



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

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

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

Serie: Documentos Técnico Normativos

**LA PAZ - BOLIVIA
2008**





MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

**GUÍA 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-BC
WX15
M665g
2007

Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Proyecto Reforma de Salud Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).
Guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud primer nivel de atención Ministerio de Salud y Deportes - La Paz - Gacety.2007

50p. tab (Serie Documentos Técnico Normativos de Calidad N° 60)

- I CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, ACCESO Y EVALUACION
- II ACREDITACION
- III ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL
- IV GUIA
- 1. I
- 2. Unidad de Servicios de Salud y Calidad
- 3. Serie

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

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

Deposito Lega. N° 4-1-49-08 P.O
ISBN 978-99905-966-1-6

Autores:

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

Contribuciones y revisión técnica:

Dr. Hugo E. Pérez G. SBAM
Lic. Elizabeth Garza MSyD
Dr. Marco Prado E. CORDES
Dr. Bernardino Orgaz SBAM
Dr. Nicandro Jove A. INASES
Dra. Virginia Centellas CONSULTORIA
Dra. Ana Soto M. CONSULTORIA
Dra. Janeteth Centeno M. CPS
Dra. Patricia Ramírez CPS

Edición:

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

Coordinación:

Dr. Javier Luna Orozco E. MSyD

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 (SERÉS) 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.

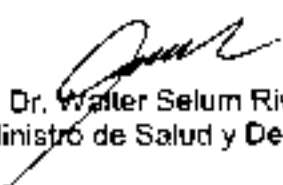
Hasta hace unos años, la calidad era una orientación y luego una política de salud, en la actualidad se constituye en una responsabilidad ineludible del Estado en procura de afianzarla como condición intrínseca o esencial de los servicios de salud, y que junto a condiciones de equidad, solidaridad, universalidad, 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. 158º 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. 2º 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 Nº 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 valga 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 Nº 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 AGUDITORIA 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 EVALUACION 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.

Regístrate, hágase saber y archívese.



Dr. Dalmiro E. Sandoval
 DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS
 JURIDICOS
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dr. Juan A. Nogales Lora
 VICERRECTORA DE ASISTENCIA
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dr. Dalmiro Sandoval
 DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS
 JURIDICOS
 MINISTERIO DE SALUD
 Y DEPORTES

INDICE**PÁGINAS**

Accesibilidad y continuidad de la atención (ACA)	1
Evaluación del paciente (EDP)	3
Atención a los pacientes (AAP)	19
Derechos del paciente y de su familia (DPF)	33
Educación y comunicación al paciente y a su familia (EPF)	39
Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento (GLD).....	40
Formación y calificaciones del personal (FCP).....	42
Gestión y mejora de la calidad (GMC)	44
Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE)	49
- Prevención y Control de Infecciones (CIES)	49
Manejo de residuos (MRES)	53
- Bioseguridad (BIO5).....	54
Gestión de la información (GIN)	54
Gestión y seguridad de las instalaciones (GSI).....	61
Resumen de Estándares por nivel de Atención	63

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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 a 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 información • Funcionario encargado con capacitación técnica y en relaciones humanas, preferentemente con conocimiento del idioma de la región 			
3. En base al primer contacto, se comunicaba que los requerimientos del paciente se adaptan a la misión y nivel de atención.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos acorde 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Para estándar 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 			
1. El personal conoce y sigue las normas y los procedimientos.	• Entrevista al personal de área de admisión			
2. La admisión de parte de pacientes se regula a través de normas y procedimientos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Organización y Funciones • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos 			

3.	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 			
4.	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.	<ul style="list-style-type: none"> 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 (2) 			
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 al Establecimiento de Salud (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 adecuada.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Infraestructura para el nivel de atención Equipo para el nivel de atención 			

ACA 1.1.2 Al ingreso, los servicios de salud facilitan la siguiente información a los pacientes, sus familiares o persona responsable: lista de los servicios con los que cuenta el establecimiento y los probables costos que deberá asumir el paciente o su familia. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Entrevista a 5 pacientes recién ingresados		
4.	Los pacientes reciben la suficiente información para poder tomar decisiones			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los Establecimientos de Salud han identificado las barreras de la población del área de influencia	• Verificar documento de identificación de barreras			
2. Existe un proceso para superar o reducir las barreras durante el proceso de admisión	• Verificar documento de soluciones para eliminar barreras			
3. Estos procesos están implementados.	• 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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.	• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
2. Existen criterios que determinan qué pruebas diagnósticas son necesarias antes de ingreso.	• Verificar existencia de Protocolo de atención			

ACA.1.5 (NO APLICA)

ACA.1.6 (NO APLICA)

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las autoridades del establecimiento y servicios diseñan e implementan procedimientos que faciliten la continuidad y la coordinación de la atención	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
2. La realización de transferencias dentro del establecimiento se determina mediante normas o criterios establecidos.	Verificar: • 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: • Admisión o vigencia de derechos			

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 los auxiliares de hospitalización.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos • Expediente clínico (S) • 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 (S) • 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 (S) • Actas del comité de Auditoría Médica 			
7.	Se coordina la atención entre el establecimiento de salud y otros establecimientos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en expediente clínico • Formularios de referencia y contra-referencia • Convenios interinstitucionales. 			
8.	Se identifica a los responsables de la coordinación con otros establecimientos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El o los profesionales responsables de la atención al paciente están identificados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 expedientes clínicos: 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 (S) 			

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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 transferencias 			
2. Existe el registro de transferencia de la información entre profesionales de salud de manera continua o en momentos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 Expedientes clínicos 			

Clave de la atención			
4. 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 de 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 e involucra 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Una oficina establece enlaces con 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 todos 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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"> • En 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 • En 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 En 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 (Institutos) 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 de 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las instrucciones de seguimiento tienen un contenido claro.	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 de informe del alta (epícrisis), resumen de ingreso (ruta de alta) o la nota de alta solicitada. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un ejemplar original de la epícrisis en el expediente clínico del paciente	Verificar en 5 expedientes clínicos			
2. La epícrisis 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 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de problemas clínicos pendientes • Plan de manejo y tratamiento • Recomendaciones para vigilancia ambulatoria (Instrucciones para el seguimiento). • Enfermedades coexistentes y hábitos • En caso de serian causa de muerte arroja a certificado de defunción y si se solicita y obtiene estudio de necropsia hospitalaria 			
3. Existe ejemplar original de Resumen de ingreso 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 5 expedientes clínicos 			
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 • Detalle de las consecuencias que dicho acto puede originar • Nombre completo del familiar más cercano, tutor o representante legal solicitante • Firma y Rº 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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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) • Verificar en 5 expedientes clínicos 			
2.	Los traslados se centran en las necesidades de continuidad de atención del paciente				
3.	El procedimiento contempla el traslado de responsabilidad a otro profesional dentro.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
4.	El procedimiento incluye los criterios que arrojaron un resultado.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y 			

	Procedimientos			
5. El procedimiento incluye la responsabilidad durante el traslado.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
6. El procedimiento especifica las situaciones en que no puede producirse traslado.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
7. Los pacientes se trasladan de manera segura a otras organizaciones.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			

ACA.4. 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento de origen determina la capacidad del establecimiento de destino para atender las necesidades de paciente que se trasladará.	• Verificar en el convenio o sistema de referencia y contra-referencia			
2. Se establece en acuerdos de manera formal con los establecimientos de destino cuando hay que trasladar con frecuencia a los pacientes.	• Verificar convenios entre establecimientos			
3. El sistema de referencia y contra-referencia opera con un responsable (teleoperador)	• 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 realizadas 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La hoja de referencia debidamente forada del evento actual del paciente referido incluye: La constancia de coordinación con el establecimiento	• Verificar en el expediente clínico (2)			

