



MINISTERIO DE SALUD  
Y DEPORTES

# GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

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

**Serie: Documentos Técnico Normativos**

**LA PAZ - BOLIVIA  
2008**





MINISTERIO DE SALUD  
Y DEPORTES

**GUÍA DE EVALUACIÓN Y  
ACREDITACIÓN DE  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

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

Serie: Documentos Técnico Normativos

LA PAZ - BOLIVIA  
2008



R-BO  
WX 5  
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 segundo nivel de atención. Ministerio de Salud y Deportes, La Paz: Gacety, 2007.

60p. tab. (Serie Documentos Técnico-Normativos de Calidad N° 61)

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

## GUIA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Texto en PDF disponible en:  
[www.sns.gov.bo](http://www.sns.gov.bo)

Depósito Legal N° 4-1-07-08 P O  
ISBN 978-99605-966-3-2

### Autores:

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

### Contribuciones y revisión técnica:

Dr. Hugo E. Pérez G.	SBAW
Lic. Elizabeth Cenipa	MSyD
Dr. Marcos Prado E.	CORDIS
Dr. Bernardino Ortegaz	SBAW
Dr. Nicandro InuA A.	INASES
Dra. Virginia Centellas	CONSULTORIA
Dra. Ana Solís M.	CONSULTORIA
Dra. Janneeth Denteno M.	CPS
Dra. Patricia Ramírez	CPS

### Edición:

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

### Coordinación:

Dr. Javier Luna Orusco 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. Nita Heredia Miranda, ex Ministra de Salud y Deportes, quien impulsó el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud en beneficio de la población y en cuya gestión se elaboró y concluyó el presente documento.*

## **INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL CONSENSO Y VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO\***

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

---

\* Se han considerado todas aquellas instituciones que conocieron 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 Rivera  
Ministro de Salud y Deportes



# Resolución Ministerial 0090

26 FEB. 2008

## VISTOS Y CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

## POR TANTO,

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

## RESUELVE,

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

- **BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)**
- **MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD Y NORMA TÉCNICA**
- **NORMA TÉCNICA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**
- **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.

Regístrese, hágase saber y archívese.

  
**Dr. Dámaso C. Sandoval**  
 DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS  
 DE SALUD  
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

  
**Dr. Juan A. Noguera Zocobeto**  
 VICEMINISTRO DE SALUD  
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

  
**Dr. Dámaso C. Sandoval**  
 DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS  
 DE SALUD  
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

**INDICE****PÁGINAS**

Accesibilidad y continuidad de la atención (ACA) .....	1
Evaluación del paciente (EDP) . . . . .	10
Atención a los pacientes (AAP) . . . . .	22
Derechos del paciente y de su familia (DPF).....	43
Educación y comunicación al paciente y su familia (EPCF).....	51
Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento (GLD).....	53
Formación y calificaciones del personal (FCP) . . . . .	55
Gestión y mejora de la calidad (GMC) .....	59
Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) . . . . .	65
- Prevención y Control de Infecciones (CIES) .....	65
- Manejo de residuos (MRES) . . . . .	71
- Bioseguridad (BIOS) .....	72
Gestión de la información (GIN) .....	73
Gestión de seguridad de las instalaciones (GSI) . . . . .	80
Resumen de Estándares por nivel de Atención . . . . .	87

**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 brinda a los pacientes, población y a otros centros de atención información con el establecimiento de 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"> <li>• Guía de información al usuario</li> <li>• Línea telefónica gratuita</li> <li>• Boletines informativos</li> <li>• Página Web</li> <li>• Panel informativo gráfico</li> <li>• Medios de información audio visuales</li> </ul> (El cumplimiento de uno de los medios de verificación califica el estándar)			
2. Durante el primer contacto, se proporciona pronta y a la población información referente a sus requerimientos y necesidades.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de información</li> <li>• Funcionarios encargados con capacitación técnica y en relaciones humanas, preferentemente con conocimiento del idioma de la región</li> </ul>			
3. En base al primer contacto, se comprueba que las necesidades de paciente de atención a la salud y nivel de atención.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, procedimientos y procedimientos acordes a la misión y al nivel de atención</li> </ul>			
4. Se atiende a los pacientes sin discriminación, se informa de los servicios con los que cuenta, y se regala la información y preste.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de admisión</li> <li>• Registro de referencias</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Para estandarizar el proceso de admisión se utilizan manuales y procedimientos.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Organización y Funciones</li> <li>• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> <li>• Reglamento de Vigilancia de Derechos en la Seguridad Social</li> <li>• Reglamento de admisión de los seguros públicos vigentes</li> <li>• Entrevista y pre-storia del área de admisión</li> </ul>			
1. El personal cumple y sigue las normas y los procedimientos.				
2. La admisión urgente de pacientes se regula a través de canales y procedimientos.	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Organización y Funciones</li> <li>• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> </ul>			

