funcionamiento interno a las instancias correspondientes	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Manual de cargos
4. Las autoridades implementan y hacen seguimiento del plan estratégico, POA, presupuesto y las normas nacionales e internas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Instructivos de implementación • Informes periódicos de acuerdo a normas vigentes
5. Las autoridades responden a la solicitud de informes de los órganos de fiscalización o control.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar copias de respuesta a informes solicitados.

GLD.3 (NO APLICA)

GLD 4. Las autoridades del establecimiento identifican y planifican el tipo de servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes del establecimiento. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los servicios de atención al paciente se diseñan y se planifican en respuesta a las necesidades de la población, acordes al nivel de complejidad, capacidad resolutoria del establecimiento y normativa vigente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades del establecimiento determinan el tipo de servicios y de atención que se presta en el establecimiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico institucional • Manual de organización y funciones
2. La atención y los servicios facilitados son coherentes con el nivel de complejidad, capacidad resolutoria y normativa vigente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si el Programa Operativo Anual está acorde con el Plan Estratégico Institucional • Indicadores de rendimiento por servicio

GLD 5. Las autoridades del establecimiento reciben formación en gestión y mejora de la calidad. (OBLIGATORIO)

Propósito

Las funciones del establecimiento están relacionadas con la atención integral en salud, gestión institucional administrativa financiera, docencia e investigación, para mejorar las acciones orientadas a la satisfacción del paciente,

mediante la aplicación de principios de gestión y mejora de la calidad. Así, las autoridades del establecimiento necesitan:

- Conocer los conceptos y métodos de gestión y mejora de la calidad;
- Participar personalmente en los procesos de gestión y mejora de la calidad

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades del establecimiento reciben formación en los conceptos y los métodos de gestión y mejora de la calidad.	Verificar en file de las autoridades: <ul style="list-style-type: none"> • Certificados de formación relacionados con la gestión de la calidad
2. Las autoridades participan en los procesos de gestión de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Programa de Gestión de la Calidad

GLD.6 Las autoridades impulsan la comunicación, coordinación e integración del personal y de los servicios del establecimiento. (OBLIGATORIO)

Propósito

Para coordinar e integrar las funciones del establecimiento, las autoridades desarrollan una cultura que hace hincapié en la cooperación y la comunicación. Las autoridades y responsables de unidades, elaboran métodos formales (por ejemplo, comités, equipos interdisciplinarios) e informales (por ejemplo, cartas, pósteres) para promover la comunicación entre las autoridades, el personal y los servicios.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La institución fomenta la comunicación entre las autoridades, el personal y los servicios.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de Comunicación Institucional. • Medios de comunicación
2. Las autoridades fomentan la coordinación entre los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar actas de reuniones de coordinación del Comité Técnico administrativo • Seguimiento a las recomendaciones

FORMACIÓN Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL (FCP)

Un establecimiento de salud, de acuerdo a su complejidad y nivel de atención, requiere profesionales calificados y capacitados, para cumplir su misión y atender las necesidades de los pacientes. Los gestores y directivos de salud, trabajan conjuntamente para identificar el número y tipo de profesionales necesarios, en función de las normas vigentes y recomendaciones de los jefes de los servicios y unidades.

La selección y contratación de personal se realiza adecuadamente a través de un proceso uniforme, coordinado, eficiente y concordante a la normativa vigente en el país.

Los establecimientos de salud deben ofrecer a los funcionarios, la posibilidad de capacitarse, actualizarse y progresar personal y profesionalmente. De este modo deberá ofrecerse al personal capacitación en el propio servicio y otras oportunidades de aprendizaje.

NO APLICA: FCP. 1, FCP 2, FCP.3, FCP.3.1, FCP.4

FCP.5 El personal recibe orientación sobre el establecimiento (misión, objetivos) y sobre su responsabilidad específica (funciones, atribuciones) cuando ingresan en la institución (inducción) (OBLIGATORIO)

Propósito

La incorporación de nuevo personal en el establecimiento pone en marcha distintos procedimientos, que buscan garantizar que el nuevo funcionario conozca y entienda el funcionamiento global del establecimiento, normas y reglamentos que rigen su accionar y sus responsabilidades específicas para contribuir a la misión del establecimiento, a través de una orientación general y específica.

Los trabajadores de empresas subcontratadas, los profesionales (residentes), estudiantes de pregrado y grupos de voluntariado reciben orientación sobre el establecimiento y sobre sus responsabilidades, normas y atribuciones a las que deben sujetarse.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se orienta al nuevo personal sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo y sobre sus funciones específicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar manual de inducción
2. Los trabajadores de empresas subcontratadas, profesionales (residentes) y alumnos de pregrado reciben orientación sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar manual de inducción

sus funciones específicas	
3. Los grupos de voluntariado reciben información sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo y sus atribuciones específicas.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a miembros de estos grupos si es que existen en el establecimiento
4.	

FCP.6 El personal recibe capacitación continua en el propio establecimiento o fuera de él, para mantener o mejorar sus habilidades y conocimientos. (OPCIONAL)

Propósito

Para conseguir un desempeño correcto del personal, actualización de nuevas técnicas y ofrecerle formación sobre nuevos equipos y procedimientos, el establecimiento dispone o prepara las instalaciones, los docentes y los horarios necesarios para la formación en el propio establecimiento o fuera de él. La capacitación de cada uno de los miembros del personal se documenta en su expediente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El personal del establecimiento recibe capacitación continua en el propio establecimiento o fuera de él.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programas de educación continua
2. Se realizan sesiones clínicas en todos los servicios y entre ellos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar actas de sesiones clínicas
3. Se disponen en apoyo de la formación del personal las instalaciones, los docentes y los horarios necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar recursos en programa de educación continua
4. La formación se ajusta a las capacidades del personal para atender a las necesidades del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar los programas y sus contenidos Verificar lista de asistencia

FCP 6.1 (NO APLICA)

FCP.6.2 Los datos globales de las necesidades de capacitación del personal son la base del programa de formación continua. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento recoge datos para identificar las necesidades de capacitación continua de su personal, a través de la evaluación del desempeño y el diagnóstico de necesidades individuales y colectivas, incorporación de nuevas prácticas y normas de atención y los planes futuros para prestar nuevos servicios. El establecimiento dispone de un proceso de recopilación e integración de estos datos para planificar el programa de capacitación del personal.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento utiliza diversas fuentes de datos de información para identificar las necesidades de capacitación del personal.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar instrumentos de recojo de información y datos
2. Los programas de capacitación se planifican en función de estos datos e información.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programas en función de las necesidades

FCP.6.3 (NO APLICA)

FCP.6.4 Al personal se le da la oportunidad de participar en capacitación continua, investigación y otras iniciativas de capacitación para adquirir nuevos conocimientos y habilidades que apoyen el progreso en el trabajo. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento dispone de un procedimiento para informar al personal sobre las posibilidades de docencia y capacitación avanzada, participar en estudios científicos y de investigación, y adquirir habilidades nuevas. Estas oportunidades se ofrecen a través de diferentes fuentes internas y externas de capacitación o formación. El establecimiento apoya estas iniciativas de acuerdo con su misión y recursos. Este apoyo se realiza facilitando la asistencia mediante declaratoria en comisión o becas a través de la Unidad de Enseñanza e Investigación.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se informa al personal de las oportunidades de participación en capacitación avanzada, investigación y otras iniciativas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Mecanismo de comunicación Entrevista al personal
2. El establecimiento apoya la participación del personal en estas iniciativas de acuerdo con su misión y recursos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Lista de personal capacitado por este medio

PERSONAL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO

FCP.7 (NO APLICA)

FCP.8 El establecimiento difunde y respeta los derechos del personal de salud en base a la ley y normativa vigente (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento promueve internamente y difunde hacia la población protegida, el respeto a los derechos del personal de salud en cumplimiento a la normativa vigente en el país.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los derechos del personal médico establecidos en la Ley del ejercicio profesional del médico y su Decreto reglamentario están expuestos en forma visible al alcance de los pacientes y público en general.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar publicación de derechos del médico en lugar visible
2. El establecimiento respeta los Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar existencia de Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico vigentes• Entrevista a 5 médicos
3. Los derechos del personal están registrado en el Manual de cargos y se cumplen	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en Manual de Cargos

GESTIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)

Este capítulo describe un enfoque detallado de gestión de la calidad, que incluye los siguientes procesos:

- Planificar la gestión de calidad del establecimiento
- Diseñar correctamente nuevos procesos clínicos y de gestión
- Monitorizar el correcto funcionamiento de los procesos mediante la recopilación de indicadores
- Analizar los datos de monitorización
- Implementar y mantener cambios que deriven en mejoras, determinando los recursos necesarios

Estos procesos, si se realizan bien, facilitan el marco para que el establecimiento de salud y las autoridades alcancen un compromiso de atención de calidad al paciente en un entorno seguro y una gestión efectiva y eficiente.

Este enfoque se inicia en el trabajo diario del equipo de salud y personal administrativo del establecimiento, quienes pueden aplicar los estándares de este capítulo a su trabajo diario para comprender la manera de mejorar la eficiencia de sus procesos y utilizar de manera más adecuada los recursos.

Este capítulo pone énfasis en la importancia de la planificación, la monitorización continua, el análisis de datos y la mejora de los procesos clínicos y de gestión para alcanzar el máximo beneficio posible; tiene en cuenta que la mayoría de los procesos de atención implican a más de una unidad y pueden involucrar muchos esfuerzos individuales. También tiene en consideración que la mayor parte de temas de calidad de atención y de gestión se relacionan entre sí. Así, los esfuerzos para la mejora de estos procesos deben estar guiados por un liderazgo proactivo dentro de un marco general de gestión de calidad y mejora de las actividades en el establecimiento de salud.

PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Propósito GMC.1 A GMC.1.1.2

La planificación y el liderazgo son esenciales cuando un establecimiento se dispone a iniciar y mantener las mejoras necesarias. La dirección es tan importante como los mandos medios y la participación de todo el personal. Las autoridades participan para establecer el compromiso organizacional, el enfoque para la gestión y mejora de la calidad, y supervisión del programa.

Los programas de mejora tienen una eficacia mayor cuando se planifican en el ámbito global del establecimiento, incluye todos los servicios del establecimiento y todas las actividades orientadas a mejorar la calidad. El programa es sistémico porque utiliza procesos estandarizados para llevar a cabo todas las actividades de gestión y mejora de la calidad.

GMC.1 Las autoridades del establecimiento participan en la planificación y monitorización del programa de gestión de la calidad. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades del establecimiento participan en la planificación y la monitorización del programa de gestión y mejora de la calidad	<ul style="list-style-type: none">• Verificar Programa de gestión de la calidad aprobado por las autoridades del establecimiento, incorporado en el POA• Informes de seguimiento del Programa

GMC.1.1 (NO APLICA)**GMC.1.1.1 Existe un programa de gestión de la calidad en el ámbito de todo el establecimiento. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El programa de gestión y mejora de la calidad involucra a todo el establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en actas de reuniones del Comité la participación de todos los servicios del establecimiento

GMC.1.1.2 El programa incluye los componentes de organización y responsables de gestión de calidad, políticas y objetivos de la calidad, actividades de monitorización, supervisión de la calidad del establecimiento y acciones orientadas a la mejora continua. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El programa de gestión de la calidad contempla todos los componentes	Verificar en el programa: <ul style="list-style-type: none"> • Organización del programa • Responsables • Políticas y objetivos • Monitorización • Supervisión de la calidad • Estrategias de mejora continua

GMC.1.2 Los líderes identifican procesos críticos de atención y de gestión, luego priorizan los procesos que serán sujetos de monitorización y las actividades de mejora que deberá llevarse a cabo. (OBLIGATORIO)**Propósito**

Los líderes utilizan datos e información para identificar las áreas de prioridad de los procesos críticos y de riesgo, que pueden ser problemáticos y están más relacionados con la calidad de la atención y la seguridad del entorno y determinan las actividades de mejora más importantes.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los líderes identifican procesos críticos de atención y de gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Programa de gestión de la calidad el listado de procesos críticos
2. Se priorizan los procesos que serán sujetos de monitorización.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Programa de gestión de la calidad las prioridades de monitorización
3. Los líderes priorizan las actividades de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Programa de gestión de la calidad las actividades de mejora priorizadas

GMC.1.3 Las autoridades gestionan y otorgan recursos financieros, tecnológicos y otros al programa de gestión y mejora de la calidad. (OBLIGATORIO)**Propósito**

Las autoridades gestionan recursos financieros, tecnológicos y otros para las actividades del programa de gestión y mejora de la calidad, ellos facilitan este apoyo conforme a los recursos del establecimiento y a la gestión de la calidad.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades gestionan los recursos financieros, tecnológicos y otros en función a los recursos del establecimiento para el desarrollo del programa de gestión de calidad y mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informes de seguimiento del Programa de Gestión de la Calidad

GMC.1.4 El programa de gestión y mejora de la calidad está coordinado por el Comité de gestión de la calidad y la información del programa se comunica al personal. (OBLIGATORIO)**Propósito**

La coordinación del programa de gestión de la calidad se realiza a través de la instancia o del Comité de Gestión de la calidad, que es responsable de la monitorización y supervisión de las actividades de gestión y de mejora de la calidad en el establecimiento, además de informar regularmente al personal acerca del avance y logros programa de gestión y de mejora de la calidad.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se coordina el programa de gestión y de mejora de la calidad en el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Actas de reuniones del comité de gestión de la calidad

	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de seguimiento a las recomendaciones
2. Se informa regularmente al personal sobre el avance y logros del programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar documentos de información y difusión del programa al personal del establecimiento

GMC.1.5 Se capacita al personal para participar en el programa. (OBLIGATORIO)

Propósito

La planificación, implementación de la mejora de la calidad, recopilación y el análisis de datos requiere de nuevos conocimientos y capacidades en el personal que va a tomar parte en el programa, para ello recibe la capacitación necesaria debiendo asistir como parte de sus responsabilidades.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un programa de capacitación para el personal que participa en el programa de gestión y de mejora de la calidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de capacitación del personal • Listado de asistencia

GMC.1.6 Todo el personal implicado en la gestión del establecimiento y en la atención de salud participa en el programa. (OBLIGATORIO)

Propósito

El personal seleccionado para participar en el programa de gestión y mejora de la calidad es el más cercano a las actividades o procesos en fase de monitorización, estudio o mejora. Participan en este programa tanto el personal de salud como el de gestión.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Tanto el personal de salud como el de gestión mas próximo a las actividades que se van a monitorizar, estudiar o mejorar participa en las actividades de gestión y mejora de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al personal del servicio incorporado en el programa para verificar su participación • Verificar en actas de Comité la participación de todo el personal en el seguimiento de actividades de mejora

DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Propósito GMC.2 Y GMC.2.1

Los procesos de atención se diseñan adecuadamente considerando:

- Marco legal vigente
- Coherencia con la misión, plan estratégico y programa de operaciones anual del establecimiento
- Satisface las necesidades de los pacientes, las familias, los profesionales y otros;
- Emplea normas y protocolos vigentes, bibliografía científica y otra información relevante basada en la evidencia que sea útil para el diseño de los procesos de atención;
- Utiliza información sobre las actividades de mejora.