<ul style="list-style-type: none"> 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. 				
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) (EOP)

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 sistema de salud.	• Verificar Registro de Pacientes atendidos y admitidos			

EOP. 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los médicos y las autoridades del establecimiento cumplen con las Normas y protocolos de atención médica	• Verificar: • Instrucciones de aplicación • En Expedientes clínicos			
2. Los médicos y los directores de los hospitales adaptan las Normas según los pacientes y los recursos del establecimiento.	• Verificar Protocolos de Atención al Paciente			
3. Los protocolos se revisan regularmente	• Verificar que las actualizaciones de los Protocolos de Atención se realicen mínimo cada tres años			

EOP. 1.2 Las evaluaciones se completan en el periodo establecido por el establecimiento (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los plazos adecuados para realizar la atención en las distintas especialidades se establecen para todos los servicios	• Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
2. Las evaluaciones se completan en los plazos establecidos por el establecimiento	• Verificar temas ejecutados en Expediente Clínico			

3	Los resultados de las evaluaciones realizadas fuera del Hospital se verifican al ingreso del paciente en ésta.	• Verificar Notas de Referencia, Contrareferencia en 5 Expedientes Clínicos			
---	--	---	--	--	--

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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	Los resultados de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
2	Los profesionales que atienden al paciente encuentran las evaluaciones en el expediente clínico del paciente.	• 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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	A cada paciente que ingresa se le realiza una evaluación inicial siguiendo las normas del establecimiento.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos	2.		
3.	A cada paciente se le realiza una evaluación física inicial.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos			
4.	Se realiza una evaluación social y económica inicial por la trabajadora social, de acuerdo a un Manual de normas y procedimientos.	• Verificar evaluación por Trabajo Social • Verificar Manual de normas y procedimientos			
5.	La evaluación inicial permite establecer el tipo de atención que el paciente necesita.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos			
6.	La evaluación inicial permite establecer un diagnóstico inicial.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos			
7.	La evaluación inicial permite conocer cualquier alergia previa.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La evaluación inicial incluye la identificación de las necesidades médicas del paciente.	• Verificar en Expediente clínico (5)			
2.	La evaluación inicial incluye la identificación de las necesidades de enfermería del paciente.	• Verificar en Expediente Clínico (5)			

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	Si	No	Observaciones
1.	La evaluación médica inicial se documenta en la historia del paciente dentro de las 24 horas posteriores al ingreso.	• 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.	• 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	Si	No	Observaciones
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.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
2. En clínica, existe como mínimo una nota breve y un diagnóstico/procedimiento que se registran antes de la intervención.	• 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	Si	No	Observaciones
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.	• 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 (adultos extremos, terminales, drogodependientes, alcohólicos, víctimas de abuso o abandono y otros) (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 de ello y necesidad de otras evaluaciones especializadas. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un proceso que identifica a los pacientes para los que la planificación del alta se puede considerar crítica.	• Verificar manual de procesos, guías clínicas 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se reevalúa a los pacientes para determinar su respuesta al tratamiento.	• Verificar en 5 expedientes clínicos las notas de evaluación.			
2. Se reevalúa a los pacientes para planificar el alta o la continuidad del tratamiento.	• Verificar en 5 expedientes clínicos las notas de evaluación.			
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se identifica a los profesionales calificados para realizar evaluaciones clínicas y reevaluaciones dentro del establecimiento.	• Verificar en 5 expedientes clínicos a firma y sello del profesional.			
2. Las evaluaciones de urgencia las realizan profesionales calificados.	• Verificar en 5 expedientes clínicos a firma y sello del profesional.			
3. Las evaluaciones de referencia las realizan profesionales calificados.	• Verificar en 5 expedientes clínicos 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	Si	No	Observaciones
1. Las responsabilidades de los profesionales calificados para realizar evaluaciones y reevaluaciones están definidas por escrito.	• Verificar Manual de Organización y Funciones y Manual de Puestos.			

ANÁLISIS E INTEGRACION DE LAS EVALUACIONES

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	Si	No	Observaciones
1. Se integran y analizan todos los casos y la información de la evaluación del paciente.	• Verificar en el expediente clínico el registro de juntas médicas, interconsultas.			
2. Los responsables de la atención al paciente toman parte en el proceso.	• 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	Si	No	Observaciones
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

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	Si	No	Observaciones
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	Si	No	Observaciones
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 mayoría 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. E.2 Existe un programa de seguridad de laboratorio que se controla y documenta (OPCIONAL) OBLIGATORIO SI CUENTA CON EL SERVICIO

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 accidente 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: • Que el personal utilice guantes, gafas protectoras, mandriles y otros.			
6.	Se capacita al personal de laboratorio en prácticas y procedimientos de bioseguridad	Verificar: • 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: • Programa de Capacitación continua • Lista de asistentes			

EDP.5.3 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuadas se encargan de realizar los exámenes de laboratorio y de interpretar los resultados. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento de salud cuenta con un responsable del servicio de laboratorio	Verificar: • Estructura organizacional (organograma), • Manual de Organización y Funciones • Designación del responsable de laboratorio			
2. Profesionales y técnicos con la experiencia y formación adecuada realizan las pruebas.	Verificar: • 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	• Verificar capacitación específica en los files personales			
4. Profesionales con experiencia y formación adecuadas interpretan y reportan los resultados de pruebas de laboratorio	• Verificar en Manual de Cargos el perfil de personal asignado • Sello y firma de 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El laboratorio tiene establecido el plazo de entrega de los resultados en base a su norma.	• 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 de personal médico	• 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
3. Existe un programa de gestión del equipo de laboratorio.	• Verificar Programa de gestión de equipo			
4. El programa incluye la selección y adquisición de equipos.	• Verificar Programa de gestión de equipo			

5.	El programa incluye el inventariado del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Programa de gestión de equipo 			
6.	El programa incluye la inspección y las pruebas de funcionamiento de equipos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Programa de gestión de equipo 			
7.	El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Programa de gestión de equipo 			
8.	Se realiza un seguimiento del programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Informes de seguimiento del Programa de gestión de equipo 			
9.	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)

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se identifican los reactivos y suministros esenciales de laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la lista de reactivos y suministros necesarios 			
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 • Verificar registros de evaluación periódica 			
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 qué nombre del reactivo o solución, fecha de vigencia y responsable de su preparación 			

EDP.6.7 Se siguen procedimientos de toma, identificación, empaque, transporte seguro y conservación de muestras. (OPCIONAL)(Obligatorio si cuenta con el Servicio)

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La solicitud de pruebas se establece mediante procedimientos definidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento • 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, almacenamiento, 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 pruebas 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 reevalúan 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 Procedimientos • 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 			

NO APLICABLE: EDP. 6.10, EDP.6.10.1, EDP.6.11, EDP.6.12

IMAGENOLÓGIA

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	Si	No	Observaciones
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 cumplen a normas y la legislación correspondiente 			

2.	Cuenta con licencia institucional del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear (IBTCN)	<ul style="list-style-type: none"> Verificar licencia actualizada otorgada por el IBTCN 		
3.	Cuenta con licencia individual del personal que trabaja en el servicio (profesionales y técnicos) por parte del IBTCN	<ul style="list-style-type: none"> Verificar licencias individuales otorgadas por el IBTCN 		