3.	La observación de pacientes se regula a través de normas y protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar existencia de Normas y Protocolos de Atención</li> </ul>			
4.	Cuando no hay espacio disponible en el servicio o unidad, o gestión de los pacientes se regula a través de las normas y los procedimientos establecidos	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procesos, Operaciones y procedimientos</li> <li>Formulario de Referencia</li> </ul>			

**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"> <li>Protocolos de atención de Emergencias</li> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
2.	Se prepara al personal para poder aplicar estos criterios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de participantes a programa de capacitación</li> <li>Entrevista al personal que participó en el programa de capacitación (2)</li> </ul>			
3.	Se da prioridad a los pacientes sobre otros según la urgencia de sus necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observación en el servicio</li> <li>Entrevista al personal (3)</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La evaluación clínica inicial que requiere el paciente, permite al personal de salud, conocer el tipo de servicio (preventivo, paliativo, curativo o de rehabilitación)	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> <li>Principios de atención</li> <li>Expediente clínico (5)</li> </ul>			
2.	El ambiente para atender estas necesidades es el adecuado	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Infraestructura para el nivel de atención</li> <li>Equipo para el nivel de atención</li> </ul>			

**ACA 1 - 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 posibles gastos que deberá asumir el paciente o su familia: (OPCIONAL) (OBLIGATORIO si cuenta con el servicio)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La descripción del procedimiento incluye clara información a ingreso al paciente, su familia o persona responsable?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
2.	La descripción del procedimiento incluye clara información sobre los servicios con los que cuenta el establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			

1.	El procedimiento incluye información acerca de aquellos gestos que deberá asumir el paciente o su familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar:</li> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos.</li> <li>Entrevista a 5 pacientes recién ingresados.</li> </ul>			
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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documento de identificación de barreras.</li> </ul>			
2.	Existe un proceso para superar o reducir las barreras durante el proceso de admisión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documento de seguimiento para superar barreras.</li> </ul>			
3.	Estos procesos están implementados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a 3 funcionarios involucrados en el proceso.</li> </ul>			

**ACA.1.4 Para el ingreso o el traslado de pacientes con alta complejidad, se realiza una valoración clínica integral y anexo a procedimientos establecidos. (OPCIONAL)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Existe un proceso que faculte los médicos de las pruebas diagnósticas a los responsables de decidir el ingreso, el traslado o la referencia del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos.</li> </ul>			
2.	Existe un proceso que determine qué pruebas diagnósticas son necesarias antes del ingreso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar existencia de Protocolo de atención.</li> </ul>			

**ACA.1.5 El ingreso o el traslado a unidades que prestan servicios especializados, cuidados intermedios o intensivos viene determinado por criterios establecidos, según el nivel de complejidad. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento o el cual ha fijado unos criterios de ingreso o referencia para las servidumbres especializadas o de cuidados intermedios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los protocolos de atención los criterios de ingreso a estas servidumbres especializadas.</li> </ul>			
2.	En la elaboración de estos criterios participan profesionales especializados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar quienes participaron en la elaboración de los protocolos.</li> </ul>			
3.	Se educa al personal en la aplicación de los criterios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar proceso de capacitación.</li> <li>Entrevista al personal capacitado.</li> </ul>			
4.	Los pacientes trasladados o ingresados en unidades o unidades de cuidados especializados o intermedios cumplen estos criterios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos la concordancia con los protocolos de atención.</li> </ul>			
5.	Los pacientes que dejan de cumplir los criterios son referidos o cesan de alta (antes de ingreso).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en los 5 expedientes clínicos de pacientes referidos o dados de alta la concordancia con los protocolos de atención.</li> </ul>			