Cuando un establecimiento diseña procesos nuevos o rediseña procesos, recopila datos para comprobar si estos funcionan como se espera, determinando indicadores para evaluarlos.

GMC.2 El establecimiento diseña sistemas y procesos nuevos y modifica los preexistentes según los principios de mejora de la calidad. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los principios y herramientas de mejora de la calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar coherencia de los principios y herramientas de mejora de la calidad contemplados en el Programa de Gestión de Calidad con el diseño de los procesos

GMC.2.1 El establecimiento define cómo funcionarán los procesos nuevos y los modificados y su evaluación a través de indicadores. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se seleccionan indicadores para evaluar si el proceso rediseñado o de reciente creación funciona correctamente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar selección de indicadores para evaluar el correcto funcionamiento del proceso

RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD

GMC.3 Las autoridades del establecimiento identifican indicadores para monitorizar: estructuras, procesos y resultados del área de salud y de gestión (OBLIGATORIO)

Propósito

La recolección de datos es parte fundamental de la gestión y mejora de la calidad. Los establecimientos deben elegir los procesos de atención en salud y de gestión que tienen prioridad de supervisión según su misión, el perfil epidemiológico y el tipo de servicios disponibles.

Las autoridades y el Comité de Gestión de la Calidad del establecimiento determinan los indicadores que se deben incluir en las actividades de monitorización del mismo.

Para cada una de las áreas, el Comité determina:

- El proceso, el procedimiento o el resultado a evaluar;
- El modo de realizar la evaluación;
- La frecuencia de la evaluación.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El Comité determina los indicadores para monitorizar las áreas de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la lista de indicadores determinados
2. El Comité determina los indicadores para monitorizar las áreas de gestión.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la lista de indicadores determinados
3. La monitorización incluye indicadores relacionadas con estructura, procesos y resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar indicadores de estructura, procesos y resultados
4. Se define el alcance, el método y la frecuencia de obtención de los datos para cada indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Manual de Gestión de la calidad del establecimiento

La monitorización del área de salud incluye:

GMC.3.1 La evaluación del paciente. (OBLIGATORIO)

GMC.3.2 Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio. (NO APLICA)

GMC.3.3 Procedimientos quirúrgicos. (NO APLICA)

GMC.3.4 Uso de antibióticos, otros medicamentos, y errores de medicación. (OBLIGATORIO)

GMC.3.5 Utilización de anestesia. (NO APLICA)

GMC.3.6 Utilización de sangre y derivados sanguíneos. (NO APLICA)

GMC.3.7 Disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos. (OBLIGATORIO)

GMC.3.8 Control, vigilancia y notificación de las infecciones. (NO APLICA)

GMC.3.9 Investigación médica. (NO APLICA)

Las áreas de gestión identificadas en los estándares GMC.3.1 hasta GMC.3.9 se incluyen en el programa de monitorización de la calidad del establecimiento.

GMC.3.1 hasta GMC.3.9 Programa de monitorización de calidad de atención al paciente

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La monitorización del área de salud incluye los procesos identificados en el estándar.	Verificar los indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del paciente • Uso de antibióticos, otros medicamentos, y errores de medicación. • Disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos.

La monitorización de gestión incluye:

GMC.3.10 El abastecimiento de suministros rutinarios y de medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente. (OBLIGATORIO)

GMC.3.11 La gestión del riesgo referida a episodios no esperados definidos por el establecimiento. (NO APLICA)

GMC.3.12 Las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia. (OBLIGATORIO)

GMC.3.13 Las expectativas y la satisfacción del personal. (OBLIGATORIO)

GMC.3.14 Perfil epidemiológico. (OBLIGATORIO)

GMC.3.15 La gestión financiera. (OBLIGATORIO)

GMC.3.16 La vigilancia, el control y la prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad física de los pacientes, sus familias y el personal. (NO APLICA)

GMC.3.17 La Auditoría médica. (OBLIGATORIO)

GMC.3.10 hasta GMC.3.17

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La monitorización de gestión incluye los procesos identificados en el estándar.	Verificar indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de suministros rutinarios y de medicamentos. • Satisfacción del paciente y de su

	familia. • Satisfacción del personal. • Epidemiológicos. • Gestión financiera. • Auditoría médica.
--	--

ANÁLISIS DE DATOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

GMC.4 Profesionales con experiencia y conocimiento consolidan y analizan de manera sistemática los datos del establecimiento. (OBLIGATORIO)

Propósito

Para obtener conclusiones, tomar decisiones y retroalimentar el sistema de Gestión de la calidad, los datos deben consolidarse, analizarse y transformarse en información útil.

El análisis de datos requiere profesionales que conocen la gestión de la información, métodos de recolección de datos y utilización de herramientas estadísticas. Los responsables del proceso y del resultado que se está evaluando participan en el análisis de los datos.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los datos se consolidan, analizan y transforman en información útil.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informes del Comité de Gestión de la calidad.
2. Personal con experiencia y conocimientos participan en el proceso.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Memorandums de designación de los miembros del Comité de Gestión de la calidad • Actas de reuniones, conclusiones y recomendaciones

GMC.4.1 La frecuencia del análisis de datos se ajusta al proceso en estudio y cumple los requerimientos del establecimiento. (OPCIONAL)

Propósito

El establecimiento determina la frecuencia con que se deben consolidar y analizar los datos, de acuerdo a las prioridades y normativa vigente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La frecuencia del análisis de datos se adecua al proceso en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar frecuencia de análisis en el Manual de Gestión de la calidad.
2. La frecuencia del análisis de datos cumple las determinaciones del Manual de Gestión de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informes de análisis coincidentes con las determinaciones del Manual.

GMC.4.2 Los datos se evalúan exhaustivamente cuando se producen incidentes inesperados, tendencias indeseables y cuando aparecen variaciones significativas (gestión del riesgo). (OPCIONAL)

Propósito

Cuando el establecimiento detecta o sospecha un cambio indeseable con respecto a lo esperado referente a procesos de atención en salud, pone en marcha un análisis exhaustivo para determinar dónde enfocar la mejora, rediseñando los procesos para evitar que se vuelvan a producir en efecto no deseado.

Para determinar que incidentes son significativos, el establecimiento compara el comportamiento de los mismos con estándares:

- Propios,
- De otros establecimientos similares,
- Determinados por el Ministerio de Salud y organismos internacionales

Según los servicios del establecimiento, entre estos incidentes se incluyen:

- Reacciones transfusionales confirmadas;
- Reacciones adversas a fármacos significativas;
- Errores significativos en la medicación;
- Discrepancia importante entre el diagnóstico preoperatorio y el postoperatorio,
- Reacciones adversas significativas a la anestesia y
- Otros que el establecimiento considere importantes.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se realiza un análisis exhaustivo de datos cuando se presentan incidentes inesperados en los procesos de atención en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en informes del Comité de Gestión de la calidad el análisis de tendencias o patrones negativos
2. El establecimiento determina que incidentes son considerados significativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en informes del Comité de Gestión de la calidad la comparación de comportamiento de incidentes con

	estándares propios, de otros establecimientos similares y determinados oficialmente
3. El establecimiento ha determinado los procedimientos para el análisis exhaustivo de estos incidentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en documentos del Comité de gestión de la calidad los protocolos de investigación de los incidentes identificados

MEJORA DE LA CALIDAD

Propósito GMC.5 A GMC.5.6

El establecimiento utiliza los resultados del análisis de datos para identificar mejoras potenciales, prevenir y reducir efectos adversos. La monitorización rutinaria y evaluaciones exhaustivas, contribuyen a entender dónde planificar la mejora y qué prioridad otorgar a la misma en función a las recomendaciones del Comité de gestión de la calidad.

El establecimiento utiliza los recursos adecuados e involucra al personal y los servicios más próximos a los procesos o actividades priorizadas. La responsabilidad de la planificación y el desarrollo de la mejora se asigna a una persona concreta o a un equipo, facilitándoles capacitación, información y otros recursos necesarios.

Para evaluar el impacto de las acciones o procedimientos orientados a la mejora de la calidad, se recopilan datos durante un período de prueba para demostrar que el cambio planificado es realmente una mejora. Para garantizar el mantenimiento de la mejora, se recogen datos para un análisis continuado. Los cambios efectivos se incorporan a un procedimiento estándar y se lleva a cabo la capacitación del personal que se requiera. El establecimiento documenta las mejoras logradas y las mantiene como parte de su programa de gestión y de mejora de la calidad.

GMC.5 Se alcanza y mantiene la mejora de la calidad de la atención. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento utiliza un proceso de planificación e implementación de mejoras de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa de mejora de calidad
2. El establecimiento documenta las mejoras logradas y mantenidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en informes del Comité de gestión de la calidad el registro de mejoras logradas y mantenidas

GMC.5.1 Las actividades de mejora se llevan a cabo en las áreas prioritarias identificadas por el Comité de gestión de la calidad. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las áreas prioritarias identificadas por el Comité de gestión de la calidad se incluyen en las actividades de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar áreas priorizadas en el programa de mejora de la calidad

GMC.5.2 Se realizan las actividades asignadas por la dirección del establecimiento y se facilita el apoyo necesario. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se involucra a personal y servicios del área seleccionada en el programa de mejora de la calidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Documento de designación del responsable y el equipo del área seleccionada

GMC.5.3 Se capacita al personal, se realizan los cambios de normativa adecuados y se asignan los recursos necesarios. (OBLIGATORIO)

	Medios de verificación
1. Se realizan los cambios de normativa necesarios para desarrollar las mejoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar instructivos de las autoridades en base a las recomendaciones del comité
2. Se asignan los recursos necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inclusión en el presupuesto y POA

GMC.5.4 Se planifican, comprueban y llevan a cabo las estrategias de mejora efectivas. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se ejecutan y evalúan los cambios propuestos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Informes del Comité el resultado de la implementación de pruebas piloto
2. Se oficializa la implementación de los cambios que producen mejoras.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Documentos de aprobación por autoridades del establecimiento de nuevos procesos mejorados

	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de difusión de nuevos procesos
--	---

GMC.5.5 El establecimiento recopila datos que demuestran que la mejora se mantiene. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se dispone de datos para documentar el mantenimiento de las mejoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Informes de seguimiento del Comité de gestión de la calidad

GMC.5.6 El establecimiento documenta su mejora continua y sistemática y utiliza la información para elaborar planes estratégicos de mejora. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La documentación contribuye al desarrollo de planes estratégicos de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar planes a mediano y largo plazo

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SVE)

Este Sistema debe implementarse en todos los establecimientos de salud en función a su grado de complejidad y características. La implementación de este sistema contempla la conformación del comité de vigilancia hospitalaria que a su vez cuenta con los sub-comités operativos:

- Sub-comité de Infecciones relacionadas con el establecimiento de salud,
- Sub-comité manejo de residuos sólidos de establecimientos de salud
- Sub-comité de bioseguridad
- Sub-comité de análisis de la información

Los estándares para evaluar este sistema son:

- Prevención y control de las Infecciones relacionadas con el establecimiento de salud (CIES),**
- Manejo de residuos generados de establecimientos de salud (MRES)**
- Bioseguridad (BIOS)**
- Gestión de la información (GIN)**

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIES)

VISIÓN GENERAL

El objetivo del programa de vigilancia, prevención y control de la infección es identificar y reducir los riesgos de transmisión de la infección entre los pacientes, el personal del establecimiento, los voluntarios, los estudiantes y las visitas.

El programa de control de la infección puede variar de un establecimiento a otro, dependiendo de las características del mismo, volumen y particularidades de los pacientes, de los servicios que se prestan y de la cantidad de personal.

Los programas efectivos tienen en común responsables identificados, procedimientos y normas adecuadas, la educación del personal y la coordinación en todo el establecimiento.

CIES.1 El establecimiento de salud diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección en los establecimientos de salud. (OBLIGATORIO)

Propósito

Para que un programa de prevención y control de la infección sea efectivo, debe ser integral y contemplar tanto la atención del paciente, como la salud de los empleados, se ajusta a la complejidad del establecimiento, sus características, servicios y perfil epidemiológico.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un programa para reducir el riesgo de infecciones en los establecimientos de salud, en pacientes y personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la existencia de un programa de la presente gestión y sus reglamentos en vigencia no mayor a 3 años
2. El programa se ajusta a la complejidad y características del establecimiento, a los servicios y a los pacientes en base a las normas vigentes nacionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la coherencia del programa con la complejidad del establecimiento y en base a las normas vigentes
3. El proceso de control de la infección está integrado en el programa global de gestión y mejora de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Manual de Gestión de Calidad
4. El Programa Operativo Anual de la gestión incluye presupuesto para las actividades de prevención y control de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el POA del establecimiento

CIES.1.1 Todas las áreas de pacientes, personal y visitas del establecimiento se incluyen en el programa de control de la infección. (OPCIONAL)

Propósito

Las infecciones pueden entrar en el establecimiento de salud vía pacientes, familias, personal, voluntarios, visitas y otros. De esta forma, todas las áreas donde se encuentran estas personas deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de la infección.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Todas las áreas del establecimiento están incluidas en el programa de vigilancia y control de la infección.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inclusión de las diferentes áreas en el programa

CIES.2. El establecimiento de salud establece el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones en los establecimientos de salud. (OPCIONAL)

Propósito

Cada establecimiento de salud debe determinar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, lugares de infección y mecanismos asociados que faciliten el enfoque de los esfuerzos para prevenir y reducir la incidencia de infecciones en los establecimientos de salud.

Los establecimientos de salud consideran las infecciones que impliquen a:

- Tracto respiratorio (como los procedimientos y equipo asociado con la intubación, ventilación mecánica de mantenimiento, traqueotomía, etc.)
- Tracto urinario (como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con sondas urinarias, sistema de drenaje urinario y su cuidado, etc.),
- Procedimientos invasivos intravasculares (como la inserción y cuidados de catéteres venosos centrales, líneas venosas periféricas, etc.); Heridas quirúrgicas (como sus cuidados y procedimientos de asepsia /antisepsia)
- Partos y puerperio
- Quemados

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento ha definido el enfoque del programa para prevenir o reducir la incidencia de infecciones en base al comportamiento epidemiológico. Se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones de las vías respiratorias • Infecciones de tubo digestivo • Infección de vía urinaria • Procedimientos invasivos intravasculares • Heridas quirúrgicas • Parto, puerperio (se incluye cesárea) • Quemados 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa de prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud, actualizado en la presente gestión y concordante con el comportamiento epidemiológico

CIES.3 El establecimiento identifica los procesos y procedimientos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento de salud evalúa y atiende a los pacientes utilizando procesos simples y complejos, cada uno asociado a un nivel de riesgo de infección de los pacientes y del personal. Es importante que el establecimiento revise esos procedimientos e implemente actividades que reduzcan el riesgo de infección.