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)(Obligatorio si cuenta con el Servicio)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 prácticas, 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 riesgos inherentes al servicio	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia de dispositivos de seguridad 			
6. Se capacita al personal de imagenología en las 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. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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: • Perfil del personal en Manual de cargos • Fichas Recursos humanos			
3.	El personal con la formación correspondiente interpreta los estudios	• Verificar firma y sello del médico radiólogo en el informe de resultados			
4.	El personal técnico cuenta con la experiencia y la formación exigidas	• Verificar perfil profesional de personal técnico			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento ha determinado el plazo para emitir e informe de los resultados	• Verificar en Manual de Procedimientos, Procesos y Operaciones			
2.	Los resultados de imagenología se informan en un plazo acorde con las necesidades del paciente	• Verificar cumplimiento de plazos acordados con las necesidades del paciente en el expediente clínico			
3.	El informe del resultado de los estudios los realiza el médico imagenólogo	• 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. (OBLIGATORIO); OBLIGATORIO SI CUENTA CON EL SERVICIO

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Existe un programa de gestión del equipo de imagenología.	• Verificar existencia de Programa de Gestión			
2.	El programa incluye la selección y adquisición de equipos de acuerdo a normas vigentes.	• Verificar programa de equipamiento			
3.	El programa incluye el inventario del equipo	• Verificar inventarios actualizados			
4.	El programa incluye la inspección y la prueba del equipo	• Verificar registros de inspección y prueba del equipo			
5.	El programa incluye la calibración, mantenimiento, reparación o sustitución del equipo o sus partes.	• Verificar registros calibración, mantenimiento o reparación del equipo			
6.	El programa incluye la monitorización y su seguimiento de los equipos	• 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); Obligatorio si cuenta con el Servicio

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se identifican los materiales e insumos necesarios para el funcionamiento regular del servicio de imagenología	• Verificar registro de identificación de materiales e insumos necesarios			
2.	Se dispone de los materiales e insumos necesarios	Verificar: • Existencia de materiales e insumos necesarios • Proceso de solicitud y cobro			
3.	Todos los reactivos se almacenan y administran según normas	• 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.	• 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 concordan 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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 a supervisión diaria de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de supervisión diaria de resultados 			
3.	El control de calidad incluye a intervenir 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 sus 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 respaldadora 			

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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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. (SI/NO)	<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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Las instancias responsables de la gestión en salud y las autoridades de 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 Salud y Atención Médica 			

	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de supervisión por autoridad competente 			
--	--	--	--	--

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La planificación de la atención contempla la integración y coordinación entre los diferentes servicios	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manuales de Organización y funciones 			
2. La atención se integra y se coordina entre sus 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los órdenes o prescripciones se registran.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos 			
2. Sólo puede hacerlos el personal autorizado.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos firma y sello del médico tratante 			
3. Las órdenes se hacen 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los registros están disponibles para todos los profesionales responsables de la atención de paciente	<ul style="list-style-type: none"> Revisar en 5 expedientes clínicos Entrevista a personal médico (3 mínima) 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 adecuado	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambientes por muestreo 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un sistema y proceso definidos para la obtención de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manua 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 persona responsable del sistema de obtención de atención	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos asignados a este servicio. Manua 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"> Manua 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 			

	<ul style="list-style-type: none"> 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 anexos 			
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 aléstorimente (10 ítems) 			
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 + Fide de persona (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 persona que garantice funcionamiento continuo + Memoranda de designación del responsable del servicio + Instrumentos de registros de atención 			
6. La atención de pacientes de consulta externa esta regulada por normas y protocolos	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> + Normas y Protocolos de atención + Actas de Comité de Asistido 			

ODONTOLOGÍA

AAP.4 El establecimiento de Salud cuenta con Servicio de Odontología (OPCIONAL)(Obligatorio si cuenta con el Servicio)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	No	Observaciones
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 atención de la atención. (OPCIONAL)(Obligatorio si cuenta con el Servicio)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Existe un sistema y proceso definido para la atención ordenada de los pacientes	• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
2.	Existe un ambiente adecuado de espera para la obtención de atención	• Verificar el ambiente			
3.	Existe personal responsable para facilitar la atención ordenada de los pacientes	• 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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El consultorio de odontología debe contar con ambientes adecuados para proporcionar comodidad y tranquilidad al paciente.	• Verificar ambientes por muestra			
2.	El consultorio de odontología cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo al nivel y especialidad	Verificar: • Existencia de inventario actualizado • Adecuamiento de existencia y funcionamiento (10 ítems)			
3.	El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo al nivel de atención	Verificar: • Listado de personal del servicio en recursos humanos • File de persona			
4.	El servicio de consulta odontológica cuenta con normas de organización y funcionalidad	Verificar: • Manual de organización y funciones • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos • Manual de cargos • Memorando de designación del responsable de servicio • Instrumentos de requisitos			
5.	La atención de pacientes de consulta odontológica está regulada por normas y protocolos	Verificar existencia de: • Normas y Protocolos de atención • Actas de auditoría del expediente clínico			

ENFERMERÍA

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento cuenta con una Jefe de Enfermería (seleccionadas preferentemente por Consejo de Médicos)	• 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 • Manua de funciones • Manua 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 (tratar de enfermería en forma clara, legible, con cada 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 cumpla 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 			

NAP 10 El servicio de hospitalización cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1.	Exista 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 • Verificar ambientes por muestras 			
2.	El servicio de hospitalización debe contar con ambientes para proporcionar la atención correspondiente				
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 (30 items) 			
4.	El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo al nivel de atención en el servicio de hospitalización	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de personal del servicio en recursos humanos • File de personal (2 por día y día) 			
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 			

	<ul style="list-style-type: none"> • 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El Establecimiento de salud tiene un ambiente exclusivo con áreas diferenciadas (lavado, empaque, esterilización y almacenamiento) destinado al servicio de esterilización, con flujo a quiralto, con circulación restringida.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambientes 			
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 • Flujo gramas de procedimientos visible 			
4. Cuenta con sistemas de esterilización	Verificar sistemas de esterilización en uso: <ul style="list-style-type: none"> • Calor seco, • Calor húmedo, • Óxido de etileno con autolave • Desinfección de alto nivel cumplimiento 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.	• Verificar actas del Comité de bioseguridad			
8.	Los envases deben tener fecha del día de esterilización y fecha de vencimiento no mayor a 7 días.	• Verificar fechas en 5 envases			
9.	Cuenta con lista de desinfectantes a ser utilizados y especificaciones de uso.	• 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).

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento de salud cuenta con un responsable del servicio de farmacia, preferentemente con curso de gestión.	Verificar: • Estructura organizacional (organigrama), • Manual de Organización y Funciones • Designación de responsable de farmacia			
2.	La farmacia cuenta con personal auxiliar capacitado	• Verificar capacitación específica en los roles personales			
3.	Existe un número adecuado de profesionales para atender a demanda del servicio de acuerdo a normas	• Rotación 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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se regula la gestión de medicamentos en el establecimiento para atender las necesidades de medicación del paciente	Verificar: • 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 cumplir las leyes y normas vigentes.	Verificar: • Existencia Reglamento de gestión de medicamentos en base a la Ley del Medicamento, Manual de Farmacia Institucional Municipal, y sistema Nacional Único de Suministros			

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	Si	No	Observaciones
1.	La lista de medicamentos se ajusta a los Protocolos de atención, a las necesidades del paciente y a los servicios que se prestan.	• Verificar Lista de medicamentos en función de Protocolos de atención, servicios ofertados y prevalencia de enfermedades concordante con a LINAME			

1	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 Uso de proveedores inmediatos de medicamentos que no están en stock Verificar antes de Comité de Farmacia y Terapéutica 			
2	Se utiliza un proceso participativo para elaborar la lista de medicamentos esenciales				

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	Si	No	Observaciones
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 Verificar registro de acciones correctivas 			
3. El control de calidad incluye la intervención rápida en caso de detectarse fallas en los				

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un procedimiento para obtener los medicamentos necesarios que no estén en stock o que habitualmente provengan de fuentes externas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el manual de procesos 			
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	Si	No	Observaciones
1. Existe un procedimiento de atención 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	Si	No	Observaciones
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 inventarizan y suscriben 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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	Verifica: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procesos, operaciones y procedimientos • Documentos de prescripción (receta) y dispensación 			
3. Se define 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 normadas de prescripción y dispensación de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Plan de capacitación continuo • Entrevista al personal (3) 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Solo 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, radiactivas, 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 a personal de farmacia. 			