ACA.1.5 El ingreso o el traslado a investigación y a otros programas diseñados para atender las necesidades especiales de los pacientes se determina mediante protocolos y criterios establecidos. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento de salud cuenta con criterios para el ingreso y protocolos de investigación o programas que atiendan necesidades especiales.	Verificar: • Reglamento de investigación • Protocolos de investigación			
2.	En la elaboración de estos criterios y protocolos participan los profesionales apropiados.	• Verificar quienes participaron en la elaboración de Protocolos			
3.	Se prepara al personal en la aplicación de los criterios y protocolos.	• Verificar proceso de capacitación • Lista de participantes			
4.	Cuando un paciente entra en alguna de estos programas, la documentación de su expediente clínico permite identificar los criterios para su inclusión en ellos.	• Verificar si los datos del expediente clínico concuerdan con el Protocolo de Investigación			

#### CONTINUIDAD DE LA ATENCION

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Las autoridades del establecimiento y servicios diseñan e implementan procedimientos que facilitan la continuidad y la coordinación de la atención.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
2.	La indicación de transferencia 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 Urgencia de darochos • Rol de turnos de personal de salud: - Urgencias - Emergencia de especialidades - Servicios de diagnóstico - Servicios de tratamiento - Traslados y medicamentos - Servicios generales			
4.	Se coordina la atención entre el servicio de urgencias y las unidades de hospitalización.	Verificar: • Manual de procesos • Expediente Único (5) • Actas del comité de Auditoría Médica			
5.	Se coordina la atención entre los servicios de diagnóstico y tratamiento.	Verificar: • Manual de procesos • Expediente Único (5) • 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"> <li>Manual de procesos</li> <li>Expediente clínico (5)</li> <li>Actas del comité de Auditoría Médica</li> </ul>			
7	Se coordina la atención entre el establecimiento de salud y otros establecimientos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en expediente clínico</li> <li>Formularios de referencia y contra referencia</li> <li>Convenios interinstitucionales.</li> </ul>			
8	Se identifica a los responsables de la coordinación con otros establecimientos de atención.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operarios y procedimientos</li> </ul>			

**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. En los profesionales responsables de la atención al paciente están identificados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos sello y firma del responsable</li> </ul>			
2. En los profesionales responsables están fijados para asumir la responsabilidad de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la atención en el físico y persona</li> </ul>			
3. En los profesionales responsables de la atención están identificados ante el personal de evaluación de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al personal (3)</li> </ul>			

**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 paciente, entre profesionales del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Manual de procesos, guías, roles y procedimientos</li> <li>Registro de transferencia</li> </ul>			
2. Existe el registro de transferencia de la información entre profesionales de salud, de manera continua o en momentos clave de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 Expedientes clínicos</li> </ul>			
3. La información intercambiada incluye el estado de salud del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)</li> </ul>			
4. La información intercambiada incluye un informe de la atención prestada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)</li> </ul>			
5. La información intercambiada incluye la petición del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)</li> </ul>			
6. Cuando se produce una transferencia, se registra el motivo de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)</li> </ul>			

**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 norma establece cuáles son los profesionales con acceso al expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Reglamento de ingreso y uso del Expediente Clínico</li> </ul>			

2	El expediente clínico está a disposición de estos profesionales y bajo la custodia de enfermería o archivo clínico.	Verificar en: • Reglamento de manejo y uso del Expediente Clínico • Entrevista al personal (3) • Verificar en 5 expedientes clínicos			
3	Para garantizar la transmisión de la información más reciente se actualizan adecuadamente los expedientes clínicos.				

**ACA.2.4 La información relacionada con la atención al paciente se transfiere con éste al interior del establecimiento. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	El expediente clínico del paciente y un resumen de la información de atención del paciente se traslada con éste a otra sección o unidad del establecimiento de salud.	• Verificar en 5 expedientes clínicos el resumen de información			
2	Si el resumen se requiere: • El motivo del ingreso • Hallazgos significativos. • Diagnóstico realizado • Cualquier procedimiento realizado • Medicación y otros tratamientos • El estado del paciente en el momento del traslado	• Verificar en 5 expedientes clínicos en el resumen de información			

**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: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
2	El alta o la referencia consideran las necesidades de continuidad de atención al paciente.	Verificar: • En 5 Expedientes Clínicos • Protocolos de atención			
3	Se realizan acciones para determinar que el paciente está preparado para el alta.	Verificar: • Protocolos de atención • En 5 Expedientes Clínicos.			