Las actividades de reducción del riesgo de infección incluyen, según el establecimiento:

- Lavado de manos
- Inactivación, limpieza, desinfección y esterilización del equipo y material, de manera especial el equipo invasivo,
- La gestión de la lavandería y la ropa de cama,
- La eliminación de residuos sólidos y de fluidos corporales;
- La eliminación de objetos punzo cortantes y agujas;
- El manejo y eliminación de sangre y derivados sanguíneos,
- La limpieza de la cocina y la preparación y manipulación de alimentos;
- La utilización del área del depósito de cadáveres y el área post mortem;
- La separación de los pacientes con enfermedades transmisibles de los pacientes y el personal con más riesgo debido a inmunodeficiencia u otras razones, y
- La atención a pacientes con hemorragias
- Normas universales de bioseguridad

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento ha identificado los procesos asociados con riesgo de infección y ha introducido estrategias para reducir el riesgo de infección en los procesos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Verificar tasas de incidencia y prevalencia de infecciones
2. El personal del establecimiento cumple con las normas de lavado de manos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de norma

	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de lavamanos e insumos operables (jabón líquido y toallas de papel) Observación de la práctica in situ
3. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la inactivación, limpieza, desinfección y esterilización del equipo y material, de manera especial el equipo invasivo y su almacenamiento en el servicio de esterilización.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos Observación directa de todo el proceso
4. Los equipos y material tienen control de calidad de la esterilización, fecha de esterilización y su caducidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Fecha de esterilización y caducidad Registro de control químico (cinta) y biológico (cápsulas de bacilos subtilis)
5. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la gestión de la lavandería y la ropa de cama	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos de lavandería Observación directa del proceso
6. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la eliminación de residuos sólidos, fluidos corporales y control de vectores.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de manejo de residuos sólidos Observación directa del proceso
7. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la eliminación de objetos corto punzantes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Observación directa en tres servicios diferentes (quirófano, laboratorio, enfermería)
8. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la manipulación y la eliminación de sangre y hemo-componentes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos Observación directa del proceso en 3 servicios (quirófano, laboratorio, enfermería)
9. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la limpieza de la cocina y la preparación y manipulación de alimentos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Observación directa del proceso
10. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la utilización del área del depósito de cadáveres y área post mortem	<ul style="list-style-type: none"> Verificar área de depósito de cadáveres Verificar manual de procesos, operaciones y procedimientos Entrevista al personal encargado
11. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la separación de los pacientes con enfermedades infecto-contagiosas de otros pacientes y personal con más riesgo debido a inmunodeficiencias u otras razones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Protocolos de aislamiento Área de aislamiento acorde con la norma establecida.
12. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la atención a pacientes con hemorragias.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Protocolos de atención Entrevista al personal (3 a 5)
13. Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la atención a pacientes quemados	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Protocolos de atención Entrevista al personal (3 a 5)

CIES.4 Se dispone y se hace buen uso de las barreras físicas (guantes, mascarillas), barreras químicas (jabón y desinfectantes) y barreras biológicas (inmunizaciones). (OBLIGATORIO)

Propósito

El procedimiento de lavado de manos, las barreras físicas, químicas y biológicas son fundamentales para el control y la prevención de las infecciones.

El establecimiento identifica aquellas situaciones y servicios en las que se requiere el uso de mascarillas, guantes, gafas de protección, mandiles, batas, gorros y otorga capacitación para su uso correcto.

Los lavamanos, el jabón, toallas desechables y los desinfectantes se encuentran en áreas donde se llevan a cabo procedimientos de desinfección y de lavado de manos. Se capacita al personal en los procedimientos de desinfección y de lavado de manos.

Existe un programa de inmunizaciones para el personal de salud.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento identifica las situaciones y servicios en las que se requiere el uso de barreras físicas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. Las barreras físicas se utilizan correctamente en esas	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a través de observación

situaciones y servicios	directa
3. El establecimiento identifica aquellas áreas en que se llevan a cabo procedimientos de desinfección y lavado de manos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos
4. Los procedimientos de desinfección y lavado de manos se realizan correctamente en aquellas áreas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a través de observación in situ
5. Los lavamanos e insumos están dispuestos en áreas próximas a salas de pacientes	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Existencia de insumos: jabón líquido, toallas de papel, alcohol glicerinado
6. Se capacita al personal en los procedimientos de desinfección y lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a través de entrevista al personal
7. Existe un programa de inmunizaciones para el personal de salud	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Programa de inmunizaciones Registro de inmunizaciones al personal actualizado

NO APLICA: CIES.5, CIES.6, CIES.7, CIES.8, CIES.9, CIES.9.1, CIES.9.2, CIES.9.3, CIES.9.4, CIES.9.5, CIES.9.6

Propósito del CIES. 10 al CIES 10.1

Para que un establecimiento cuente con un programa eficaz de prevención y control de la infección, deberá capacitar al personal en el programa de manera regular.

El programa de capacitación va destinado al personal de salud y administrativo, e incluso a los pacientes y a sus familias, si es necesario. La capacitación se centra en las normas, los procedimientos y las prácticas que definen el programa de prevención y control de la infección del establecimiento.

CIES.10 El establecimiento facilita capacitación en la práctica de prevención y control de las infecciones relacionadas con el establecimiento, al personal de salud, a los pacientes y, si es necesario, a la familia y a otro personal. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con un programa de capacitación para prevención y control de las infecciones que incluye normas, procedimientos y las practicas	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programa de capacitación de la gestión Contenido del programa en concordancia con el Manual de control de infecciones relacionadas con el establecimiento
2. El establecimiento desarrolla el programa de capacitación para prevención y control de las infecciones e incluye al personal de salud, familiares y a otros.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar implementación del programa de capacitación Verificar lista de asistentes

CIES.10.1 (NO APLICA)

MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MRES)

MRES.1 El establecimiento cuenta con un sistema de manejo de residuos generados en establecimientos de salud. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento de salud reglamenta el manejo de residuos generados en el mismo, para prevenir y controlar los riesgos de salud ocupacional debido a la exposición a los residuos peligrosos que se generan en el establecimiento y contribuir a brindar una atención de salud segura.

La implementación del manejo de residuos se realiza a través de la conformación del Sub-comité o responsables de manejo de residuos generados en establecimientos de salud, diseño de un plan en base a la norma vigente, que contemple clasificación y separación en origen, almacenamiento primario, tratamiento, recolección y transporte interno, almacenamiento intermedio y almacenamiento final. Genera un convenio para la recolección, transporte externo y disposición final de residuos.

El plan además contempla un programa de capacitación continua a todo personal del establecimiento de manera regular.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe el Sub-Comité o responsable de manejo de residuos generados en el establecimiento. 2.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Designación de miembros del Sub-comité o responsable Informes de la gestión evaluada
3. El establecimiento cuenta con un instrumentos para implementar el sistema de manejo de residuos generados en el mismo, en base a la norma nacional vigente	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> Norma interna Manuales de procesos, operaciones y procedimientos Plan institucional e incorporación en el POA
4. El establecimiento cuenta con un plan institucional	Verificar que el plan contemple: <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico actualizado de residuos

	<ul style="list-style-type: none"> generados Clasificación y separación en origen, almacenamiento primario, tratamiento, recolección y transporte interno, almacenamiento intermedio y almacenamiento final. Existencia de convenio vigente para la recolección, transporte externo y disposición final de residuos.
5. Si el establecimiento tiene terciarizado el servicio de limpieza deberá cumplir con la norma vigente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar participación del Sub-comité en proceso de contratación del servicio Existencia de contrato vigente Informes de evaluaciones internas realizadas por el Sub-comité Cobertura de seguro de corto plazo de su personal
6. El establecimiento cuenta con infraestructura, equipamiento e insumos para el manejo de residuos generados	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de espacios físicos para almacenamiento primario (donde se generan los residuos), intermedio (almacenamiento temporal) y terminal (depósito final del establecimiento). Recipientes de plásticos identificados Bolsas de polietileno de colores establecidos por la norma Bidones rígidos para corto-punzantes Cajas de cartón para residuos especiales Carros de recolección interna
7. El establecimiento implementa un programa de capacitación continua a todo el personal	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Programa de capacitación Ejecución del programa Registro de participantes
8. El personal que manipula los residuos conoce y cumple con las normas de Bioseguridad.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inmunizaciones del personal Ropa de trabajo Equipo e insumos de trabajo Entrevista al personal
9. Se realizan evaluaciones internas	<ul style="list-style-type: none"> Verificar informes semestrales de evaluaciones internas

BIOSEGURIDAD (BIOS)

BIOS. 1 El establecimiento cuenta con un sistema de Bioseguridad (OBLIGATORIO)

Propósito

El Establecimiento de salud protege a sus recursos humanos a través de programas preventivos de higiene y seguridad laboral.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con un programa anual de control médico a todo el personal de la institución	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programa
2. Se realiza control de laboratorio a todo el personal de salud del establecimiento por lo menos una vez al año	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros
3. Todo el personal de salud recibe vacuna anti hepatitis B en esquema completo.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros
4. Todo el personal femenino en edad fértil recibe vacuna contra la rubéola materna	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros
5. El personal que manipula residuos sólidos recibe vacuna anti tetánica	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros
6. El establecimiento cuenta con ambientes exclusivos para vestuario, servicios higiénicos, duchas, dormitorio para médicos y otros.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambientes
7. El establecimiento cuenta manuales de Organización y Funciones, Procesos, Operaciones y Procedimientos para seguridad e higiene laboral, que son de conocimiento del personal	<ul style="list-style-type: none"> Verificar manuales Entrevista al personal
8. El establecimiento de salud proporciona a su personal ropa de trabajo una vez al año	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros
9. Todo el personal lleva una placa de identificación	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el personal

GESTION DE LA INFORMACION (GIN)

La atención al paciente es un proceso complejo que depende mucho de la información. Para facilitar una atención integral y la coordinación entre servicios el establecimiento cuenta con un sistema de información sobre la atención prestada a cada paciente, los resultados de la misma y de la práctica profesional.

Igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la información es un recurso que debe gestionarse de manera eficiente por parte de las autoridades del establecimiento. Con base a las normas vigentes, cada establecimiento obtiene, gestiona y utiliza la información para mejorar los resultados de la atención al paciente, la actuación particular y global del establecimiento.

Aunque la informática y otras tecnologías mejoran la eficiencia en la gestión de la información, los principios de la buena gestión de la información se aplican a todos los métodos, tanto a los que se basan en un soporte papel como los electrónicos. Estos estándares se han diseñado para que sean compatibles tanto con sistemas no informatizados como con las tecnologías del futuro.

Este apartado considera:

- Planificación
- Expediente clínico del paciente
- Información y datos agregados

GIN.1 (NO APLICA)

GIN 1.1 El Sistema contempla instrumentos que define el sistema nacional de información que son (OBLIGATORIO):

- a. De captación: expediente clínico, carnets de salud, certificado de defunción**
- b. De sistematización: cuadernos de registro**
- c. De consolidación: informes de vigilancia epidemiológica, de producción, laboratorio, bancos de sangre, anatomía patológica**
- d. De retroalimentación: reportes internos y externos**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El sistema de información cuenta con instrumentos de captación	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none">• Formularios de expediente clínico,• Carnets de salud,• Certificado de defunción
2. El sistema de información cuenta instrumentos de sistematización	<ul style="list-style-type: none">• Verificar existencia de Cuadernos de registro por servicios y actividades
3. El sistema de información cuenta con instrumentos de consolidación	Verificar informes de <ul style="list-style-type: none">• Vigilancia epidemiológica• Producción• Laboratorio• Banco de sangre o unidad transfusional• Anatomía patológica
4. El sistema de información contempla con instrumentos de retroalimentación	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none">• Reportes internos• Reportes externos

Propósito de GIN.1.2 hasta GIN.1.3.3

El establecimiento mantiene la seguridad y confidencialidad de los datos y de la información; con especial cuidado de la información más sensible. Se regula el equilibrio entre la necesidad de confidencialidad de los datos y la necesidad de compartirlos. El establecimiento determina el nivel de seguridad y de confidencialidad que se debe mantener para las distintas categorías de información. El acceso a cada categoría de información viene definido por el tipo de trabajo y la función. El sistema de información define:

- Qué personas tienen acceso a la información;
- El tipo de información a la que se tiene acceso;
- La obligación del usuario de mantener la información confidencial, y
- El proceso que se sigue cuando se violan la confidencialidad y la seguridad

Un aspecto para mantener la seguridad de la información del paciente es determinar la persona autorizada para obtenerla e introducir datos en su expediente clínico. El establecimiento desarrolla una normativa que autoriza a los profesionales designados para ello y especifica el contenido y el formato de los registros en los Expedientes clínicos de los pacientes. Existe un procedimiento que garantiza que sólo las personas autorizadas pueden introducir datos y que en cada registro debe constar el responsable, fecha y hora.

GIN 1.2 El Sistema cuenta los mecanismos para mantener la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El sistema incluye los mecanismos de mantener la confidencialidad de la información y los datos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Normativa de manejo de la información
2. El sistema incluye los mecanismos de mantener la seguridad para cada categoría de datos y de la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar • La seguridad del sistema de archivo • Existencia de archivos por categorías
3. El sistema incluye los mecanismos para mantener la integridad de los datos y de la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la seguridad del sistema • Copias de seguridad

GIN 1.3 El Sistema define los niveles de seguridad necesarios. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El sistema determina las personas a las que se les permite el acceso a cada categoría de datos e información.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Normativa de manejo de la información que determine el personal autorizado para el acceso a cada categoría de datos e información

GIN 1.3.1 La normativa del establecimiento especifica el personal autorizado para introducir datos en el expediente clínico del paciente y establece el contenido y el formato de los archivos. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La normativa del establecimiento determina el personal autorizado para introducir datos en los diferentes instrumentos del sistema de información.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la normativa determine el personal autorizado para la introducción de datos en cada uno de los instrumentos.
2. La normativa del establecimiento determina el formato y la ubicación de los datos en base a la norma nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la normativa determine la ubicación de datos en cada uno de los instrumentos

GIN 1.3.2 Solo el personal autorizado puede introducir datos en el expediente clínico del paciente. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe una norma que asegura que solamente introduce información en el expediente clínico el personal autorizado.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Reglamento de manejo de expediente clínico • Entrevista a 3 funcionarios sobre el conocimiento de este Reglamento

GIN 1.3.3 En cada registro del expediente clínico se debe especificar el responsable, la fecha y la hora. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. En cada registro se identifica al profesional que introduce datos en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 expedientes clínicos, firma y sello.
2. Identificar la fecha y hora de cada registro en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 expedientes clínicos, fecha y hora de cada registro.