AAP.13.2.2 (NO APLICA), AAP.13.2.3 (NO APLICA), AAP.13.2.4 (NO APLICA)

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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. 			

AAP.13.3.1 (NO APLICA)

AAP.13.3.2 (NO APLICA)

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se aplica el Reglamento de disposición y baja de medicamentos e insumos médicos mediante Resolución Ministerial N° 0478.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la presencia de las disposiciones contempladas en el PCA (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 o 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. 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 maximizan la manipulación.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 sala (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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se registran los medicamentos prescritos para cada paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar indicaciones médicas escritas en 5 expedientes clínicos. 			
2. La administración de medicamentos se registra por cada día.	<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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 nutricionales, incluyendo prescripciones para dieta absoluta, dieta normal, dieta especial o nutrición enteral o parenteral. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento cuenta con personal profesional en nutrición y dietética y persona de apoyo	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> File de responsable del servicio y personal de apoyo (formación y cumplimiento de normas sanitarias (examen 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 (formación, exámenes y cumplimiento de normas sanitarias (examen 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 al 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 los 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 variedad 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	• Entrevista al paciente y su familia (3)		
----	--	---	--	--

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los alimentos se preparan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro de éstos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar • 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 raciones 			
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 Fomenta a la lactancia materna (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 estén visibles, disponibles y resúmenes 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"> • Memorandum de designación de los miembros • Plan de acción de 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 comité 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.I El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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, memorandos, 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 3111 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 3111. 			
5. El establecimiento dispone de un proceso de información a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación por escrito no sea eficaz u adecuada.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> Existencia de unidad de informaciones Información verbal preferentemente en el idioma del paciente 			

DPF I.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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 resolutiva, se informa sobre las fuentes y servicios alternativos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Listas de establecimientos de referencia (Escuelas, dirección, teléfono) 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un procedimiento para identificar y respetar los valores y creencias del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar listado de prácticas culturales y creencias de la comunidad. 			
2. Existe procedimiento de atención y respeto a las prácticas, valores y creencias identificadas (OPCIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar listado de adecuación y respeto de prácticas, 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 • Gustado de participantes 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 • Entreviste a 3 pacientes para verificar respeto de su intimidad en la atención • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			

DPP.1.4 (NO APLICA)

DPP.1.5 (NO APLICA)

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 esta	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de Seguridad • Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes. • In situ • 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Para evitar el uso indebido y la pérdida de la información sobre el paciente se elaborarán 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 e proveen el consentimiento informado para obtener el consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Reglamento de derechos y deberes del paciente (acápite de consentimiento informado) Entrevista a 3 pacientes 			
3. Los parientes, 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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) (5) 			
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 (5) 			
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 (5) 			

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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 • 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.	• 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado, que se describe en las normas y los procedimientos.	• Verificar la existencia de normas y procedimientos para el proceso de consentimiento informado			
2. Los médicos reciben formación para implementar las normas y los procedimientos	• Verificar existencia del formulario de consentimiento informado en el expediente clínico • Programa de capacitación y constancia de participación			
3. Los pacientes firman el consentimiento informado en concordancia con las normas y los procedimientos	• 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se informa a los pacientes de su estado clínico	• Verificar en formulario de consentimiento informado			
2. Se informa a los pacientes sobre el propósito de tratamiento	• Verificar en formulario de consentimiento informado			
3. Se informa a los pacientes sobre beneficios, riesgos e inconvenientes del tratamiento propuesto	• 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 familiares 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 refleja 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. 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.			
2. La lista se elabora en colaboración con todos los que facilitan tratamientos y realizan los procedimientos.	• Verificar el acta de elaboración de la lista			

DPF. 6.5 (NO APLICA)

DPF. 6.5.1 (NO APLICA)

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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las autoridades hacen pública la declaración de la misión del establecimiento que contenga el marco señalado.	• 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.	• 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.	• Verificar funcionamiento de servicios en función a la oferta			

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)**EPF.1 La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las decisiones y los procesos de la atención sanitaria. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 atendida 			
2. Existe una estructura o mecanismo ordenado para la educación en todo el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Organización 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se evalúan las necesidades educativas del paciente y de su familia.	Verificar en: Expedientes clínicos: <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 converjan 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 (3) • Material educativo • Indicaciones en receta • Rubricación 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) 			
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 (3) • Verificar registro de interacciones 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 narra al paciente y a su familia en técnicas de rehabilitación.	• Entrevista al paciente o la familia (3)			
----	--	---	--	--	--

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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los métodos educativos se seleccionan en función de los valores culturales y preferencias del paciente y de su familia.	• Verificar los métodos empleados (videos, foto (afiches, afiches, etc.)			
2. La interacción entre el personal, el paciente y la familia confirma que la información se ha entendido.	• 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	• Entrevista al paciente y su familia (3) • 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 habilidades necesarios para realizar de manera eficaz. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La educación del paciente y de la familia es interdisciplinaria cuando sea necesario	• Entrevista a 3 pacientes o familiares.			
2. Los que facilitan la educación poseen los conocimientos y sus capacidades de impartir la misma necesarios.	• Observación directa de conocimiento del tema, uso del material, idioma			

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO. (GLD)

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La responsabilidad de los órganos de gestión están descritas en documentos	• Verificar reglamentos y normas			
2. Existe un organigrama	• Verificar el organigrama actualizado (si el tuvieran)			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento tiene determinada la misión	• 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	Si	No	Observaciones
1. Existe el plan estratégico y de gestión, reglamentos y manuales operativos	• 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	Si	No	Observaciones
1	El establecimiento cuenta con un presupuesto asignado	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la aprobación de 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	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 operacional 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"> • Instrucciones 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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Las autoridades del establecimiento determinan el tipo de servicios y de atención que se presta en el establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar. • Plan estratégico institucional 			

2.	La creación y los servicios facilitados son coherentes con el nivel de complejidad, capacidad resolutoria y normativa vigente.	<ul style="list-style-type: none"> Manual de organización y funciones Verificar si el Programa Operativo Anual está acorde con el Plan Estratégico Institucional Indicadores de seguimiento por servicio 			
----	--	---	--	--	--

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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, sus funciones específicas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar manual de inducción 			
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 			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 honorarios 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 generales de las necesidades de capacitación del personal son la base del programa de formación continua. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 recibo 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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Los derechos del personal médico establecidos en la Ley del ejercicio profesional del médico y el Decreto.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar publicación de derechos del médico en lugar visible 			

reglamentario están expuestos en forma visible al alcance de los pacientes y público en general				
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 registrados 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)

PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN 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	Si	No	Observaciones
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	Si	No	Observaciones
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	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 prioritarias. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 / 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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. 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Tanto el personal de salud como el de gestión más 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