**ACA.3.1 El establecimiento coopera 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 las necesidades tanto de servicios de salud como de continuidad de atención.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Protocolos de atención • Expedientes Clínicos.			
2	El establecimiento conoce los establecimientos de referencia de su entorno.	Verificar: • Listas de establecimientos de referencia (Directoras)			



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios y cobros sujetos a las normas vigentes.</li> </ul>		
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"> <li>• En 5 expedientes clínicos copia del formulario de referencia, con constancia de recepción por el paciente o familiares.</li> </ul>		

**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 ser comprensibles.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares.</li> </ul>			
2. Las instrucciones incluyen cualquier posibilidad de obtener más información de seguimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares.</li> </ul>			
3. Las instrucciones indican en qué casos será necesario obtener atención urgente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares.</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1. Existe un ejemplar original de la epicrisis en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
2. La epicrisis contiene los parámetros especificados.	Verificar que contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de ingreso/egreso</li> <li>• Diagnósticos de ingreso y egreso (ICD-10)</li> <li>• Motivo de alta</li> <li>• Resumen de la evolución</li> <li>• Lista de problemas clínicos pendientes</li> <li>• Plan de manejo y tratamiento</li> <li>• Recomendaciones para vigilancia ambulatoria (instrucciones para el seguimiento).</li> <li>• Enfermedades colaterales y hábitos</li> <li>• En caso de defunción causa de muerte acorde a certificado de defunción y a la solicitud y clínico estacion de recepción hospitalario</li> </ul>			
3. Existe ejemplar original del Resumen de egreso o nota de alta en el expediente clínico del paciente, que incluya los parámetros especificados.	Verificar en nota de alta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos generales del paciente</li> <li>• Fecha de ingreso y egreso</li> <li>• Diagnósticos de ingreso y egreso</li> <li>• Historial de enfermedades y tratamientos</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento realizado</li> <li>• Recomendaciones</li> <li>• Nombre, firma y sello del responsable</li> </ul>			
4.	En caso de alta solicitada verificar la existencia de la misma en el expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
5.	La nota de alta validada incluye los parámetros especificados	<p>Verificar en nota de alta solicitada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha y hora del alta solicitada</li> <li>• Nombre completo del paciente</li> <li>• Breve de las circunstancias que dicho alta pueda tener</li> <li>• Nombre completo del familiar más cercano, tutor o representante legal (si aplica)</li> <li>• Firma y RP de documento de identificación del paciente o persona solicitante</li> <li>• Firma y sello del médico tratante</li> </ul>			

«CA.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	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Formularios de Referencia y contra referencia.</li> <li>• Entrevista al personal (3 a 5)</li> </ul>			
2. Los traslados se realizan en las necesidades de continuidad de atención de paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
3. El procedimiento contempla el traslado de responsabilidad a otro profesional o centro	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
4. El procedimiento incluye los medios que aseguran un traslado.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
5. El procedimiento incluye la responsabilidad durante el traslado.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
6. El procedimiento especifica las situaciones en que no puede producirse traslados	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
7. Los traslados se manejan de manera regular a otras organizaciones.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			

ACA.4.1 El establecimiento de origen en el que se encuentra el establecimiento de destino pueda atender las necesidades de atención del paciente a través 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 del paciente que se trasladará.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el manual o sistema de referencia y contrareferencia</li> </ul>			
2. Se establecen acuerdos de manera formal con los establecimientos de destino cuando hay que trasladar con frecuencia a las pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar convenios entre establecimientos</li> </ul>			
3. El sistema de referencia y contrareferencia cuenta con un responsable interinstitucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Manual de Organización y funciones y Manual de Procesos</li> <li>Entrevista con funcionario responsable</li> </ul>			

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 a paciente se incluye la información clínica relativa a otro informe médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en expedientes clínicos</li> </ul>			
2. El informe médico incluye el estado del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
3. El informe médico incluye los procedimientos a los que intervenga el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
4. El informe médico incluye los antecedentes de continuidad de atención del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			

ACA.4.3 Durante el traslado, un médico supervisa el estado del paciente. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Todos los pacientes reciben supervisión durante el traslado de acuerdo a la gravedad de su estado clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Hoja de referencia</li> <li>Nombre, firma y sello del responsable del traslado</li> <li>Verificar en la hoja de referencia</li> </ul>			
2. La formación del personal que atiende al paciente se ajusta al estagio de salud de este.				