GIN 1.4 El establecimiento tiene una normativa sobre el tiempo y confidencialidad en la conservación de los expedientes clínicos y documentos administrativos. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento elabora e implementa una normativa que regula el archivo de los expedientes clínicos de pacientes y documentos administrativos. Estos se retienen durante períodos de tiempo suficientes en cumplimiento de la normativa como documentación legal, en apoyo a la atención de los pacientes, la gestión del establecimiento, la investigación y la formación. Esta normativa respeta la confidencialidad y la seguridad de la información. Cuando finaliza el período de conservación, los expedientes clínicos de los pacientes y otros archivos, datos e información se destruyen adecuadamente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con una normativa para archivar los expedientes clínicos y documentación administrativa, de acuerdo a normas vigentes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Normativa de archivo de documentación • Reglamento de archivo del Expediente Clínico.
2. El establecimiento cumple con el tiempo de conservación de los expedientes clínicos y documentos administrativos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Normativa de archivo de documentación

3. Este proceso de archivo garantiza la confidencialidad y la seguridad deseadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Reglamento de archivo del Expediente Clínico.
4. Todos los archivos y documentos administrativos se destruyen adecuadamente.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> • Normativa de archivo de documentación

GIN 1.5 El Sistema de archivo del expediente clínico y los documentos administrativos se implementa y se mantiene mediante personal adecuado y otros recursos necesarios. (OBLIGATORIO)

Propósito

El Establecimiento implementa el Sistema de archivo de expedientes clínicos y documentos administrativos, facilita el personal, la tecnología y otros recursos necesarios para implementar el sistema y atender las necesidades de información de profesionales en salud, de gestión y otros.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento implementa el sistema de archivo de expedientes clínicos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de archivo clínico en el Organigrama e incorporación en el Programa Operativo Anual • Manual de organización y funciones de la unidad • Manual de Procesos, operaciones y procedimientos de la unidad • Observación directa de archivo en función de manuales existentes
2. El establecimiento implementa el sistema de archivo de documentación administrativa	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones • Manual de Procesos, operaciones y procedimientos • Observación directa de archivo en función de manuales existentes
3. El establecimiento determina un responsable de la unidad de archivo clínico, con la capacitación correspondiente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Memorando de designación • Proceso de inducción y confirmación en el puesto
4. El sistema cuenta con el personal necesario y capacitado de acuerdo a la complejidad del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de Cargos • Memorando de designación • Proceso de inducción
5. La implantación del sistema cuenta con la tecnología y los recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Programa Operativo Anual • Evaluación de cumplimiento del POA

GIN 1.6 Se protege la información y los Expedientes clínicos de la pérdida, la destrucción y el acceso o uso indebido o no autorizado. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los expedientes clínicos de los pacientes y documentos administrativos están seguros y protegidos en todo momento. Por ejemplo, los expedientes clínicos vigentes se guardan en áreas a las que sólo puede acceder el personal autorizado, y se mantienen en lugares protegidos del calor, el agua, el fuego u otros. El establecimiento también previene las posibilidades de acceso no autorizado a información electrónica e implementa procesos para evitarlo.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se protegen los Expedientes Clínicos y la documentación administrativa contra la pérdida o destrucción.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente de archivo • Reglamento de archivo • Observación directa
2. Se protegen los Expedientes Clínicos y la documentación administrativa contra la manipulación y el acceso o uso indebido o no autorizado.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En el Reglamento de archivo • Entrevista al personal • Registro de movimiento de expedientes clínicos y documentación administrativa

GIN. 1.7 El establecimiento cuenta con un Sistema de información y procesamiento de datos, para satisfacer las necesidades de datos e información del personal del establecimiento y de instituciones externas al mismo, que se atienden en el momento oportuno, en un formato que cumpla con la norma vigente. (OBLIGATORIO)

Propósito

El formato y los métodos de transmisión de datos e información se realizan en función de la norma nacional y características del establecimiento. Las estrategias de transmisión incluyen:

- Facilitar la información específica que necesite o requiera;
- Dar al informe una forma que facilite su uso en el proceso de decisión;

- Proveer informes con la frecuencia necesaria;
- Establecer conexiones con fuentes de datos y de información,
- Facilitar la interpretación o clasificación de datos, generar indicadores de gestión.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La transmisión de información y datos atiende las necesidades del personal e instituciones externas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Copia de informes • Entrevista al personal
2. El personal e instituciones externas reciben datos e información en el momento oportuno.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al personal • Copias de informes
3. El personal e instituciones externas reciben datos e información en un formato que facilite su uso.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Formato de formularios • Entrevista al personal

NO APLICA: GIN 1.8, GIN 1.9

GIN 1.10. La información generada en las distintas unidades está integrada para apoyar la gestión y el gobierno del establecimiento. (OBLIGATORIO)

Propósito

El proceso de gestión de la información posibilita la combinación de información de varias fuentes y la elaboración de informes que apoyen la toma de decisiones y planificación en forma participativa. Además de la comparación de los datos en un momento dado y a través del tiempo.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La información generada en las distintas unidades se integran para apoyar la toma de decisiones y planificación en forma participativa.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Informes por unidades • Información procesada y analizada por unidades, con determinada periodicidad
2. Se cumple con el envío de la información solicitada por el SNIS a través de los canales correspondientes y de acuerdo a normas establecidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de envío de información al SNIS con conformidad de recepción
3. Se consigna los datos estadísticos referentes a enfermedades de notificación obligatoria y se notifica inmediatamente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de envío de información de enfermedades de notificación obligatoria con conformidad de recepción

GIN 1.11 Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación sobre el sistema de información. (OBLIGATORIO)

Propósito

El personal que genera, recoge, analiza y utiliza datos e información recibe capacitación para participar de forma efectiva en la gestión de la información.

Esto les permite:

- Entender la seguridad y la confidencialidad de los datos, información y documentación
- Utilizar instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos
- Ayudar a interpretar los datos
- Utilizar datos e información para apoyar la toma de decisiones
- Educar y apoyar la participación de los pacientes y las familias en los procesos de atención
- Utilizar indicadores para evaluar y mejorar los procesos de trabajo y de atención
- Capacitar al personal según su responsabilidad, la descripción de su puesto de trabajo y necesidades de datos, información y documentos.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación en el sistema de gestión de la información	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa actualizado de capacitación elaborado por el sub – comité del CAIH • Registro de participantes
2. La formación se adecua a las distintas necesidades y responsabilidades laborales	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa actualizado de capacitación por unidades y niveles jerárquicos • Registro de participantes.

GIN 1.12 El establecimiento analiza y toma decisiones a través del Sub - Comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH) (OBLIGATORIO)

Propósito

Con el fin de vigilar el comportamiento de la gestión hospitalaria en base a los datos del servicio estadístico del establecimiento y siguiendo las normas para el registro, procesamiento, análisis de los datos y comunicación de la información, el establecimiento cuenta con el sub – comité de análisis de la información hospitalaria, que realiza análisis periódico de los indicadores para evaluar el comportamiento y tendencia de los mismos a nivel institucional y por servicios, cumplir y hacer cumplir las normas y procedimientos del SNIS relacionados con el manejo de los datos y la información. Debe preparar y realizar el CAIH del establecimiento, participar en la capacitación del personal en el manejo de la información y preparar informes para las autoridades superiores.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con el sub- comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH)	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Memorando de designaciones • Actas de reuniones del sub – comité
2. El sub-comité CAIH realiza análisis periódico de la información e indicadores para evaluar el comportamiento y tendencia de los mismos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Resultados de análisis periódico de la información e indicadores • Recomendaciones emanadas del análisis • Seguimiento de cumplimiento de recomendaciones.
3. El sub-comité CAIH cumple y hace cumplir las normas y procedimientos del SNIS relacionados con el manejo de los datos y la información	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procesos, operaciones y procedimientos acorde con las normas de SNIS • Instrumentos de evaluación periódica • Resultados de la evaluación
4. El subcomité prepara y realiza el CAIH del establecimiento e informes para las autoridades superiores	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Informe de resultados del CAIH de la gestión
5. El sub- comité participa en la capacitación del personal en el manejo de la información	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de capacitación vigente • Registro de participantes en la capacitación • Resultados de evaluación de capacitación

EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE

GIN. 2 El establecimiento inicia y conserva el expediente clínico de cada paciente diagnosticado o tratado. (OBLIGATORIO)

Propósito

Cada paciente diagnosticado o tratado en el establecimiento de salud tiene un Expediente Clínico. Se asigna una codificación a cada expediente clínico de acuerdo a normas vigentes, que permite al establecimiento localizar fácilmente los expedientes clínicos y documentar la atención prestada a lo largo del tiempo.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se abre un expediente clínico para cada paciente tratado o diagnosticado por el establecimiento.	Verificar aleatoriamente: <ul style="list-style-type: none"> • Concordancia del registro de pacientes con existencia de Expedientes Clínicos individuales
2. Los expedientes clínicos se archivan a través de una codificación única para cada paciente, de acuerdo a normas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Codificación en archivo de expedientes clínicos.

Propósito de GIN.2.1 hasta GIN.2.1.1

El Expediente Clínico de cada paciente debe aportar la suficiente información para apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados del tratamiento. El formato y contenido estandarizado del Expediente Clínico del paciente, ayuda a promover la integración y la continuidad de la atención entre los distintos profesionales en salud.

El establecimiento cumple con la norma vigente que determina el contenido específico del expediente clínico, de cada paciente diagnosticado o tratado ambulatoriamente, en urgencias o internación.

GIN.2.1 El Expediente Clínico contiene la información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los profesionales en salud. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cumple con la norma vigente que determina el contenido específico del expediente clínico.	Verificar aleatoriamente en 3 expedientes clínicos de pacientes egresados, existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Informe de ingreso y egreso • Epicrisis • Historia clínica • Hojas de evolución • Hojas de órdenes médicas • Informes de laboratorio y gabinete • Consentimiento informado • Registro pre, trans y post anestesia • Protocolo quirúrgico • Informe de anatomía patológica • Gráfica de temperatura y signos vitales • Hoja de medicamentos • Notas de enfermería • Otros de acuerdo a normas
2. El expediente clínico contiene la información adecuada para identificar al paciente.	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> • En todas las hojas del expediente clínico.
3. El expediente clínico contiene la información adecuada para apoyar el diagnóstico.	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica (listado de diagnósticos) • Resultados de exámenes auxiliares al diagnóstico
4. El expediente clínico contiene la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento prestado.	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> • En hojas de evolución
5. El expediente clínico contiene la información adecuada para documentar la evolución y los resultados del tratamiento prestado.	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> • En hojas de evolución • Resultados de interconsultas, exámenes auxiliares y otros
6. El expediente clínico promueve la continuidad de la atención.	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones de alta al paciente

GIN.2.1.1 (NO APLICA)

GIN.2.2 Como parte de las actividades de mejora, el establecimiento evalúa regularmente el contenido del expediente clínico del paciente y comprueba que esté completo. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento cumple con la norma vigente en cuanto al contenido y el formato del expediente y establece un proceso de evaluación a través del Comité de Gestión de calidad y Auditoría médica. Este Comité cuenta con un programa y cronograma de trabajo, elabora el reglamento interno de manejo del expediente clínico; emite informes, recomendaciones y realiza seguimiento a las mismas. Este proceso forma parte de las actividades de mejora de la calidad del establecimiento y se lleva a cabo de manera regular.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento cuenta con el Comité de Gestión de calidad y Auditoría médica que tiene un programa y cronograma de trabajo de acuerdo a la norma vigente, elabora el reglamento interno de manejo del expediente clínico.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Memorandum de designación • Programa y cronograma de trabajo de la gestión • Reglamento de manejo del expediente clínico • Actas de reunión
2. El Comité de gestión de Calidad y auditoría Médica cumple con el programa y cronograma de trabajo de acuerdo a normas vigentes.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> • Informes del Comité de Gestión de calidad y Auditoría médica • Recomendaciones • Seguimiento de cumplimiento de recomendaciones.

GIN.2.3 Los profesionales en salud tienen acceso a la información del expediente clínico del paciente cada vez que le atienden. (OBLIGATORIO)

Propósito

Los expedientes clínicos deben estar completos y también a disposición de los profesionales en salud. El establecimiento dispone de un procedimiento que garantiza el acceso a la información de los expedientes clínicos del paciente en cualquier etapa de la atención.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los profesionales en salud tienen acceso al expediente clínico cada vez que asisten o tratan al paciente.	<ul style="list-style-type: none">Entrevista a los profesionales de salud. (3 – 5)

GIN 2.4 El establecimiento utiliza procedimientos estandarizados para la codificación de la información. (OBLIGATORIO)

Propósito

La terminología, las definiciones y la nomenclatura estandarizada facilitan la comparación de los datos y de la información entre organizaciones y dentro de ellas. El uso uniforme de codificación estandarizada apoya la recolección y análisis de datos. Las abreviaturas y los símbolos también están estandarizados en función a normativa local y nacional vigentes.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados clasificación internacional de enfermedades (CIE- vigente), así como abreviaturas y símbolos de acuerdo a normativa actualizada.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">En el Expediente Clínico.En los formularios de recolección de información

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)

VISIÓN GENERAL

Los establecimientos de salud deben contar con instalaciones seguras, funcionales, de apoyo para pacientes, familiares, personal y visitantes. Para alcanzar este objetivo, las instalaciones, el equipo médico y otros equipos deben administrarse de manera efectiva. En especial, la gestión debe perseguir:

- Reducir y controlar los riesgos y peligros;
- Prevenir accidentes y lesiones, y
- Mantener condiciones seguras.

Una gestión eficaz incluye:

- La planificación del espacio, el equipo y los recursos necesarios para apoyar los servicios clínicos facilitados de manera segura y eficaz;
- La información y capacitación al personal sobre las instalaciones, la forma de reducir el riesgo e informar de situaciones que planteen riesgo a los responsables de la supervisión;
- La monitorización del plan de seguridad y la implementación de mejoras necesarias.

La planificación toma en cuenta las siguientes áreas, según las instalaciones y las actividades del establecimiento:

1. Seguridad: Los edificios, terrenos, sistemas e instalaciones no ponen en peligro a sus ocupantes.
2. Vigilancia: Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.
3. Emergencias: Se planifica una respuesta eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.
4. Seguridad contra incendios: Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo.
5. Equipamiento médico: Se selecciona, se mantiene y se utiliza de manera que se reduzcan los riesgos.
6. Instalaciones: Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua, entre otros, se mantienen para minimizar el riesgo de alteración de funcionamiento.

Las leyes, normas determinan en gran parte el diseño, uso y mantenimiento de las instalaciones, ratificada por las inspecciones por parte de autoridades. Todos los establecimientos, independientemente de sus dimensiones y sus recursos, deben cumplir con estos requisitos como parte de sus responsabilidades hacia los pacientes, familias, personal y visitantes. Con el paso del tiempo, conocen más a fondo los detalles de la instalación que ocupan. Se recopilan datos proactivamente y desarrollan estrategias para reducir riesgos y mejorar el entorno de atención del paciente.

PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN

GSI.1 (NO APLICA) , GSI.1.1 (NO APLICA) , GSI.2 (NO APLICA) , GSI.2.1 NO APLICA)

Propósito de GSI.3 hasta GSI.3.2

El riesgo de incendio está siempre presente en un establecimiento de salud. Los establecimientos deben planificar la manera de proteger a sus ocupantes en caso de fuego o humo. Los establecimientos planifican de manera especial:

1. La prevención de incendios a través de la reducción de riesgos como la manipulación y el almacenamiento seguro de materiales potencialmente inflamables.
2. Los peligros relacionados con cualquier construcción en el edificio que ocupen los pacientes o construcciones adyacentes a éste.

3. Las salidas de incendios, que deben ser seguras y sin obstáculos;
4. El aviso rápido o sistemas de detección rápida, sensores de humo o alarmas contra incendios.
5. Los sistemas de extinción de incendios como mangueras de agua, productos químicos o cabezas rociadoras automáticas de techo.

La combinación de estas acciones da a los pacientes, las familias, el personal y las visitas, el tiempo necesario para salir de la instalación de manera segura en caso de fuego o humo. Estas acciones son eficaces independientemente de la antigüedad y las dimensiones o el tipo de construcción de la instalación.

El plan de seguridad contra incendios del establecimiento especifica:

- La frecuencia de la supervisión del funcionamiento y el mantenimiento de los sistemas de seguridad y de protección contra incendios, ajustada a las necesidades.
- El procedimiento para supervisar, al menos dos veces por año, el plan de evacuación de la instalación en caso de fuego o humo.
- La capacitación necesaria del personal para proteger y evacuar a los pacientes de manera eficaz en caso de emergencia.
- La participación del personal al menos en un simulacro de emergencia anual. Todas las supervisiones, los simulacros y el mantenimiento se documentan.

Existe un programa para garantizar la seguridad de los ocupantes del establecimiento con respecto a fuego, humo y otras emergencias.

GSI.3 El establecimiento planifica e implementa un programa para garantizar la seguridad de los ocupantes de sus instalaciones ante el fuego, el humo u otras emergencias. (OPCIONAL)

GSI.3.1 La planificación incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El programa incluye la reducción de los riesgos de incendio.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa contra incendios
2. El programa incluye la evaluación de los riesgos de incendio en construcciones dentro de la instalación o adyacentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el programa contra incendios
3. El programa incluye la pronta detección de fuego y humo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa contra incendios
4. El programa incluye la extinción del fuego y la contención del humo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa contra incendios • Verificar existencia de extintores de incendios
5. El programa incluye la salida segura de la instalación en caso de fuego u otras emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa contra incendios • Verificar salidas de emergencia

GSI.3.2 (NO APLICA)

GSI.3.3 El establecimiento cumple con la ley referida a la prohibición del uso de tabaco en establecimientos de salud. (OBLIGATORIO)

Propósito

El establecimiento cumple con la norma y desarrolla políticas para prohibir el consumo de tabaco que afecta a los pacientes, familias, personal y visitas

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento ha elaborado una normativa y un plan para eliminar el consumo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar plan y normativa
2. El plan se aplica a los pacientes, las familias, las visitas y el personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar cumplimiento del plan

Propósito de GSI.3.4 a GSI.3.7.1

Los establecimientos de salud cuentan con sistemas de instalaciones y de equipamiento médico distintos en función a las necesidades del paciente, de los recursos y de la misión del establecimiento. Con independencia del tipo de sistema y del nivel de sus recursos, los establecimientos necesitan proteger a los pacientes y al personal en caso de emergencias como averías, interrupción de suministros o contaminación.

Para prepararse para este tipo de emergencias, el establecimiento:

- Identifica el equipo, los sistemas y los lugares que entrañan mayores riesgos para los pacientes y el personal. Por ejemplo, identifica necesidades de iluminación, refrigeración, mantenimiento vital y agua limpia para lavar y esterilizar los suministros;
- Evalúa y minimiza los riesgos de averías en los sistemas en estas áreas;
- Planifica las fuentes de suministros de emergencia para la electricidad y el agua potable;
- Revisa la disponibilidad y la fiabilidad de las fuentes de suministro de emergencia de agua y de electricidad,

- Documenta los resultados de las inspecciones.

GSI.3.4 El establecimiento cuenta con sistemas de emergencia para proteger a sus ocupantes, en caso de avería del sistema eléctrico o de falta de abastecimiento de agua, contaminación o alteración de funcionamiento. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento ha identificado las áreas y los servicios de mayor riesgo en caso de avería eléctrica o de contaminación o interrupción de suministro de agua.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar identificación de áreas y servicios de mayor riesgo en el programa de gestión de las instalaciones
2. El establecimiento busca reducir los riesgos de incidentes de ese tipo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar plan de contingencias dentro del programa de gestión de las instalaciones
3. El establecimiento planifica fuentes alternativas de suministro de agua y electricidad en caso de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar existencia y funcionamiento de generador eléctrico y tanques de suministro de agua

NO APLICA: GSI.3, GSI.3.6, GSI.3.7, GSI.3.7.1, GSI.4, GSI.4.1, GSI.4.2, GSI.5

EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES

Propósito de GSI.6 y GSI.6.1

El establecimiento garantiza el suministro de equipamiento médico y su perfecto funcionamiento a través de:

- Realizar inventario del equipamiento médico;
- Evaluar el equipamiento médico de manera regular;
- Comprobar el equipamiento en cuanto a su uso y requisitos, y
- Realizar mantenimiento preventivo.

Personal calificado facilita estos servicios. El equipamiento se inspecciona y comprueba cuando es nuevo y posteriormente de manera continua, según su antigüedad y uso, o en función de las instrucciones del fabricante. Se documentan las evaluaciones, pruebas y cualquier mantenimiento. Esto sirve para asegurar la continuidad del mantenimiento y ayuda a planificar las mejoras, los repuestos y otros cambios.

GSI.6. El establecimiento planifica e implementa un programa para supervisar, evaluar y mantener el equipamiento médico y documentar los resultados. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El equipamiento médico del establecimiento se gestiona según un plan.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar plan de gestión de equipamiento • POA de la gestión
2. Existe un inventario del equipamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inventario de la gestión
3. El equipamiento médico se inspecciona regularmente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar documentos de inspección regular del equipo
4. El equipo médico se comprueba cuando es nuevo y se revisa posteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar revisión del equipo al ingreso y periódicamente
5. Existe un programa de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa de mantenimiento preventivo
6. Profesionales calificados del establecimiento a o través de compra de servicios facilitan el mantenimiento del equipamiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Perfil del profesional del encargado de mantenimiento • Convenio con empresas o profesionales que brinden el servicio de mantenimiento

GSI.6.1. (NO APLICA)

CAPACITACION AL PERSONAL EN SEGURIDAD

NO APLICA: GSI.7, GSI.7.1, GSI.7.2

GLOSARIO DE TERMINOS

Acreditación:

La Acreditación es un proceso continuo, dinámico, obligatorio y confidencial, que en base a estándares establecidos evalúa, estructura, proceso y resultados de la atención a los pacientes y de la gestión de los establecimientos de salud, con el fin de promover la calidad en la oferta de servicios.

Aseguramiento de la calidad:

Dar evidencia que se puede confiar en que la función de la calidad se ha llevado a cabo. Proporciona confianza en que se cumplirán los requisitos

Atención en Salud:

Es toda acción o disposición coadyuvante al acto médico, que respaldada por normas y protocolos, realiza el personal funcionario que se desempeña en los servicios de salud.

Auditoria en Salud:

Es un procedimiento de evaluación permanente de la calidad en la gestión y asistencia de todos los servicios del sector salud, con el fin de detectar su funcionamiento real, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento.

Bioseguridad:

Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objeto proteger la salud y seguridad personal de los profesionales de salud y pacientes frente a los diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.

Brote:

Incremento inusual de casos de una enfermedad en un periodo de tiempo y población determinada.

Calidad:

"Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos". **Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoria – MSD.**

"Calidad es el grado en el que un conjunto de características del servicio cumple con los requisitos especificados en la ISO 9000: 2000". **Norma ISO 9000 - 2000**

"Funciones y características de un producto o servicio con capacidad para satisfacer las necesidades del usuario". **American Society for Quality Control - USA**

Cargo o puesto:

Es el conjunto de operaciones, actividades, aptitudes, responsabilidad y condiciones que forman una unidad específica e impersonal de trabajo.

Certificación:

Es un proceso mediante el cual un organismo reconocido e independiente de las partes interesadas, atestigua que un producto, proceso o servicio está conforme con una norma o requisitos especificados.

Control de la calidad:

Es un proceso de evaluación y retroalimentación sobre los resultados operativos reales para alcanzar los objetivos del servicio

Credenciales:

Documento legal para verificar y evaluar la titulación actual, formación y experiencia relevante.

Equipo de salud:

Conjunto de personas que, de acuerdo a normativa establecida, actúan organizativamente entre si y con la comunidad, cumpliendo cada uno con las funciones específicas para las cuales están debidamente capacitadas, a favor de la salud de las personas, la familia, la comunidad y el medio ambiente.

Establecimiento de salud:

Es la unidad funcional destinada al cuidado y a la atención de la salud del paciente, familia y comunidad, de manera integral, intercultural y con equidad de género y generacional, a través de la educación, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Cuenta con infraestructura física, equipamiento, recursos humanos e insumos, de acuerdo al nivel de atención y grado de complejidad.

Estándares de acreditación:

Nivel mínimo aceptable y adecuado de una característica necesaria para mejorar y mantener la calidad.

Estructura del establecimiento de salud:

Es el conjunto de recursos humanos, financieros, materiales, equipos, suministros, infraestructura, sistemas de información y sistemas de financiamiento de un establecimiento de salud.

Expediente Clínico.- Es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el Historial Clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud.

Evaluación:

Es un proceso permanente para observar y medir la estructura, proceso, resultado e impacto a través de criterios preestablecidos de eficiencia y oportunidad, con el propósito de comparar y tomar las decisiones necesarias para el mejoramiento de la gestión de salud.

Gestión:

Es el proceso mediante el cual se obtiene, despliega o utiliza una variedad de recursos básicos para apoyar los objetivos de la organización.

Gestión de calidad:

"Proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanente calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observancia de normas y estándares, previamente establecidos y acordados ". Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría – MSD

"La gestión de calidad constituye una práctica de gestión o gobierno de sistemas sociales (organizaciones) basada en enfoques de calidad, estos enfoques se proponen asegurar procesos que respondan a criterios de eficiencia, eficacia y de compromiso y participación interna, y de consideración y atención a las expectativas de los clientes externos y partes interesadas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad". Gestión de Calidad ISO 9000:2000 en establecimientos de salud MSD/PSRN-GTZ año 2003

"Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico". Artículo 4 de la Ley Nº 3131 de 08 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico

Gestión de riesgo:

Proceso anticipativo que dirige las actividades de organización para identificar y valorar los riesgos en función a su potencial de frecuencia y gravedad, eliminar los riesgos que pueden serlos, reducir los efectos de los que no pueden ser eliminados, aplicado a pacientes, el personal de salud, las visitas y la propia organización.

Gestor de Calidad:

Es el ente del establecimiento de salud, encargado de velar y controlar el cumplimiento de la calidad en el funcionamiento de los servicios que ofrece. De inicio puede ser un profesional médico único especializado en gestión de calidad y Auditoría en Salud, que de acuerdo a requerimientos crecientes o magnitud del establecimiento, se convierta con el tiempo en un equipo técnico de mayor complejidad. Sus funciones se encuentran detalladas en el Reglamento General de Establecimientos de Salud y en el documento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud.

Habilitación:

Es la autorización que otorga la autoridad jurisdiccional competente para el funcionamiento regular de un establecimiento de salud de acuerdo a las normas definidas en base a la caracterización y los estándares mínimos que le corresponde cumplir, según nivel y complejidad de atención.

Isocronas:

Es la representación grafica del ámbito geográfico accesible desde un punto determinado, en un tiempo y distancia especificado.

Manual de cargos:

Conjunto de los POAis (programa operativo anual individual) que identifican al puesto, describen funciones y resultados del mismo, estableciendo atribuciones, facultades, deberes y requisitos del puesto referidos a formación, experiencia y competencias personales.

Manual de procesos:

Instrumento de gestión donde de manera ordenada y metódica se describen todos los procedimientos y operaciones que deben seguirse para la ejecución de los procesos que cumple cada unidad organizacional; incluye la denominación y objetivo del proceso, normas de operación, descripción del proceso y sus procedimientos, diagrama de flujos y formularios.

Mapa microbiológico y de resistencia antimicrobiana:

Señala la distribución de las bacterias patógenas y la sensibilidad a los antimicrobianos por servicios, este debe ser desarrollado por el laboratorio de microbiología.

Monitorización:

Revisión sistemática de la información para identificar los cambios en una situación.

Observación directa:

Metodología para verificar parámetros de evaluación referidos a infraestructura, insumos y desempeño del personal de una unidad o servicio.

Parámetros de evaluación:

Es el elemento que permite evaluar el cumplimiento del estándar.

Personal de salud:

Recurso humano permanente o eventual, que conformando el equipo de salud, cumple funciones en las instituciones, establecimientos y servicios de salud.

Proceso:

Es una secuencia de actividades que transforman los insumos en resultados que generan beneficios para los usuarios.

Procedimientos:

Son el conjunto de actividades que contribuyen a la ejecución de los procesos. Un procedimiento establece como debe hacerse en el sentido amplio (que se debe hacer, cuando, cómo, donde y quien lo hace).

Propósito:

Describe los parámetros de evaluación y su importancia de la estandarización de procesos de atención al paciente y de gestión del establecimiento.

Reevaluación:

Proceso que verifica la evolución del paciente.

Referencia:

Envío oportuno y adecuado del paciente de un establecimiento de salud a otro de mayor capacidad resolutive para su atención.

Servicios de salud:

Es toda atención de salud que brinda a la población la institución prestadora de servicios de salud

Unidad que facilita la interacción del personal de salud para fortalecer el trabajo en equipo, la ejecución de políticas, normas, programas y actividades tendientes a la mejora continua de la calidad de atención y gestión del establecimiento.

Sistema de gestión de la calidad:

Forma en la que la organización dirige o controla las actividades asociadas a la calidad, define la estructura de la organización, procesos, documentación para alcanzar los objetivos de la calidad y mejorar los servicios para cumplir los requisitos de los usuarios.

Terciarización:

Proceso mediante el cual se adquiere servicios y bienes a organizaciones externas.

Transferencia:

Envío oportuno y adecuado del paciente de una unidad o servicio de salud a otro según sus necesidades, ya sea al interior de un mismo establecimiento o de otro de dependencia de otro subsector.

Usuario Interno:

Es toda persona que demanda servicios del establecimiento de salud donde se desempeña, para el cumplimiento de sus funciones habituales.