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	Si	No	Observaciones
1. Los principios y herramientas de mejora de la calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados	• 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	Si	No	Observaciones
1. Se seleccionan indicadores para evaluar si el proceso rediseñado o la reciente creación funciona correctamente	• 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El Comité determina los evaluadores para monitorizar las áreas de salud	• Verificar la lista de indicadores determinados			
2. El Comité determina los indicadores para monitorizar las áreas de gestión.	• Verifica la lista de indicadores determinados			
3. La monitorización incluye indicadores relacionadas con estructura, procesos y resultados.	• Verifica indicadores de estructura, procesos y resultados.			
4. Se define el alcance, el método y la frecuencia de obtención de los datos para cada indicador.	• 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	Si	No	Observaciones
1. La monitorización de área de salud incluye los procesos identificados en el estándar	Verificar los indicadores de: Evaluación del paciente a. Evaluación del paciente b. Uso de antibióticos, otros medicamentos, y errores de medicación. c. 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 casos no esperados definidos por el establecimiento. (NO APLICA)

GPIC.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	Si	No	Observaciones
1. La monitorización de gestión incluye los procesos identificados en el estándar.	Verificar indicadores de: a. Gestión de suministros rutinarios y de medicamentos. b. Satisfacción del paciente y de su familia. c. Satisfacción del personal. d. Epidemiológicos. e. Gestión financiera. f. 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los datos se consolidan, analizan y transforman en información útil.	Verificar informes del Comité de Gestión de la Calidad.			
2. Personal con experiencia y conocimientos participan en el proceso	Verificar: • Memorandum de designación de los miembros del Comité de Gestión de la Calidad			

	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de reuniones, comunicaciones y recomendaciones. 			
--	---	--	--	--

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 concordantes con las determinaciones del Manual. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 caídas negativas. 			
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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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	Si	No	Observaciones
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 prioritarias 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	Si	No	Observaciones
1. Se involucra a personal y servicios del área seleccionada en el programa de mejora de la calidad	Verificar: • 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se realizan los cambios de normativa necesarios para desarrollar las mejoras	• Verificar instructivos de las autoridades en base a las recomendaciones del comité			
2. Se asignan los recursos necesarios	• Verificar inclusión en el presupuesto y PQA			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se ejecutan y evalúan los cambios propuestos.	• 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: • Documentos de aprobación por autoridades del establecimiento de nuevos procesos mejorados • 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	Si	No	Observaciones
1. Se disciernen los datos para documentar el mantenimiento de las mejoras.	• 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 e estratégicos de mejora. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La documentación contribuye al desarrollo de planes estratégicos de mejora.	• Verificar planes a mediano y largo plazo			

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SVE)

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 de 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 proceso 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. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
<p>1. El establecimiento ha definido el enfoque del programa para prevenir o reducir la incidencia de infecciones en base al comportamiento epidemiológico. Se incluyen:</p> <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, embarazo (ver anexo resúmenes) 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 concordancia con el comportamiento epidemiológico. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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, operativos y procedimientos. Verificar tasas de incidencia y prevalencia de infecciones. 			

2. El personal del establecimiento cumple con las normas de lavado de manos	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de norma Existencia de avamosos 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	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fecha de esterilización y caducidad Registro de control químico (cinta) y biológico (cápsulas de bacterias vivas) 			
5. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la gestión de la lavandería y la zona de lava	<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 cortopunzantes.	<p>Verificar:</p> <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 hemocomponentes.	<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	<p>Verificar:</p> <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 infecciosas de otros pacientes y personal con más riesgo debido a inmunodeficiencias u otras razones.	<p>Verificar:</p> <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 tatuajes.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Protocolos de atención Entrevista al personal (3 a 5) 			

13. Las prácticas para la reducción de riesgos 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 situaciones y servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a través de observación 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 esas 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, alcoholulfornado) 			
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 • Reg. sin. 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

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	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con un programa de capacitación para prevención y control de las infecciones que incluye normas, procedimientos y las prácticas.	<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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe el Sub-Comité o responsable de manejo de residuos generados en el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Designación de miembros del Sub-comité o responsable • Informes de la gestión evaluada 			
2. El establecimiento cuenta con los instrumentos para implementar el sistema de manejo de residuos generados en el núcleo, en base a la norma nacional vigente	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Normativa • Manuales de procesos, operaciones y procedimientos • Plan Institucional e incorporado en el PDA 			
3. El establecimiento cuenta con un plan de situación	Verificar que el plan contemple: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y aprovechamiento de residuos 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. 			
4. Si el establecimiento se externaliza 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 convenio vigente • Informes de evaluaciones internas realizadas por el Sub-comité • Cobertura de seguro de corto plazo de su personal 			
5. El establecimiento cuenta con infraestructura, equipamiento e insumos para el manejo de residuos generados	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de espacios físicos para almacenamiento primario (donde se generan los residuos), intermedio (almacenamiento temporal) y terminal (disposición final del establecimiento) • Recipientes de plásticos identificados • Bolsas de polietileno de colores establecidos por la norma • Botones rígidos para cortopunzantes • Cajas de cartón para residuos especiales • Centros de recolección interna 			
6. 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 			

7.	El personal que manipula los residuos contuye y cumple con las normas de bioseguridad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimientos del personal • Ropa de trabajo • Equipos e insumos de trabajo • Entrevista al personal 			
8.	Se realizan evaluaciones internas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informes semestrales de evaluaciones internas 			

BIOSEGURIDAD (BIO5)

BIO5.1. El establecimiento cuenta con un sistema de Bioseguridad (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 manipule residuos sólidos recibe vacuna anti tetánico	<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, Procedimientos Operativos 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 			

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)

GIN.1 (NO APLICABLE)

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El sistema de información cuenta con instrumentos de captación	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Formularios de expediente clínico, • Censos de salud, • Certificados de defunción 			
2. El sistema de información cuenta instrumentos de sistematización	• 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 cuenta con instrumentos de retroalimentación	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Reportes internos • Reportes externos 			

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	Si	No	Observaciones
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	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • 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	• Verificar la seguridad del sistema <ul style="list-style-type: none"> • Copias de seguridad 			

GIN 1.3 El Sistema define los niveles de seguridad necesarios. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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	Si	No	Observaciones
1. La normativa del establecimiento determina el personal autorizado para introducir datos en los diferentes componentes del sistema de información	• 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		Si	No	Observaciones
1.	Existe una norma que asegure que solamente introduzca información en el expediente clínico el personal autorizado.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el Reglamento de manej. 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		Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación		Si	No	Observaciones
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 de los datos.	<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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación		Si	No	Observaciones
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 requisitos establecidos 				

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 archivos físicos, 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	Verificar Manual de Cargos <ul style="list-style-type: none"> Memorando de designación Proceso de inducción 			
5.	La implementación del sistema cuenta con la tecnología y los recursos necesarios	Verificar en el Programa Operativo Anual <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de cumplimiento de FOA 			

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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 agenden en el momento oportuno, en un formato que cumpla con la norma vigente. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La transmisión de información y datos atiende las necesidades del personal e instituciones externas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Copa de informes Entrevista al persona 			
2. El personal e instituciones externas reciben datos e información en el momento oportuno	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Entrevista al persona 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 persona 			

NÓ APLICA: GIN 1.8, GIN 1.9

GIN 1.10. La información generada en las distintas unidades está integrada para apoyar la gestión y al gobierno del establecimiento. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 publica inmediatamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de envío de informaciones 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar • 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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con el sub - comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH)	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Memorias 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 analiza 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 CAJH del establecimiento e informes para las autoridades superiores.	Verificar: • Informe de resultados del CAJH de la gestión		
5	El subcomité participa en la capacitación del personal en el manejo de su información.	Verificar: • 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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1	Se abre un expediente clínico para cada paciente tratado o diagnosticado por el establecimiento.	Verificar aleatoriamente: • Concordancia del registro de pacientes con existencia de Expedientes Clínicos individuales.			
2	Los expedientes clínicos se archivan a través de una clasificación única para cada paciente, de acuerdo a normas.	Verificar: • Codificación en archivo de expedientes clínicos.			