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, referida en la hoja de evento actual del paciente referido incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>La consistencia de la condición con el establecimiento que atiende al paciente.</li> <li>Los motivos de la referencia</li> <li>Cuál es la circunstancia específica de traslado</li> <li>Cuáles son valores en la condición o el estado del paciente durante el traslado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el expediente clínico (3)</li> </ul>			

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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en fichero clínico</li> </ul>			
---	---	--	--	--	--

ACA.5 El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte de este. (CPC II NAI)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El proceso de referencia tiene en cuenta las necesidades de transporte de acuerdo al estado del paciente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
2.	El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
3.	El proceso de alta de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
4.	El transporte se ajusta a las necesidades del paciente y cuenta con el equipamiento adecuado para traslado de pacientes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			

#### **EVALUACIÓN DEL PACIENTE (ATENCIÓN INICIAL) (EDP)**

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Normas y procedimientos de establecimiento demuestran la información que habrá que obtener sobre los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> </ul>			
2.	Normas o procedimientos del establecimiento de salud define al responsable de realizar la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar al responsable de realizar la evaluación</li> </ul>			
3.	Normas de establecimiento especifican la información y el responsable para documentar el ingreso del paciente en el servicio de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Registro de pacientes atendidos y admitidos</li> </ul>			

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

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: <ul style="list-style-type: none"> <li>Instructivo de aplicación</li> <li>En 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
2.	Los médicos y los directivos de los hospitales adoptan las Normas según los pacientes y los recursos del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Protocolos de Atención o Factores</li> </ul>			
3.	Los protocolos se revisan regularmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar que las actualizaciones de los Protocolos de Atención se realizan mínimo cada tres años</li> </ul>			

**EDP. 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 planes adelantados para reducir la atención en los distintos 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 tiempos cronometrados en Expediente Clínico.			
3	Los resultados de las evaluaciones realizadas fuera del hospital se verifican al ingreso de paciente en casa.	• Verificar Notas de Referencia, contra-referencia en el Expediente Clínico (5).			

**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 de paciente.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos.			
2	Los profesionales que atienden al paciente ingresado, los evaluadores en el expediente clínico de 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 que incluye las normas del establecimiento.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos.			
2	A cada paciente se le realiza una evaluación física.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos.			
3	Se realiza una evaluación social y económica inicial, con el fin de determinar el tipo de atención que el paciente necesita.	• Verificar evaluación por Trabajo Social. • Verificar Manual de normas y procedimientos.			
4	La evaluación inicial permite establecer el tipo de atención que el paciente necesita.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos.			
5	La evaluación inicial permite establecer un diagnóstico inicial.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos.			
6	La evaluación inicial permite conocer cualquier alteración clínica.	• 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 entra en el expediente clínico del paciente.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			

**EDP. 2.1.2** La evaluación médica inicial se documenta antes de la anestesia o de la cirugía. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Los pacientes de cirugía se someten a una evaluación médica antes de ser intervenidos.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
2.	Los resultados de pruebas diagnósticas de los pacientes de cirugía se documentan antes de la intervención.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
3.	Los pacientes quirúrgicos tienen un diagnóstico preoperatorio documentado antes de la cirugía.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
4.	La evaluación de anestesia determina la condición del paciente para la anestesia planeada.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
5.	Los pacientes son reevaluados inmediatamente antes de la inducción anestésica.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
6.	Antes del uso de anestesia, se registra una nota de valoración anestésica.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			

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

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 la llamada.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
2.	En urgencia, existe como mínimo una nota breve y un diagnóstico, impresiones 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 Se examina el estado nutricional y las necesidades nutricionales del paciente y se le deriva en caso de necesitar una evaluación y un tratamiento específico (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Profesionales calificados desarrollan criterios para identificar a los pacientes que necesitan evaluaciones de nutrición más amplias.	• Verificar criterios de evaluación nutricional			
2.	Como parte de la evaluación inicial se realiza un cribaje nutricional a todos los pacientes.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
3.	Los pacientes con riesgo de problemas nutricionales según los criterios establecidos se someten a una valoración nutricional.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
1.	Profesionales calificados desarrollan criterios para identificar a los pacientes que requieren una evaluación funcional en mayor profundidad.	• Verificar criterios de evaluación funcional registrada en 5 Expedientes Clínicos			
3.	Se somete a los pacientes a revisiones para determinar la necesidad de evaluaciones funcionales más amplias.	• Verificar 5 Expedientes Clínicos			
4.	Los pacientes que requieren evaluación funcional según los criterios establecidos son valorados mediante interconsultas.	• Verificar 5 Expedientes Clínicos			