Usuario externo:

Para objeto de la presente norma, se define como usuario externo, a toda persona natural o jurídica que demanda atención profesional médica o atención de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud y Deportes. Reglamento General de Hospitales, segunda edición . La Paz – Bolivia, Enero 2005.
2. Ministerio de Salud y Deportes. R.M. N° 0853 - Implementación de Sistemas de Información gerencial WINSIG, SIAF, CISE. 2005.
3. Ministerio de Salud y Deportes. R.M. N° 0854/05–Responsable de Epidemiología Hospitalaria. 2005
4. Ministerio de Salud y Deportes. R.M. N° 0855 - Creación del Comité de Vigilancia Hospitalaria con Subcomités Residuos Hosp., Bioseguridad, IIH, CAI. 2005
5. Ministerio de Salud y Deportes. Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010. Bolivia, 2006.
6. Ministerio de Salud y Deportes. LEY N° 3131.- Del ejercicio profesional médico: Derechos y deberes de los médicos, auditoría médica. 2006.
7. Ministerio de Salud y Deportes. D.S. N° 28562 - Reglamentación Normas y protocolos, gestión de calidad. 2006
8. Ministerio de Salud y Deportes. R.M. 0854/06. Publicación e implementación del Manual de "Monitoreo del desempeño Hospitalario – Gestión Gerencial". 2006
9. Ministerio de Salud y Deportes. Manual para la Acreditación de Hospitales. La Paz, 2004.
10. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Certificación de Establecimientos de Salud. La Paz, 2004.
11. Secretaría Nacional de Salud. Manual de Acreditación de Hospitales de Bolivia. La Paz, 1996.
12. OPS/OMS, Federación Latinoamericana de Hospitales. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistema Locales de Salud – La Garantía de Calidad, Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe. Enero 1992.
13. Organización Panamericana de la Salud. La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. 1992.
14. Costa Carballo CM. El control de calidad: una herramienta para la gestión sanitaria. Ciencias de la Información 1994; 3(5):142-55.
15. Munro Faure L, Munro Faure M. La gestión de Calidad Total. La calidad total en acción. Barcelona. Ediciones Folio S.A. 1994. P: 17-33.
16. Brito P, Clasen MA, De Otero EC. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. Washington DC. OPS. 1994. P: 33-61.
17. Munro Faure L, Munro Faure M. Conozca a sus clientes. La calidad total en acción. Barcelona. Ediciones Folio S.A. 1994. P: 35-45.
18. Morales V. La Experiencia Internacional sobre evaluación y acreditación de la educación superior y de postgrado: una visión panorámica. Educación Superior y Sociedad 1996; 7: 59-72.
19. Gómez J, Tamayo GL, Rincón BR. Metodología de autoevaluación institucional. Bogotá: Universidad EAFIT, ASCUN, 1997.
20. República de Colombia. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional. Consejo Nacional de Acreditación. CNA. Lineamientos para la acreditación. 3ª ed. 1998.
21. Aguilar AA, Campos B, Milton R. Metodología de acreditación de áreas de salud. Quito; s.n; 1998. 272 p. graf.
22. Rosselot E. Control de calidad en la profesión. Acreditación en Medicina. Boletín de la Academia Chilena de Medicina. 1998; 35; 65 - 77.
23. Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Colombia.1999.
24. Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales Joint Comission International Accreditation, coodinación de la Fundación Avedis Donavedian para la mejora de la asistencia sanitaria, Viena Serveis Editorial, 2001, Barcelona.
25. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC. ISO 9000:2000 Guía para las pequeñas empresas. Traducción al español. Bogotá, Colombia, 2001.

26. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial. Departamento de calidad en la Red. Propuesta Modelo Único de Acreditación de Hospitales para Chile; 2001.
27. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial. Departamento de calidad en la Red. Propuesta Modelo Único de Acreditación de Hospitales para Chile; 2001.
28. Tovar MC, Duque BAM, González SL, et al. Construyendo una cultura de calidad. Cali: Artes Gráficas del Valle, 2002.
29. De la Cal A, Pérez P, Gayoso P. Comisión Técnica Federal SaAP. Sistema de acreditación en atención primaria (SaAP) (III): retos de la formación continuada. *Aten Primaria*;30(10):638-42, 2002 Dec.
30. Bolívar de Sousa, Luisa I, Zamora R. Estándares de acreditación para los establecimientos ambulatorios del sector salud: diseño y validación / Accreditation. Caracas; s.n; feb. 2002. [246] p. tab.
31. Swisscontact. Manual para el manejo de residuos sólidos generados en establecimientos de salud. La Paz, mayo 2003.
32. Alvarez HF. Calidad y Auditoría en Salud. Reimpresión Bogotá, Colombia, agosto 2004.
33. Pardell H, Gual A, Segura H. Acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias en España. Perspectivas futuras. *Med Clin (Barc)*; 126 (10) :380-3, 2006 Mar 18.
34. Sánchez LJ, Carabaño MR, Zubeldia SF, Romero LT. El proceso de acreditación de calidad en una unidad de gestión clínica de atención primaria. *Aten Primaria*;37(2):117-8, 2006 Feb 15.
35. Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de salud. Pueden consultarse en la página electrónica de la Secretaría de Salud: <http://www.salud.gob.mx/>.
36. Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada, Barcelona, Spain. ccfmc@comb.es

RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCION

RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Nº	ESTANDAR	NIVEL III	NIVEL II	NIVEL I
ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)				
1	ACA.1 Los pacientes tienen acceso a los servicios del establecimiento de salud en función de sus necesidades de atención y de acuerdo a la misión, el nivel y los recursos del establecimiento	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
2	ACA.1.1 El establecimiento tiene un proceso de admisión de pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
3	ACA.1.1.1 Los pacientes con necesidades urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
4	ACA.1.1.2 Se da prioridad a las necesidades de servicios preventivos, paliativos, curativos y de rehabilitación según el estado del paciente en el momento en que entra en el Establecimiento de Salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
5	ACA.1.2 Al ingreso, los servicios de salud facilitan la siguiente información a los pacientes, sus familiares o persona responsable: acerca de los servicios con los que cuenta el establecimiento y los probables gastos que deberá asumir el paciente o su familia .	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
6	ACA.1.3 El establecimiento procura reducir las barreras físicas, idiomáticas, socioculturales u otras que impidan el acceso y la provisión de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
7	ACA.1.4 Para determinar si el paciente debe ser ingresado, se realiza una valoración clínica integral de acuerdo a procedimientos establecidos.	OBLIGATORIO	OPCIONAL	OPCIONAL
8	ACA.1.5 El ingreso o el traslado a unidades que prestan servicios especializados, cuidados intermedios o intensivos viene determinado por criterios establecidos, según el nivel de complejidad. .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
9	ACA.1.6 El ingreso o el traslado a investigación y a otros programas diseñados para atender las necesidades especiales de los pacientes se determina mediante protocolos y criterios establecidos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN				
10	ACA.2 El establecimiento de salud diseña y desarrolla procesos que permiten la continuidad de la atención en el mismo y la coordinación entre los diferentes profesionales de salud, servicios y otros establecimientos proveedores de servicios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
11	ACA.2.1 En todas las etapas de la atención, existe uno o varios profesionales calificados e identificados como responsables de la atención al paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
12	ACA.2.2 La información sobre la atención al paciente y la respuesta del paciente a ésta se comparte entre médicos, enfermeras y otros profesionales de salud durante cada cambio de personal, entre turnos y durante los traslados entre unidades.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
13	ACA.2.3 El expediente clínico del paciente está a disposición de los profesionales de salud que participan en la atención del paciente, para facilitar el intercambio de información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
14	ACA.2.4 La información relacionada con la atención al paciente se transfiere con éste al interior del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
ALTA, REFERENCIA Y SEGUIMIENTO				
15	ACA.3 En el Reglamento de manejo del expediente clínico existe un procedimiento para dar el alta o referir a los pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
16	ACA.3.1 El establecimiento coordina con otros profesionales y otros establecimientos de salud para garantizar referencia oportuna y adecuada o la necesidad de otro tipo de apoyo posterior al alta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
17	ACA.3.2 Los pacientes y su familia reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la referencia o del alta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
18	ACA.3.3 Los Expedientes clínicos de los pacientes incluyen una copia del informe del alta (epicrisis), resumen de egreso (nota de alta) o la nota de alta solicitada.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
19	ACA.4 Existe un procedimiento de referencia de pacientes a otro establecimiento de salud para atender las necesidades de continuidad de la atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
20	ACA.4.1 El establecimiento de origen se asegura que el establecimiento de destino puede atender las necesidades de atención del paciente a referir y firma acuerdos o convenios de manera formal para garantizar la continuidad de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

21	ACA.4.2 El establecimiento de destino recibe un informe por escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por el establecimiento de origen.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
22	ACA.4.3 Durante el traslado, un médico supervisa el estado del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
23	ACA.4.4 El proceso de traslado se documenta en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
24	ACA.5 El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte de éste.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
EVALUACIÓN DEL PACIENTE (ATENCIÓN INICIAL). (EDP)				
25	EDP. 1. Todos los pacientes atendidos en el establecimiento tienen necesidades de atención identificadas mediante un proceso de evaluación.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
26	EDP. 1.1 El establecimiento debe adoptar y utilizar las Normas y protocolos de atención médica para facilitar la evaluación del paciente y disminuir así la variabilidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
27	EDP. 1.2 Las evaluaciones se completan en el período establecido por el establecimiento .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
28	EDP. 1.3 Los resultados de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente y se ponen a disposición de los responsables de su atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
29	EDP. 2. La evaluación inicial de cada paciente incluye la evaluación física, psicológica, social y económica, incluyendo un expediente clínico completo (anamnesis, exploración física, diagnóstico presuntivo y plan de estudios).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
30	EDP. 2.1 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican desde la evaluación inicial.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
31	EDP. 2.1.1 La evaluación médica inicial se documenta en el expediente clínico del paciente dentro de las primeras 24 horas después de su ingreso.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
32	EDP.2.1.2 La evaluación médica inicial se documenta antes de la anestesia o de la cirugía	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
33	EDP.2.1.3 La evaluación médica inicial de los pacientes de urgencias se ajusta a sus necesidades y condiciones.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
34	EDP.2.1.4 La evaluación inicial de enfermería se documenta en el expediente clínico del paciente en el espacio de tiempo que fija el establecimiento	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
35	EDP.2.2 Se examina el estado nutricional y las necesidades funcionales del paciente y se le deriva en caso de necesitar una evaluación y un tratamiento específico .	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
36	EDP.2.3 El establecimiento realiza evaluaciones iniciales individualizadas de los grupos de pacientes especiales (edades extremas, terminales, drogodependientes, alcohólicos, víctimas de abuso o abandono y otros) .	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
37	EDP.2.4 La evaluación inicial incluye establecer la necesidad de planificar la conducta a seguir luego el alta y necesidad de otras evaluaciones especializadas.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
38	EDP. 3 Todos los pacientes se reevalúan en determinados intervalos para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar un tratamiento continuado o el alta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
39	EDP.4 Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por profesionales calificados .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
40	EDP.4.1 Las responsabilidades para evaluar y reevaluar son definidas por escrito .	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LAS EVALUACIONES				
41	EDP.5 Personal médico, de enfermería y otros profesionales y servicios responsables de la atención al paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
42	EDP.5.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes o inmediatas	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
LABORATORIO				
43	EDP. 6 El establecimiento cuenta con laboratorio, que tiene los servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes, y que cumplen con las normas y la legislación nacional y departamental.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
44	EDP. 6.1 El establecimiento dispone de servicios de laboratorio para atender a los pacientes, o bien puede acceder a ellos mediante acuerdos con laboratorios externos .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

45	EDP. 6.2 Existe un programa de seguridad de laboratorio que se controla y documenta .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
46	EDP.6.3 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuados se encargan de realizar los exámenes de laboratorio y de interpretar los resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
47	EDP. 6.4 El establecimiento define el plazo de tiempo para entregar los resultados de las pruebas de laboratorio.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
48	EDP.6.5 Todo el equipo y material de laboratorio se revisa, se mantiene y se calibra de manera regular, conservando los informes de estas actividades.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
49	EDP.6.6 Se dispone de manera regular de reactivos esenciales y de otros suministros.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
50	EDP.6.7 Se siguen procedimientos de toma, identificación, manejo, transporte seguro y eliminación de muestras.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
51	EDP. 6.8 Se utilizan normas y rangos establecidos para interpretar e informar de los resultados del laboratorio clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
52	EDP.6.9 Personal calificado se encarga de la gestión del servicio de laboratorio.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
53	EDP. 6.10 Existen procedimientos de control de calidad que se ejecutan y documentan.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
54	EDP.6.10.1 Existe un proceso para validación de pruebas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
55	EDP.6.11 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios de laboratorio externos de los que se compra servicios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
56	EDP.6.12 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
IMAGENOLOGÍA				
57	EDP. 7 Se dispone de servicios de imagenología (Rayos X y ecografía en Nivel II) que atienden las necesidades de los pacientes y cumplen las normas, la legislación y los parámetros de evaluación vigentes locales y nacionales.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
58	EDP. 7.1 El establecimiento presta servicios de diagnóstico por imagen, o bien puede disponer fácilmente de ellos mediante acuerdos con establecimientos externos cuando no cuente con ellos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
59	EDP.7.2 Existe un programa de seguridad contra la radiación que se controla y se documenta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
60	EDP. 7.3 Profesionales con formación, habilidades, orientación y experiencia adecuados realizan los procedimientos técnicos e interpretan los resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
61	EDP.7.4 Los resultados de imagenología se encuentran disponibles puntualmente, tal y como lo ha definido el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
62	EDP.7.5 Todos los equipos de imagenología se revisan, mantienen y calibran de manera regular, y se conservan los informes de estas actividades.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
63	EDP.7.6 Se dispone de manera regular de material e insumos para el servicio de imagenología.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
64	EDP.7.7 Existen procedimientos de control de calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
65	EDP.7.8 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios diagnósticos de fuentes externas de donde se adquieren servicios.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
66	EDP.7.9 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
ATENCIÓN A LOS PACIENTES (AAP)				
67	AAP.1 La atención uniforme a los pacientes está establecida en normas, procedimientos y programas de salud vigentes en la legislación nacional.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
68	AAP.2 Existe un proceso que integra y coordina la atención prestada a cada paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
69	AAP.2.1 La atención suministrada a cada paciente se planifica y se anota en su expediente clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
70	AAP. 2.2 El personal autorizado para realizar órdenes o prescripciones médicas las escribe en un lugar específico del expediente clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