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	SI	No	Observaciones
1	El establecimiento cumple con la norma vigente que determina el contenido esencial de expediente clínico.	Verificar aleatoriamente en 3 expedientes clínicos de pacientes egresados, existencia de: • Informe de ingreso y egreso • Episios • Historia clínica • Hojas de evolución • Hojas de ordenes 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 insumos • 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: • 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: • 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)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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. (1 – 5) 			

GIN.2.4 El establecimiento utiliza procedimientos estandarizados para la codificación de la información. **(OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
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 5 Expedientes Clínicos • En los formularios de realización de información 			

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)**PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN****NO APLICA: GSI-1, GSI.1-1, GSI.2, GSI.2.1**

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 a 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	Si	No	Observaciones
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)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento ha elaborado una normativa o 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. 			

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	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento ha identificado las áreas y los servicios de mayor riesgo en caso de avería eléctrica o de contaminación o intermisión 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 contingencia dentro de 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: GSL3.5, GSL3.6, GSI.3.7, GSI.3.7.1, GSI.4, GSI.4.1, GSI.4.2, GSI.5

EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES

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	Si	No	Observaciones
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 o a 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 			

RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCION

RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Nº	ESTANDAR	NIVEL III	NIVEL II	NIVEL 1
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 medida, 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.1.2 Los pacientes con necesidades urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
4	ACA.1.2.1 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 intermitentes o ambulatorios 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 determinan 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 proveedores 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 énfasis 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 solamente.	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 o referir y tener acuerdos u 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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
22	ACA.4.3 Durante el traslado, un médico supervisa el estado del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
23	ACA.4.4 El proceso de traslado se documenta en el expediente clínico del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
24	ACA.5 El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte de este.	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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 de la variabilidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
27	EDP. 1.2 Las evaluaciones se completan en el periodo establecido por el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
30	EDP. 2.1 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican desde la evaluación inicial.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
32	EDP. 2.1.2 La evaluación médica inicial se documenta antes de la anestesia o de la cirugía.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
33	EDP.2.1.3 La evaluación médica inicial de los pacientes de urgencias se ajusta a sus necesidades y condiciones.	OPCIONAL	OPCIONAL	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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, terminalus, drogadependientes, 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 año 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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
39	EDP.4 Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por profesionales calificados.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
42	EDP.5.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes o inmediatas.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

4)	EDP. 6.2 Existe un programa de seguridad de laboratorio que se controla y documenta.	OBLIGATORIO	OB. 1247.490	OPCIONAL
4	EDP.6.3 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuadas se encargan de realizar los exámenes de laboratorio y de interpretar los resultados.	OBLIGATORIO	OB. 1247.510	OPCIONAL
4)	EDP. 6.4 El establecimiento define el plazo de tiempo para entregar los resultados de las pruebas de laboratorio.	OBLIGATORIO	OB. 1247.520	OPCIONAL
4)	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	OB. 1247.530	OPCIONAL
4)	EDP.6.6 Se dispone de manera regular de reactivos esenciales y de otros suministros.	OBLIGATORIO	OB. 1247.540	OPCIONAL
5)	EDP.6.7 Se siguen procedimientos de toma, identificación, manejo, transporte seguro y eliminación de muestras.	OBLIGATORIO	OB. 1247.550	OPCIONAL
4)	EDP. 6.8 Se utilizan normas y lenguajes establecidos para interpretar e informar de los resultados de laboratorio clínico.	OBLIGATORIO	OB. 1247.570	OPCIONAL
4)	EDP.6.9 Personal calificado se encarga de la gestión del servicio de laboratorio.	OBLIGATORIO	OB. 1247.580	OPCIONAL
4)	EDP. 6.10 Existen procedimientos de control de calidad que se ejecutan y documentan	OBLIGATORIO	OB. 1247.590	NO APLICA
4)	EDP.6.10.1 Existe un proceso para validación de pruebas	OBLIGATORIO	OB. 1247.600	NO APLICA
5)	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	OB. 1247.610	NO APLICA
5)	EDP.6.12 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
IMAGENOLÓGIA				
5)	EDP. 7 Se dispone de servicios de imagenología (Rayos X y ecografía en tiempo real) que atienden las necesidades de los pacientes y cumplen las normas, la legislación y los estándares de evaluación vigentes locales y nacionales.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
4)	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 cuenta con ellos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
5)	EDP.7.2 Existe un programa de seguridad contra la radiación que se controla y se documenta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
4)	EDP. 7.3 Profesionales con formación, habilidades, orientación y experiencia adecuadas realizan los procedimientos técnicos e interpretan los resultados	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
4)	EDP.7.4 Los resultados de imagenología se encuentran disponibles puntualmente, tal y como lo ha definido el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
4)	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
4)	EDP.7.6 Se dispone de manera regular de material e insumos para el servicio de imagenología	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
6)	EDP.7.7 Existen procedimientos de control de calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
6)	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
6)	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)				
6)	AAP 1 La atención brindada a los pacientes está establecida en normas, procedimientos y programas de salud vigentes en la legislación nacional.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
6)	AAP 2 Existe un proceso que integra y coordina la atención prestada a cada paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
6)	AAP 2.1 La atención suministrada a cada paciente se planifica y se anota en su expediente clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
7)	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.3.3 Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
72	AAP.3.4 Los profesionales en salud autorizados deben acceder a los registros de otros profesionales, de acuerdo con la normas de el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
73	AAP.3.5 El plan de atención del paciente se revisa cuando los cambios en el estado del paciente lo requieran.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
CONSULTA EXTERNA				
74	AAP.3 El establecimiento de Salud cuenta con un Servicio organizado de consulta externa de acuerdo a su nivel de complejidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
75	AAP.3.1 Sistema de obtención de la atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
76	AAP.3.2 El servicio de consulta externa cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
81	AAP.5 El servicio de hospitalización cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO (TERAPIA INTERMEDIA O INTENSIVA, EMERGENCIAS, URGENCIAS MÉDICAS)				
82	AAP.6 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).	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
83	AAP.7.1. La atención de pacientes de Terapia Intermedia o Emergencias se define mediante normas y protocolos de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
84	AAP.7.2. La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
85	AAP.7.3 La utilización de procedimientos de reanimación se define mediante normas y protocolos de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
86	AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital o coma se define en normas y protocolos de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
87	AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades contagiosas o inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
88	AAP.7.6 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes en diálisis. (OPCIONAL EN CASO DE CONTAR CON EL SERVICIO)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
89	AAP.7.7 La atención a los pacientes intubados esta regulada en normas y protocolos de atención del establecimiento	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
90	AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes liberables de edad avanzada y minus.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
ANESTESIA				
91	AAP.8 La evaluación preanestésica la realiza un profesional especializado.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
92	AAP.9 La atención anestésica de cada paciente se planifica y se documenta.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
93	AAP.9.1 Los riesgos, complicaciones potenciales y distintas opciones se discuten con el paciente, su familia o aquellas que tomen decisiones por él.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA

54	AAP 9.2 El uso de anestesia se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia incorporada en expediente clínico del paciente.	OPORTUNO	OBLIGATORIO	NO APLICA
55	AAP 9.3 El estado fisiológico del paciente durante la administración de la anestesia se monitorea continuamente y se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia del expediente clínico.	OPORTUNO	OBLIGATORIO	NO APLICA
56	AAP 10 El estado postoperatorio de cada paciente se monitorea y se documenta, y el anestesiólogo de alta al paciente de un área de recuperación en función de criterios establecidos.	OPORTUNO	OBLIGATORIO	NO APLICA
CIRUGÍA				
57	AAP 11 Se planifica y se documenta la atención quirúrgica de cada paciente en función de los resultados de la evaluación realizada.	OPORTUNO	OBLIGATORIO	NO APLICA
58	AAP 11.1 La cirugía realizada se registra en el expediente clínico del paciente.	OPORTUNO	OBLIGATORIO	NO APLICA
59	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.	OPORTUNO	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	OPORTUNO	OBLIGATORIO
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS – FARMACIA				
102	AAP 12 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuadas se encargan de la farmacia, de acuerdo al nivel de atención en base a las normativas vigentes.	OPORTUNO	OPORTUNO	OPORTUNO
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 cuando 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 reguladas por normas y procedimientos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
113	AAP 13.2.4 El almacenamiento, la distribución, el manejo y el suministro de medicamentos radiactivos, 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.	OPORTUNO	OBLIGATORIO	NO APLICA
116	AAP 13.3.2 Se verifican las prescripciones médicas	OPORTUNO	OBLIGATORIO	NO APLICA
117	AAP 13.3.3 El establecimiento cuenta con un sistema de dispensación y baja de medicamentos e impresos 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

L31	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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L30	AAP.13.5 La medicación prescrita y administrada se registra en el expediente Clínico del paciente.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L31	AAP.13.5.1 Se registran en el Expediente Clínico del paciente las reacciones adversas.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L32	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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
MEDICINA TRANSFUSIONAL				
L23	AAP.14 El Establecimiento cuenta con un servicio de Transfusión que cumple con los requisitos obligatorios legales y técnicos nacionales.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL				
L21	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 nutricionales, incluyendo prescripciones para dieta absoluta, dieta normal, dietas especiales o nutrición enteral u parenteral.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
L22	AAP.15.1 La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos se realiza de manera segura de acuerdo a normas vigentes.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
L23	AAP.16 Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional, que se facilita interdisciplinariamente y cuya respuesta se registra en su expediente clínico.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
L24	AAP.17 Fomento a la lactancia materna.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L25	AAP. 18 RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA El Establecimiento cuenta con un servicio para el tratamiento por radioterapia y quimioterapia, o compra servicios a terceros.	OBIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA
L26	AAP 19. MEDICINA NUCLEAR	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
L27	AAP. 20 ANATOMÍA PATOLÓGICA.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPP)				
L11	DPP.1 El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L12	DPP.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	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L13	DPP.1.2 La atención es considerada y respetosa con los valores y creencias de los pacientes	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L14	DPP.1.3 La atención es respetuosa con la necesidad de intimidad del paciente	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L15	DPP.1.4 El establecimiento adopta medidas para proteger las pertenencias de los pacientes ante robo o extravío.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
L16	DPP.1.5 Se protege a los pacientes de agresiones físicas y psicológicas.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
L17	DPP.1.6 Los niños, discapacitados y ancianos reciben la protección adecuada.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
L18	DPP.1.7 La información sobre el paciente tiene carácter confidencial y está protegida ante pérdida o uso indebido.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L19	DPP.2 El establecimiento apoya los derechos del paciente y de su familia a participar en el proceso asistencial.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L20	DPP.2.1 El establecimiento informa a los pacientes, familiares u 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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
L21	DPP.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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO

141	DPF.2.1 El establecimiento cuenta con protocolos para evaluar y tratar el dolor adecuadamente.	USUARIOS	NO OBLIGATORIO	NO APLICABLE
142	DPF.2.4 La atención es respetuosa y comprueba al nivel de la vida.	USUARIOS	NO OBLIGATORIO	NO APLICABLE
143	DPF.3 El establecimiento informa a los pacientes y a familiares acerca de la decisión de donación de órganos y otros tejidos.	OPCIONAL	NO APLICABLE	NO APLICABLE
144	DPF.4 El establecimiento informa a los pacientes y a sus familias sobre como pueden acceder a estudios clínicos, trabajos de investigación o a ensayos clínicos que impliquen a seres humanos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICABLE
145	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.	USUARIOS	NO OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
146	DPF.6 El consentimiento informado del paciente, se obtiene mediante un procedimiento definido por el establecimiento y conducido por personal capacitado.	USUARIOS	NO OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
147	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.	NO OBLIGATORIO	NO OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
148	DPF.6.1.1 La información se facilita en un lenguaje y forma evidente para los que toman decisiones.	NO OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
149	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.	NO OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
150	DPF.6.3 El consentimiento informado se obtiene antes de la cirugía, anestesia, la obtención de sangre y derivados sanguíneos, o otros procedimientos o prácticas de riesgo.	USUARIOS	NO OBLIGATORIO	NO APLICABLE
151	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
152	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 APLICABLE
153	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 APLICABLE
154	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.	NO OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)				
155	EPF.1 La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las decisiones y los procesos de la atención sanitaria.	USUARIOS	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
156	EPF.1.1 Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su expediente clínico.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
157	EPF.2 La educación del paciente y de su familia incluye temas de prevención secundaria, según convergen 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, glucometros, tensiómetros y otros) y técnicas de rehabilitación.	NO OBLIGATORIO	OPCIONAL	OPCIONAL
158	EPF.3 Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias, cultura y los valores del paciente y de su familia y permiten la interacción mutua entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.	OPCIONAL	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
159	EPF.3.1 el personal de salud que atienden al paciente colaboran en la educación, poseen los conocimientos y habilidades necesarios para educar de manera eficaz.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (GLD)				
160	GLD.1 Las responsabilidades de los órganos de gestión están descritas en estatutos, normas y procedimientos, o en documentos que regulan su funcionamiento.	USUARIOS	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
161	GLD.1.1 Los responsables del establecimiento aprueban la declaración de la misión del establecimiento.	NO OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
162	GLD.1.2 Los responsables del establecimiento aprueban los planes para dirigir el establecimiento.	OBLIGATORIO	USUARIOS	OBLIGATORIO
163	GLD.1.3 Los responsables del establecimiento elaboran el presupuesto y solicitan los recursos necesarios para cumplir con la misión.	USUARIOS	NO OBLIGATORIO	NO OBLIGATORIO