EDP 2.3 El establecimiento realiza evaluaciones iniciales individualizadas de los grupos de pacientes especiales (etades extremas, terminales, drogodependientes, a condiciones, 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 Clínica			

EDP 2.4 La evaluación inicial incluye establecer la necesidad de planificar la condicional según el tipo 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 condicionar clínica.	• Verificar manual de procedimientos, guías y procedimientos			
2.	Cuando se necesitan evaluaciones adicionales especializadas, hay que informar 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 evolución			
2.	Se reevalúa a los pacientes para planificar el alta o la continuidad del tratamiento.	• Verificar en 5 expedientes clínicos las notas de evolución			

3.	Se reevalúa a los pacientes o intervenciones según su condición, plan de atención y necesidades individuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos.</li> </ul>			
4.	La reevaluación se documenta en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos.</li> </ul>			

#### 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 modificaciones dentro del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos la firma y sello del profesional.</li> </ul>			
2. Las evaluaciones de urgencia las realizan profesionales calificados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos la firma y sello del profesional.</li> </ul>			
3. Las modificaciones de enfermería las realizan profesionales calificados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos la firma y sello del profesional.</li> </ul>			

#### 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 modificaciones están definidas por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de Organización y Funciones y Manual de Fiestas.</li> </ul>			

### 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 datos y la información de la evaluación del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el expediente clínico el registro de juntas médicas, interconsultas.</li> </ul>	2.		
3. Los responsables de la atención al paciente toman parte en el proceso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar firmas y sellos del personal responsable de la atención.</li> </ul>			

#### 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"> <li>Verificar en el expediente clínico las conclusiones y sugerencias del análisis integral.</li> </ul>			



## LABORATORIO

**EDP. 6** El establecimiento cuenta con laboratorio, que tiene los servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes, y que cumplan con las normas y la legislación nacional y departamental. (OBLIGATORIO)

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"> <li>Verificar la autorización de habilitación y funcionamiento del laboratorio de acuerdo a normas establecidas.</li> </ul>			

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un programa de seguridad de laboratorio adecuado para los riesgos y peligros inherentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Normas de Bioseguridad de Laboratorio.</li> </ul>			
2. Existe un plan de contingencia en situaciones de accidentes en el laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar plan de contingencia.</li> <li>Entrevista al personal.</li> </ul>			
3.				
4. El programa se coordina con el programa de gestión de la seguridad del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar incorporación en el Programa de Seguridad del establecimiento.</li> </ul>			
5. Normas y procedimientos escritos regulan el manejo y traslado de materiales infecciosos y peligrosos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Normas de Manejo de Residuos sólidos.</li> </ul>			
6. Se dispone de los dispositivos de protección y bioseguridad adecuados.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Que el personal utilice guantes, gafas protectoras, mandíes y otros.</li> </ul>			
7. Se capacita al personal de laboratorio en prácticas y procedimientos de bioseguridad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Capacitación continua.</li> <li>Lista de Asistencias.</li> </ul>			

8.	Se evalúa al personal de laboratorio sobre nuevos procedimientos y sobre materiales peligrosos reconocidos o de reciente adquisición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar</li> <li>Programa de Capacitación continua</li> <li>Lista de asistentes</li> </ul>			
----	---	---	--	--	--

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento de salud cuenta con un responsable del servicio de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar</li> <li>Estructura organizacional (organograma),</li> <li>Manual de Organización y Funciones</li> <li>Designación del responsable de laboratorio</li> </ul>			
2.	Profesionales y técnicos con la experiencia y formación adecuada realizan las pruebas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar</li> <li>En Manual de Cargos el perfil de personal asignado de profesionales paratécnicos, técnicos y técnicos en laboratorio</li> <li>Documentos que acrediten formación profesional o técnica en files personales</li> <li>Verificar capacitación específica en files personales</li> </ul>			
3.	El laboratorio cuenta con personal cualificado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Manual de Cargos el perfil de personal asignado</li> <li>Setra y firma del responsable de la interpretación y reporte de los resultados de laboratorio</li> </ul>			

**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 la norma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> </ul>			
2.	Los resultados de laboratorio se entregan en función de las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y los requerimientos del personal médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Expedientes clínicos</li> <li>Verificar hora de solicitud y hora de entrega del resultado de la prueba</li> </ul>			