71	AAP.2.3 Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
72	AAP.2.4 Los profesionales en salud autorizados tienen acceso a los registros de otros profesionales, de acuerdo con la normas de el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
73	AAP.2.5 El plan de atención del paciente se revisa cuando los cambios en el estado del paciente lo requieran.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
CONSULTA EXTERNA				
74	AAP. 3 El establecimiento de Salud cuenta con un Servicio organizado de consulta externa de acuerdo a su nivel de complejidad .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
75	AAP.3.1 Sistema de obtención de la atención .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
76	AAP. 3.2 El servicio de consulta externa cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
ODONTOLOGÍA				
77	AAP.4 El establecimiento de Salud cuenta con Servicio de Odontología .	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
78	AAP.4.1 Sistema de obtención de la atención .	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
79	AAP.4.2 El servicio de odontología cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
ENFERMERÍA				
80	AAP.5 El establecimiento cuenta con personal de enfermería organizado en cumplimiento a normas vigentes .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
81	AAP. 6 El servicio de hospitalización cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO (TERAPIA INTERMEDIA O INTENSIVA, EMERGENCIAS, URGENCIAS MÉDICAS)				
82	AAP.7 Existen normas y procedimientos para guiar la atención a pacientes de alto riesgo (Terapia intermedia o intensiva) y para la provisión de servicios de alto riesgo (emergencias y urgencias médicas).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
83	AAP.7.1. La atención de pacientes de Terapia Intermedia o Intensiva se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
84	AAP.7.2. La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
85	AAP.7.3 La utilización de procedimientos de reanimación se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
86	AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital o coma se define en normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
87	AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades contagiosas e inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
88	AAP.7.6 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes en diálisis. (OBLIGATORIO EN CASO DE CONTAR CON EL SERVICIO)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
89	AAP.7.7 La atención a los pacientes inmovilizados esta regulada en normas y protocolos de atención del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
90	AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes vulnerables de edad avanzada y niños.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
ANESTESIA				
91	AAP.8 La evaluación preanestésica la realiza un profesional especializado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
92	AAP.9 La atención anestésica de cada paciente se planifica y se documenta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
93	AAP.9.1 Los riesgos, complicaciones potenciales y distintas opciones se discuten con el paciente, su familia o aquellos que tomen decisiones por él.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

94	AAP.9.2 El uso de anestesia se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia incorporado en expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
95	AAP.9.3 El estado fisiológico del paciente durante la administración de la anestesia se monitoriza continuamente y se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia del expediente clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
96	AAP.10 El estado postanestésico de cada paciente se monitoriza y se documenta, y el anesestesiólogo da el alta al paciente de un área de recuperación en función de criterios establecidos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
CIRUGÍA				
97	AAP.11 Se planifica y se documenta la atención quirúrgica de cada paciente en función de los resultados de la evaluación realizada.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
98	AAP.11.1 La cirugía realizada se registra en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
99	AAP.11.2 El estado del paciente se controla durante e inmediatamente después de la intervención, y los hallazgos y procedimientos realizados se registran en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
100	AAP.11.3 Se planifica y se documenta la atención al paciente después de la cirugía.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
ESTERILIZACIÓN				
101	AAP.11.4 El Establecimiento cuenta con el servicio de esterilización.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
GESTION DE MEDICAMENTOS – FARMACIA				
102	AAP.12 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuados se encargan de la farmacia, de acuerdo al nivel de atención en base a la normativa vigente .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
103	AAP.13 La gestión de medicamentos en el establecimiento se regula de manera eficiente para atender las necesidades del paciente ajustándose a la ley y las normas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
104	AAP.13.1 Se dispone de una selección adecuada de medicamentos para su prescripción o puede accederse a ella.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
105	AAP.13.1.1 Existe un método de supervisión del uso de la medicación y de la guía farmacoterapéutica del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
106	AAP.13.1.2 El establecimiento puede obtener medicamentos que no estén en stock o de los que no disponga habitualmente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
107	AAP.13.1.3 Existe un procedimiento de obtención de medicamentos cuando la farmacia o el servicio farmacéutico están cerrados.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
108	AAP.13.1.4 Existen medicamentos de urgencias disponibles que se controlan y se conservan seguros cuando están fuera de la farmacia.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
109	AAP.13.2 La prescripción y dispensación de medicamentos está definida por normas y procedimientos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
110	AAP.13.2.1 El establecimiento identifica a los profesionales calificados y autorizados para la prescripción de medicamentos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
111	AAP.13.2.2 Existen normas y procedimientos para regular la automedicación del paciente, el control de las muestras de medicamentos, el uso de medicamentos llevados al establecimiento por el paciente o su familia, y la entrega de medicamentos al alta.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
112	AAP.13.2.3 La preparación, el manejo, el almacenamiento y la distribución de la nutrición enteral o parenteral están regulados por normas y procedimientos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
113	AAP.13.2.4 El almacenamiento, la distribución, el manejo y el suministro de medicamentos radioactivos, de investigación y otros medicamentos están definidos por normas y procedimientos.	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
114	AAP.13.3 Los medicamentos se almacenan y se dispensan en un entorno seguro y limpio.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
115	AAP.13.3.1 El Regente Farmacéutico supervisa el almacenamiento y la dispensación de medicamentos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
116	AAP.13.3.2 Se verifican las prescripciones médicas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
117	AAP.13.3.3 El establecimiento cuenta con un sistema de disposición y baja de medicamentos e insumos médicos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
118	AAP.13.3.4 Se emplea un sistema de administración de medicamentos en las dosis correctas, al paciente adecuado y en el momento adecuado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

119	AAP.13.4 Se identifica a los pacientes antes de administrar la medicación y se administra la dosis correcta de medicamentos en el momento indicado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
120	AAP.13.5 La medicación prescrita y administrada se registra en el Expediente Clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
121	AAP.13.5.1 Se registran en el Expediente Clínico del paciente las reacciones adversas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
122	AAP.13.5.2 Los errores en la medicación se informan dentro de un procedimiento y en el plazo de tiempo que define el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
MEDICINA TRANSFUSIONAL				
123	AAP.14 El Establecimiento cuenta con un servicio de Transfusión que cumple con los requisitos obligatorios legales y técnicos nacionales .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL				
124	AAP.15 El establecimiento dispone de alimentos adecuados para la atención al paciente, a través de un servicio propio de Nutrición y dietética o compra de servicios a terceros. A todos los pacientes se les prescribe una dieta u otros nutrientes en función de su estado o necesidades nutritivas, incluyendo prescripciones para dieta absoluta, dieta normal, dietas especiales o nutrición enteral o parenteral.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
125	AAP.15.1 La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos se realizan de manera segura de acuerdo a normas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
126	AAP.16 Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional, que se facilita interdisciplinariamente y cuya respuesta se registra en su expediente clínico .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
127	AAP.17 Fomento a la lactancia materna.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
128	AAP. 18 RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA El Establecimiento cuenta con un servicio para el tratamiento por radioterapia y quimioterapia, o compra servicios a terceros .	OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA
129	AAP 19. MEDICINA NUCLEAR.	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
130	AAP. 20 ANATOMIA PATOLÓGICA.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)				
131	DPF.1 El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
132	DPF 1.1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familias sobre la atención y los servicios ofrecidos, así como la forma de acceder a los mismos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
133	DPF.1.2 La atención es considerada y respetuosa con los valores y creencias de los pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
134	DPF.1.3 La atención es respetuosa con la necesidad de intimidad del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
135	DPF.1.4 El establecimiento adopta medidas para proteger las pertenencias de los pacientes ante robo o extravío.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
136	DPF.1.5 Se protege a los pacientes de agresiones físicas y psicológicas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
137	DPF.1.6 Los niños, discapacitados y ancianos reciben la protección adecuada.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
138	DPF.1.7 La información sobre el paciente tiene carácter confidencial y está protegida ante pérdida o uso indebido.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
139	DPF.2 El establecimiento apoya los derechos del paciente y de su familia a participar en el proceso asistencial.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
140	DPF.2.1 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre el estado clínico y terapéutico de aquellos y la relación en la participación sobre las decisiones a tomar en la atención en la medida en que estén dispuestos a participar.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
141	DPF.2.2 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre sus derechos y responsabilidades relacionadas con el rechazo o interrupción del tratamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

142	DPF.2.3 El establecimiento cuenta con protocolos para evaluar y tratar el dolor adecuadamente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
143	DPF.2.4 La atención es respetuosa y compasiva al final de la vida.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
144	DPF.3 El establecimiento informa a los pacientes y a familiares acerca de la decisión de donación de órganos y otros tejidos.	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
145	DPF.4 El establecimiento informa a los pacientes y a sus familias sobre cómo pueden acceder a estudios clínicos, trabajos de investigación o a ensayos clínicos que impliquen a seres humanos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
146	DPF. 5 El establecimiento informa a los pacientes y a las familias del proceso de recepción y tramitación de denuncias, conflictos y diferencias de opinión respecto a la atención al paciente y del derecho del paciente a participar en estos procesos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
147	DPF. 6 El consentimiento informado del paciente, se obtiene mediante un procedimiento definido por el establecimiento y conducido por personal capacitado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
148	DPF. 6.1 Los pacientes y sus familias reciben la información pertinente sobre la enfermedad, el tratamiento propuesto y los profesionales para poder tomar decisiones de atención a través del consentimiento informado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
149	DPF. 6.1.1 La información se facilita en un lenguaje y forma evidente para los que toman decisiones.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
150	DPF. 6.2 El establecimiento establece un proceso, dentro del marco legal y cultural vigente, para cuando alguien distinto al paciente deba dar el consentimiento. Cuando alguien distinto al paciente da el consentimiento informado, se anota en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
151	DPF.6.3 El consentimiento informado se obtiene antes de la cirugía, anestesia, la utilización de sangre y derivados sanguíneos, u otros tratamientos o prácticas de riesgo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
152	DPF. 6.4 El establecimiento confecciona una lista de las categorías o tipos de tratamientos y procedimientos que requieren un consentimiento informado específico.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
153	DPF. 6.5 Antes de que el paciente tome parte en estudios clínicos, trabajos de investigación y ensayos clínicos se obtiene un consentimiento informado. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
154	DPF. 6.5.1 El establecimiento de salud cuenta con un comité de bioética que supervisa las investigaciones, que implican a seres humanos. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
155	DPF. 7 El establecimiento de salud como empresa social presta atención al paciente dentro de un marco ético, legal y financiero, que protege a los pacientes y sus derechos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)				
156	EPF.1 La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las decisiones y los procesos de la atención sanitaria.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
157	EPF.1.1 Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su expediente clínico.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
158	EPF.2 La educación del paciente y de su familia incluye temas de prevención secundaria, según convengan al nivel de atención del paciente: el uso seguro de medicamentos, las posibles interacciones entre medicamentos y alimentos, una guía nutricional, uso de equipo médico de acuerdo a la patología (termómetros, glucómetros, tensiómetros y otros) y técnicas de rehabilitación.	OBLIGATORIO	OPCIONAL	OPCIONAL
159	EPF.3 Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias, cultura y los valores del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.	OPCIONAL	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
160	EPF.3.1 el personal de salud que atienden al paciente colaboran en la educación, poseen los conocimientos y aptitudes necesarios para educar de manera eficaz.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (GLD)				
161	GLD.1 Las responsabilidades de los órganos de gestión están descritas en estatutos, normas y procedimientos, o en documentos que regulan su funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
162	GLD.1.1 Los responsables del establecimiento aprueban la declaración de la misión del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
163	GLD.1.2 Los responsables del establecimiento aprueban los planes para dirigir el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
164	GLD.1.3 Los responsables del establecimiento elaboran el presupuesto y solicitan los recursos necesarios para cumplir con la misión.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

165	GLD.1.4 Los responsables del establecimiento apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO				
166	GLD.2 Las autoridades tienen la responsabilidad de gestionar el establecimiento y hacer que se cumplan las leyes y normativas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
167	GLD.3 El establecimiento cuenta con el asesoramiento y apoyo de comités en las distintas áreas y especialidades de acuerdo al grado de complejidad del mismo y a las normas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
168	GLD 4. Las autoridades del establecimiento identifican y planifican el tipo de servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
169	GLD 5. Las autoridades del establecimiento reciben formación en gestión y mejora de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
170	GLD.6 Las autoridades impulsan la comunicación, coordinación e integración del personal y de los servicios del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
FORMACIÓN Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL (FCP)				
171	FCP. 1 Las autoridades del establecimiento, definen el tipo de profesionales requeridos, los conocimientos, habilidades y destrezas, y otros requisitos necesarios, de acuerdo al nivel de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
172	FCP.2 Los directivos del establecimiento implementan procedimientos para el requerimiento del personal para cumplir con el plan estratégico institucional, de acuerdo a la normativa vigente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
173	FCP.3 El establecimiento utiliza un procedimiento para garantizar que los conocimientos y las habilidades del personal se ajusten al requerimiento (término de prueba).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
174	FCP.3.1 La capacidad del personal del establecimiento, para desarrollar sus responsabilidades en el trabajo se evalúa de manera regular de acuerdo a normativa vigente (evaluación de desempeño).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
175	FCP.4 El establecimiento cuenta con un plan de gestión de recursos humanos, desarrollado en colaboración con las autoridades de salud y de gestión, especifica el número y el tipo de personal necesario y las calificaciones requeridas. Se revisa continuamente y actualiza en caso necesario.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
176	FCP.5 El personal recibe orientación sobre el establecimiento (misión, objetivos) y sobre su responsabilidad específica (funciones, atribuciones) cuando ingresan en la institución (inducción).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
177	FCP.6 El personal recibe capacitación continua en el propio establecimiento o fuera de él, para mantener o mejorar sus habilidades y conocimientos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
178	FCP. 6.1 El personal que presta atención al paciente y otro personal especificado por el establecimiento reciben capacitación anual en mantenimiento vital cardíaco básico o avanzado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
179	FCP.6.2 Los datos globales de las necesidades de capacitación del personal son la base del programa de formación continua.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
180	FCP.6.3 El establecimiento cuenta con una unidad de enseñanza e investigación, proporciona instalaciones, recursos y tiempo para la capacitación del personal.	OBLIGATORIO	OPCIONAL	NO APLICA
181	FCP.6.4 Al personal se le da la oportunidad de participar en capacitación continua, investigación y otras iniciativas de capacitación para adquirir nuevos conocimientos y habilidades que apoyen el progreso en el trabajo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
PERSONAL DEL EQUIPO DE ATENCION EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO				
182	FCP.7 El establecimiento dispone de un procedimiento para obtener, verificar y evaluar las credenciales profesionales (titulación, educación y experiencia) del personal autorizado para prestar atención al paciente. El establecimiento, conserva un expediente de las credenciales profesionales de cada funcionario, de acuerdo a normativa vigente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
183	FCP.8 El establecimiento difunde y respeta los derechos del personal de salud en base a la ley y normativa vigente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
GESTIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)				
PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
184	GMC.1 Las autoridades del establecimiento participan en la planificación y monitorización del programa de gestión de la calidad. OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