151	GLD.1.4 Las autoridades del establecimiento apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO				
152	GLD.2 Las autoridades tienen la responsabilidad de gestionar el establecimiento y hacer que se cumplan las leyes y normativas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
153	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
154	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
155	GLD.5. Las autoridades del establecimiento reciben formación en gestión y mejora de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
156	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)				
157	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
158	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
159	FCP.3 El establecimiento utiliza un procedimiento para garantizar que los conocimientos y las habilidades del personal se ajusten al requerimiento (período de prueba).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
160	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
161	FCP.4 El establecimiento cuenta con un plan de gestión de recursos humanos, desarrollado en colaboración con las autoridades de salud y de gestión, específica el número y el tipo de personal necesario y las calificaciones requeridas. Se revisa continuamente y actualiza en caso necesario.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
162	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
163	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
164	FCP.6.1 El personal que presta atención al paciente y otro personal especificado por el establecimiento reciben capacitación anual en mantenimiento vital básico o avanzado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
165	FCP.6.2 Los datos globales de las necesidades de capacitación del personal van a la base del programa de formación continua.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
166	FCP.6.3 El establecimiento cuenta con una unidad de enseñanza e investigación, proporciona experiencias, recursos y tiempo para la capacitación del personal.	OBLIGATORIO	OPCIONAL	NO APLICA
167	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 ATENCIÓN EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO				
168	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
169	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 (GHC)				
PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
170	GHC.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.	TELEFÓNICO	OBLIGATORIO	NO APLICA
186	GMC.1.1.1 Existe un programa de gestión de la calidad en el ámbito de todo el establecimiento.	DE PERSONA	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 continua.	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 Toda al 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.	DE PERSONA	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 retendrá a priori los 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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
210	GMC.3.15 La gestión financiera	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
211	GMC.3.16 La higiene, 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	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
ANÁLISIS DE DATOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD				
213	GMC.4 Profesionales con experiencia y conocimiento consolidado y análisis de manera sistemática los datos del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
214	GMC.4.3 La frecuencia del análisis de datos se ajusta al proceso en estudio y cumple los requerimientos del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
215	GMC.4.4 Los datos se evalúan exhaustivamente cuando se producen incidentes inesperados, tendencias o tendencias y cuando aparezcan 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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
217	GMC.5.1 Las actividades de mejora se llevan a cabo en las áreas primarias identificadas por el Comité de gestión de la calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
218	GMC.5.2 Se realizan las actividades asignadas por la dirección del establecimiento y se facilita el apoyo necesario.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
219	GMC.5.3 Se capacita al personal, se realizan los cambios de normativa adecuados y se asignan los recursos necesarios.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
220	GMC.5.4 Se planifican, comprueban y llevan a cabo las estrategias de mejora efectivas.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
221	GMC.5.5 El establecimiento recopila datos que demuestran que la mejora se mantiene.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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 EPIDEMIOLÓGICA 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 orientado para reducir los riesgos de infección en los establecimientos de salud.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
224	CIES.1.1 Todas las áreas de pacientes, personal y visitas del establecimiento se incluyen en el programa de control de la infección.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
225	CIES.2 El establecimiento de salud establece el enfoque del programa de prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
226	CIES.3 El establecimiento identifica los procesos y procedimientos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
227	CIES.4 Se dispone y se hace buen uso de las barreras físicas (guantes, mascarillas), barreras químicas (jabón y desinfectantes) y barreras biológicas (vacunación).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
228	CIES.5 En situaciones de brote de infecciones en establecimientos de salud, se obtienen cultivos de ambientes vinculados al brote.	OPCIONAL	OPCIONAL	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 educación.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
230	CIES.7 La coordinación de las actividades de control de la infección implica a las áreas médica, enfermería, laboratorio, limpieza, lavandería y alimentación según la complejidad del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
232	CIES.9 Los sistemas de Gestión de la Información apoyan el programa de control de la infección.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA

22	CIES.9.1 El establecimiento identifica riesgos de infección, tasas de infección y tendencias en las infecciones en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
23	CIES.9.2 La identificación incluye la utilización de indicadores relacionados con temas de infección importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
24	CIES.9.3 El establecimiento utiliza información de riesgo, tasas y tendencias para diseñar y justificar procesos para reducir al mínimo nivel posible de infección en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
25	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
26	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
27	CIES.9.6 El establecimiento envía información de infecciones al Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
28	CIES.10 El establecimiento facilita capacitaciones 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
29	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)				
30	MRES.1 El establecimiento cuenta con un sistema de manejo de residuos generados en establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
BIOSEGURIDAD (BIOS)				
31	BIOS.1 El establecimiento cuenta con un sistema de bioseguridad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GEN)				
32	GEN.1 El establecimiento planifica e implementa un sistema de información que atienda 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 requieran datos e información de este, se ajusta a la complejidad y características del establecimiento y de los servicios brindados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
33	GEN 1.1 El Sistema contempla instrumentos que define el sistema nacional de información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
34	GEN 1.2 El Sistema cuenta los mecanismos para asegurar la confiabilidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
35	GEN 1.3 El Sistema define los niveles de seguridad necesarios.	OBLIGATORIO	OPCIONAL	OBLIGATORIO
36	GEN 1.3.1 La normativa del establecimiento especifica al personal autorizado para introducir datos en el expediente clínico del paciente y establece el contenido y el formato de los archivos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
37	GEN 1.3.2 Solo el personal autorizado puede introducir datos en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
38	GEN 1.3.3 En cada registro del expediente clínico se debe especificar el responsable, la fecha y la hora.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
39	GEN 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
40	GEN 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
41	GEN 1.6 Se protege la información y los Expedientes clínicos de la pérdida, la defraudación y el acceso o uso indebido o no autorizado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
42	GEN 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
43	GEN 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
44	GEN 1.9 Los miembros del personal tienen acceso al nivel de información que requieren sus necesidades y responsabilidades de trabajo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
45	GEN 1.10 La información generada en las distintas unidades está integrada para apoyar la gestión y el gobierno del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

250	GIM 1.11 Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación sobre el sistema de información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
251	GIM 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				
252	GIM 2 El establecimiento inicia y conserva el expediente clínico de cada paciente diagnosticado o tratado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
253	GIM.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
254	GIM.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 día y las instrucciones para la continuidad de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
255	GIM 2.2 Como parte de las actividades de mejora, el establecimiento evalúa regularmente el contenido del expediente clínico del paciente y comprueba que este cumple.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
256	GIM 2.3 Los profesionales en salud tienen acceso a la información del expediente clínico del paciente cada vez que lo atienden.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
257	GIM 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				
258	GSI.1 El establecimiento cumple la legislación, las regulaciones vigentes y los requisitos de inspección de las instalaciones.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
259	GSI.1.1 El establecimiento planifica y define el presupuesto para mantener, mejorar o sustituir sistemas, edificios o componentes clave.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
260	GSI.2 El establecimiento planifica e implementa un programa para gestionar el entorno físico.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
261	GSI.2.1 El establecimiento inspecciona la seguridad contra incendios de los edificios y cuenta con un plan para incluir riesgos, mantenimientos y facilitar unas instalaciones * más seguras para los pacientes, las familias, el personal y las visitas	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
262	GSI.3 El establecimiento incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desarrollo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
263	GSI.3.1 La planificación incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desarrollo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
264	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
265	GSI.3.3 El establecimiento cumple con la ley referida a la prohibición del uso de tabaco en establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
266	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
267	GSI.3.5 El establecimiento supervisa regularmente sus sistemas de emergencia eléctricos y de agua y documenta los resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
268	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 sustitutas o alternativas, para atender las necesidades esenciales de los pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
269	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 médicos, entre otros sistemas clave.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
270	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
271	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
272	GSI.4.1 El establecimiento ha comprobado su respuesta a emergencias, epidemias y desastres.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

282	GS1.4.2 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
283	GS1.5 Uno o más profesionales capacitados se encargan de facilitar instalaciones físicas seguras y eficaces.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES				
284	GS1.6. El establecimiento planifica e implementa un programa para supervisar, evaluar y mantener el equipamiento médico y documentar los resultados.	OPCIONAL	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
285	GS1.6.1. El establecimiento acepta 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	OPCIONAL	NO APLICA
CAPACITACION AL PERSONAL EN SEGURIDAD				
286	GS1.7 El establecimiento capacita al personal para facilitar instalaciones seguras y eficaces.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
287	GS1.7.1 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
288	GS1.7.2 Se capacita al personal del servicio para manejar y realizar el mantenimiento del equipamiento médico y los sistemas generales.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

Bolivia Digna, Soberana y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**