**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)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Existe un programa de gestión del equipo de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Programa de gestión de equipo</li> </ul>			
2.	El programa incluye la selección y adquisición de equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Programa de gestión de equipo</li> </ul>			
3.	El programa incluye el inventariado del equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Programa de gestión de equipo</li> </ul>			
4.	El programa incluye la inspección y las pruebas de funcionamiento del equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Programa de gestión de equipo</li> </ul>			
5.	El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Programa de gestión de equipo</li> </ul>			
6.	Se realiza un seguimiento de programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Informes de seguimiento del Programa de gestión de equipo</li> </ul>			
7.	Se documentan adecuadamente los niveles de funcionalidad, de mantenimiento y calibración del equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Informes y registros correspondientes</li> </ul>			

**EDP.6.6 Se dispone de manera regular de reactivos esenciales y de otros suministros. (OBLIGATORIO)**

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"> <li>Verificar la lista de reactivos y suministros esenciales</li> </ul>			
2	El responsable de laboratorio participó en el proceso de adquisición de los reactivos y suministros en base a la norma y gestión, para garantizar la disponibilidad oportuna y adecuada de los mismos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar participación de jefe de laboratorio en el último proceso de adquisición</li> <li>Existencia de reactivos</li> </ul>			
3	Todos los reactivos están almacenados y son distribuidos de acuerdo con las directrices del manual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de Procesos, pautaciones y procedimientos</li> <li>Verificar Manual de distribución de reactivos</li> <li>Verificar registros de evaluación periódica</li> </ul>			
4	Todos los reactivos se evalúan periódicamente para verificar su precisión y sus regulados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en sitio nombre del reactivo o solución, fecha de vigencia y responsable de su preparación</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	La solicitud de pruebas se establece según los procedimientos definidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Formato de Descripción y Tratamiento</li> <li>Verificar formularios de solicitud de pruebas</li> </ul>			
2	La obtención e identificación de muestras se establece mediante los procedimientos definidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de Procesos</li> </ul>			
3	Existen procedimientos para registrar el transporte, almacenaje, conservación y eliminación de muestras	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos</li> <li>Observación directa</li> </ul>			
4	La recepción y el seguimiento de muestras se establecen a través de procedimientos definidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de procesos</li> </ul>			
5	Se cumplen los procedimientos definidos cuando se compran servicios de laboratorios externos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos</li> <li>Control de calidad con laboratorios externos</li> </ul>			

**EDP. 6.8 Se utilizan normas y rangos establecidos para interpretar e informar de los resultados del laboratorio clínico. (OBLIGATORIO)**

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"> <li>Verificar existencia de Rangos de referencia</li> </ul>			
2	El rango se incluye en el expediente clínico o no parte de informe de los resultados de la prueba	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar inclusión de rangos de referencia en informe de resultados</li> </ul>			
3	Cuando se realiza las pruebas en laboratorios externos, se incluyen los rangos correspondientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar inclusión de rangos de referencia en el informe de resultados</li> </ul>			
4	Los rangos se ajustan a la edad, género, las características genéticas de referencia de los pacientes y a unidades de establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar inclusión de rangos de referencia en el informe de resultados de acuerdo a paciente</li> </ul>			
5	Estos rangos de referencia se actualizan periódicamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar actualización mínima anual</li> </ul>			

**EDP-6.9 Personal calificado se encarga de la gestión del servicio de laboratorio. (OBLIGATORIO)**

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"> <li>Verificar cumplimiento de perfil profesional del jefe de laboratorio en file de recursos humanos</li> </ul>			
2. Las responsabilidades incluyen el desarrollo, actualización, socialización y archivo de normas y procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones de Laboratorio</li> <li>Manual de Procesos y Procedimientos</li> <li>Archivo de laboratorio</li> </ul> </li> </ul>			
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registros de supervisión administrativa</li> </ul>			
4. Las responsabilidades incluyen el mantenimiento de programas de control de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registros de control de calidad vigentes</li> </ul>			
5. Las responsabilidades incluyen la participación en el proceso de contratación de servicios de laboratorio de igual o menor costo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar actas de proceso de contratación</li> </ul>			
6. Las responsabilidades incluyen el control y seguimiento de los servicios de laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registros de control y seguimiento periódico y actualizado de los servicios de laboratorio</li> </ul>			