185	GMC.1.1 En la planificación y el desarrollo del programa de gestión de la calidad participan todos los jefes de servicios de salud y de gestión administrativa del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
186	GMC.1.1.1 Existe un programa de gestión de la calidad en el ámbito de todo el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
187	GMC.1.1.2 El programa incluye los componentes de organización y responsables de gestión de calidad, políticas y objetivos de la calidad, actividades de monitorización, supervisión de la calidad del establecimiento y acciones orientadas a la mejora continúa.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
188	GMC.1.2 Los líderes identifican procesos críticos de atención y de gestión, luego priorizan los procesos que serán sujetos de monitorización y las actividades de mejora que deberá llevarse a cabo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
189	GMC.1.3 Las autoridades gestionan y otorgan recursos financieros, tecnológicos y otros al programa de gestión y mejora de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
190	GMC.1.4 El programa de gestión y mejora de la calidad está coordinado por el Comité de gestión de la calidad y la información del programa se comunica al personal.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
191	GMC.1.5 Se capacita al personal para participar en el programa.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
192	GMC.1.6 Todo el personal implicado en la gestión del establecimiento y en la atención de salud participa en el programa.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
193	GMC.2 El establecimiento diseña sistemas y procesos nuevos y modifica los preexistentes según los principios de mejora de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
194	GMC.2.1 El establecimiento define cómo funcionarán los procesos nuevos y los modificados y su evaluación a través de indicadores.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD				
195	GMC.3 Las autoridades del establecimiento identifican indicadores para monitorizar: estructuras, procesos y resultados del área de salud y de gestión.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
196	GMC.3.1 La evaluación del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
197	GMC.3.2 Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
198	GMC.3.3 Procedimientos quirúrgicos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
199	GMC.3.4 Uso de antibióticos, otros medicamentos, y errores de medicación.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
200	GMC.3.5 Utilización de anestesia.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
201	GMC.3.6 Utilización de sangre y derivados sanguíneos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
202	GMC.3.7 Disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
203	GMC.3.8 Control, vigilancia y notificación de las infecciones.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
204	GMC.3.9 Investigación médica.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
205	GMC.3.10 El abastecimiento de suministros rutinarios y de medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
206	GMC.3.11 La gestión del riesgo referida a episodios no esperados definidos por el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
207	GMC.3.12 Las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
208	GMC.3.13 Las expectativas y la satisfacción del personal.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

209	GMC.3.14 Perfil epidemiológico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
210	GMC.3.15 La gestión financiera.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
211	GMC.3.16 La vigilancia, el control y la prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad física de los pacientes, sus familias y el personal.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
212	GMC.3.17 La Auditoría médica.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
ANÁLISIS DE DATOS DE LA GESTION DE LA CALIDAD				
213	GMC.4 Profesionales con experiencia y conocimiento consolidan y analizan de manera sistemática los datos del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
214	GMC.4.1 La frecuencia del análisis de datos se ajusta al proceso en estudio y cumple los requerimientos del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
215	GMC.4.2 Los datos se evalúan exhaustivamente cuando se producen incidentes inesperados, tendencias indeseables y cuando aparecen variaciones significativas (gestión del riesgo).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
MEJORA DE LA CALIDAD				
216	GMC.5 Se alcanza y mantiene la mejora de la calidad de la atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
217	GMC.5.1 Las actividades de mejora se llevan a cabo en las áreas prioritarias identificadas por el Comité de gestión de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
218	GMC.5.2 Se realizan las actividades asignadas por la dirección del establecimiento y se facilita el apoyo necesario.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
219	GMC.5.3 Se capacita al personal, se realizan los cambios de normativa adecuados y se asignan los recursos necesarios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
220	GMC.5.4 Se planifican, comprueban y llevan a cabo las estrategias de mejora efectivas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
221	GMC.5.5 El establecimiento recopila datos que demuestran que la mejora se mantiene.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
222	GMC.5.6 El establecimiento documenta su mejora continua y sistemática y utiliza la información para elaborar planes estratégicos de mejora.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIES)				
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIES)				
223	CIES.1 El establecimiento de salud diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
224	CIES.1.1 Todas las áreas de pacientes, personal y visitas del establecimiento se incluyen en el programa de control de la infección.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
225	CIES.2. El establecimiento de salud establece el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
226	CIES.3 El establecimiento identifica los procesos y procedimientos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
227	CIES.4 Se dispone y se hace buen uso de las barreras físicas (guantes, mascarillas), barreras químicas (jabón y desinfectantes) y barreras biológicas (inmunizaciones).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
228	CIES.5 En situaciones de brote de infecciones en establecimientos de salud, se obtienen cultivos de ambientes vinculados al brote.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
229	CIES.6 El Sub-Comité de infecciones en establecimientos de salud, supervisa las actividades de prevención y control de la infección. Los integrantes del sub-comité son personas calificadas en prácticas de control de la infección a través de estudios, formación, experiencia o titulación.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
230	CIES.7 La coordinación de las actividades de control de la infección implican a las áreas médica, enfermería, laboratorio, limpieza, lavandería y alimentación según la complejidad del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
231	CIES.8 El Manual de control de la infección se basa en la normativa vigente, los conocimientos científicos actuales y los protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
232	CIES.9 Los sistemas de Gestión de la Información apoyan el programa de control de la infección.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

233	CIES.9.1 El establecimiento identifica riesgos de infección, tasas de infección y tendencia en las infecciones en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
234	CIES.9.2 La monitorización incluye la utilización de indicadores relacionados con temas de infección importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
235	CIES.9.3 El establecimiento utiliza información de riesgo, tasas y tendencias para diseñar o modificar procesos para reducir al mínimo nivel posible de infección en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
236	CIES.9.4 El establecimiento compara sus tasas de control de la infección con las de otras organizaciones a través de bases de datos comparativas.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
237	CIES.9.5 Los resultados de la vigilancia de la infección en el establecimiento se comunican a la Dirección quien la transmite al equipo de salud, de manera regular.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
238	CIES.9.6 El establecimiento envía información de infecciones al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
239	CIES.10 El establecimiento facilita capacitación en la práctica de prevención y control de las infecciones relacionadas con el establecimiento, al personal de salud, a los pacientes y, si es necesario, a la familia y a otro personal.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
240	CIES.10.1 Se actualiza al personal en el control de la infección cuando se implementan nuevas normas y cuando se observan tendencias significativas en los datos de vigilancia.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MRES)				
241	MRES.1 El establecimiento cuenta con un sistema de manejo de residuos generados en establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
BIOSEGURIDAD (BIOS)				
242	BIOS.1 El establecimiento cuenta con un sistema de bioseguridad	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
GESTION DE LA INFORMACION (GIN)				
243	GIN.1 El establecimiento planifica e implementa un sistema de información que atiende las necesidades de información de los profesionales que prestan servicios de salud, los que dirigen el establecimiento y las personas e instituciones de fuera del establecimiento que requieren datos e información de ésta, se ajusta a la complejidad y características del establecimiento y de los servicios facilitados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
244	GIN 1.1 El Sistema contempla instrumentos que define el sistema nacional de información	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
245	GIN 1.2 El Sistema cuenta los mecanismos para mantener la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
246	GIN 1.3 El Sistema define los niveles de seguridad necesarios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
247	GIN 1.3.1 La normativa del establecimiento especifica el personal autorizado para introducir datos en el expediente clínico del paciente y establece el contenido y el formato de los archivos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
248	GIN 1.3.2 Solo el personal autorizado puede introducir datos en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
249	GIN 1.3.3 En cada registro del expediente clínico se debe especificar el responsable, la fecha y la hora.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
250	GIN 1.4 El establecimiento tiene una normativa sobre el tiempo y confidencialidad en la conservación de los expedientes clínicos y documentos administrativos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
251	GIN 1.5 El Sistema de archivo del expediente clínico y los documentos administrativos se implementa y se mantiene mediante personal adecuado y otros recursos necesarios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
252	GIN 1.6 Se protege la información y los Expedientes clínicos de la pérdida, la destrucción y el acceso o uso indebido o no autorizado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
253	GIN. 1.7 El establecimiento cuenta con un Sistema de información y procesamiento de datos, para satisfacer las necesidades de datos e información del personal del establecimiento y de instituciones externas al mismo, que se atienden en el momento oportuno, en un formato que cumpla con la norma vigente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
254	GIN 1.8 El personal de salud y administrativo de cargos intermedios participa en la selección, la integración y el uso de tecnología de gestión de la información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
255	GIN 1.9 Los miembros del personal tienen acceso al nivel de información que requieren sus necesidades y responsabilidades de trabajo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
256	GIN 1.10. La información generada en las distintas unidades está integrada para apoyar la gestión y el gobierno del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

257	GIN 1.11 Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación sobre el sistema de información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
258	GIN 1.12 El establecimiento analiza y toma decisiones a través del Sub - Comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH) .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE				
259	GIN. 2 El establecimiento inicia y conserva el expediente clínico de cada paciente diagnosticado o tratado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
260	GIN.2.1 El Expediente Clínico contiene la información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los profesionales en salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
261	GIN.2.1.1 El expediente clínico de cada paciente que recibe atención de urgencias incluye la hora de llegada, el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones para la continuidad de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
262	GIN.2.2 Como parte de las actividades de mejora, el establecimiento evalúa regularmente el contenido del expediente clínico del paciente y comprueba que esté completo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
263	GIN.2.3 Los profesionales en salud tienen acceso a la información del expediente clínico del paciente cada vez que le atienden.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
264	GIN 2.4 El establecimiento utiliza procedimientos estandarizados para la codificación de la información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)				
PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN				
265	GSI.1 El establecimiento cumple la legislación, las regulaciones vigentes y los requisitos de inspección de las instalaciones.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
266	GSI.1.1 El establecimiento planifica y define el presupuesto para mantener, mejorar o sustituir sistemas, edificios o componentes clave.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
267	GSI.2 El establecimiento planifica e implementa un programa para gestionar el entorno físico. .	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
268	GSI.2.1 El establecimiento inspecciona la seguridad contra incendios de los edificios y cuenta con un plan para reducir riesgos manifiestos y facilitar unas instalaciones físicas seguras para los pacientes, las familias, el personal y las visitas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
269	GSI.3 El establecimiento incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
270	GSI.3.1 La planificación incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
271	GSI.3.2 El establecimiento evalúa de manera regular su plan de seguridad contra el fuego y el humo, incluyendo cualquier dispositivo relacionado con la detección y la supresión rápida, y documenta sus resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
272	GSI.3.3 El establecimiento cumple con la ley referida a la prohibición del uso de tabaco en establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
273	GSI.3.4 El establecimiento cuenta con sistemas de emergencia para proteger a sus ocupantes, en caso de avería del sistema eléctrico o de falta de abastecimiento de agua, contaminación o alteración de funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
274	GSI.3.5 El establecimiento supervisa regularmente sus sistemas de emergencia eléctricos y de agua y documenta los resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
275	GSI.3.6. Se dispone de corriente eléctrica y de agua potable 24 horas al día y siete días por semana, a través de fuentes habituales o alternativas, para atender las necesidades esenciales de los pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
276	GSI.3.7 Se revisan, se mantienen de manera regular y según sea necesario, se mejoran los sistemas eléctricos, de agua, residuos, ventilación y gases medicinales, entre otros sistemas clave.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
277	GSI.3.7.1. Autoridades o profesionales designados se encargan de supervisar regularmente la calidad del agua en servicios de cuidado especial (Ej.: quirófano, esterilización, hemodiálisis).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
278	GSI.4 El establecimiento elabora un plan de respuesta ante posibles emergencias en la población, epidemias y desastres naturales, entre otros.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
279	GSI.4.1 El establecimiento ha comprobado su respuesta a emergencias, epidemias y desastres.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

280	GSI.4.2 El establecimiento tiene acceso a cualquier suministro médico, equipo de comunicación y otros materiales para responder a emergencias, epidemias o desastres.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
281	GSI.5 Uno o más profesionales capacitados se encargan de facilitar instalaciones físicas seguras y eficaces.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES				
282	GSI.6. El establecimiento planifica e implementa un programa para supervisar, evaluar y mantener el equipamiento médico y documentar los resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
283	GSI.6.1. El establecimiento recopila los datos de la monitorización para el programa de gestión del equipamiento médico. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades del establecimiento a largo plazo para mejorar o sustituir dicho equipamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
CAPACITACION AL PERSONAL EN SEGURIDAD				
284	GSI.7 El establecimiento capacita al personal para facilitar instalaciones seguras y eficaces.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
285	GSI.7.1 Se capacita e informa al personal sobre sus funciones en los planes de seguridad contra incendios, vigilancia, materiales peligrosos y emergencias.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
286	GSI.7.2 Se capacita al personal del servicio para manipular y realizar el mantenimiento del equipamiento médico y los sistemas generales.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

ANEXO EDITORIAL

RECONOCIMIENTOS POR LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS PREVIOS DE ACREDITACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

- 1 Andrés Antezana
- 2 Henry Apaza Quevedo
- 3 Martha Alicia Arrien
- 4 Luis Barragán M.
- 5 Juan Pablo Barrenechea
- 6 Rosario Bascopé
- 7 Juan Carlos Borda
- 8 Fidel Cajías
- 9 Alfredo Calvo
- 10 Rosario Campero Arandia
- 11 María Julia Carrasco
- 12 Andrés Coca
- 13 Carmen Cornejo
- 14 Roger Corrales
- 15 María A. Costales
- 16 Esther Damiani
- 17 Marcos F. Daza
- 18 Francisco Garabito Pinto
- 19 Hans E. Gonzales
- 20 Mario La Grava
- 21 Ricardo Llanos
- 22 Enrique Miranda
- 23 Jaime Montaña
- 24 Dolly Montaña
- 25 Lourdes Murillo Cuentas
- 26 Susana Paredes Montero
- 27 Ruth Patiño de Paz Soldan
- 28 Javier Román Beltrán
- 29 Carlos Romero Cherroni
- 30 Alberto Salinas Cabrera
- 31 Esther Sánchez
- 32 Edwin Subirana
- 33 Carmen Tapia
- 34 Sergio Tejada
- 35 Lucía Terrazas
- 36 Gabriela Terrazas
- 37 Christian Trigoso
- 38 María Elena Zabala Rueda
- 39 Hilda Zubieta

RECONOCIMIENTO POR LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS PREVIOS DE ACREDITACIÓN EN LA SEGURIDAD SOCIAL 2005 - 2006

- | | |
|----------|-------------------------------------|
| CNS | Dr. Rubén Ramírez Ayala |
| CPS | Dra. María Teresa Bilbao Cortés |
| CPS | Dr. Ramiro Carrasco Rico |
| CPS | Dr. Antonio Flores Serna |
| CBES | Dr. Abel Camacho |
| CSC Y RA | Dr. Guido Ángel Pérez Medina |
| SSU | Dr. José Hugo Rodrigo |
| SSU | Dr. Max Romero |
| COSSMIL | Dr. Nicanor Jové Aparicio |
| COSSMIL | Dra. María Luisa Valenzuela Cáceres |
| CSBP | Dr. Gonzalo Maldonado Jordán |
| CORDES | Dr. Patricio Flores |
| INASES | Dra. María Ivon Montalvo |
| INASES | Dra. Roxana Miranda Larrea |
| INASES | Dra. Debbye Macías Quiroga |
| DNSBS PN | Dr. Héctor del Callejo |

Bolivia Digna, Soberana y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**