**EDP. 6.10 Existen procedimientos de control de calidad que se ejecutan y documentan. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un programa de control de calidad para el laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar existencia de Programa de control de calidad</li> </ul>			
2. El programa incluye la validación de las pruebas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro de validación de pruebas</li> </ul>			
3. El programa incluye la supervisión diaria de los resultados de las pruebas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro diario de supervisión de resultados de las pruebas</li> </ul>			
4. El laboratorio intercompara muestras con un laboratorio de referencia para validar los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro validado con laboratorio de referencia</li> </ul>			
5. El programa incluye la corrección rápida de deficiencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registros de corrección de deficiencias</li> </ul>			
6. El programa incluye la documentación de los resultados y acciones correctivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documentación de respaldo</li> </ul>			

**EDP.6.10.1 Existe un proceso para validación de pruebas. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El laboratorio participa en un programa de evaluación externa de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar certificado de participación en evaluación externa anual</li> </ul>			
2. Se mantiene un registro de la participación periódica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro de participación</li> </ul>			
3. Todos los servicios y pruebas de laboratorio están incluidos en el programa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar programa</li> </ul>			

**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)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
El laboratorio externo entrega con regularidad los resultados del control de calidad al establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registros de control periódico de laboratorios externos.</li> </ul>			

**EDP 6.12 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializada en caso necesario. (OPCIONAL)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se dispone de una lista de recursos accesibles en áreas de diagnóstico especializado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar lista de recursos accesibles.</li> </ul>			
2. Se contacta con expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registros de contacto con expertos.</li> </ul>			

## IMAGENOLÓGIA

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

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"> <li>Verificar si se cumple la normativa y la legislación correspondiente.</li> </ul>			
2. Cuenta con programa de control del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear (IBTEN).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar si tiene el acta cada otorgada por el IBTEN.</li> </ul>			
3. Cuenta con sus propios recursos humanos que trabajan en el servicio (profesionales y técnicos) por parte del IBTEN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los recursos humanos otorgados por el IBTEN.</li> </ul>			

**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)**

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"> <li>Verificar horarios de atención y rol de turnos internos y externos.</li> </ul>			
2. De no contar con el servicio se realiza en controles y convenios con establecimientos que cumplen las normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de los servicios externos.</li> <li>Convenios y convenios.</li> </ul> </li> </ul>			

**EDP 7.2 Existe un programa de seguridad contra la radiación que se controla y se documenta. (OBLIGATORIO) En caso de contar 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"> <li>Verificar existencia de programa seguridad y prevención de riesgos y peligros de radiación.</li> </ul>			
2. El programa se coordina con el de gestión de la seguridad del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar coordinación con programa de gestión de seguridad.</li> </ul>			

3.	Las normas y los procedimientos escritos se basan en la legislación vigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Normas y Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
4.	Las normas y los procedimientos escritos regulan el manejo y la disposición de residuos especiales e infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Normas de manejo de residuos generados en establecimientos de salud</li> </ul>			
5.	Se dispone de los dispositivos adecuados a los peligros inherentes al servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar existencia de dispositivos de seguridad</li> </ul>			
6.	Se capacita al personal de imagenología hacia prácticas y procedimientos de seguridad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de capacitación</li> <li>• Lista de participantes</li> </ul>			
7.	Se actualiza al personal de imagenología sobre los nuevos procedimientos y peligros	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de participantes</li> <li>• Programa de capacitación</li> </ul>			
8.	Se realiza control de la dosis de radiación de los tratamientos mensualmente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de control de radiación</li> <li>• Uso de dosímetro por el personal</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se identifica al personal con el que se cubre el servicio	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil del personal en Manual de cargos</li> <li>• Fila en Recursos Humanos</li> </ul>			
2.	El personal con la formación con especialidad realiza los estudios	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil del personal en Manual de cargos</li> <li>• Fila en Recursos Humanos</li> </ul>			
3.	El personal con la formación con el poder interpretar los estudios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar firma y sello del médico imagenólogo en el informe de resultados</li> </ul>			
4.	El personal tiene cursos con la experiencia y la formación exigidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar certificado profesional de personal técnico</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento ha determinado el plazo para emitir el informe de los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en Manual de Procedimientos, Procesos y Operaciones</li> </ul>			
2.	Los resultados de imagenología se informan en un plazo acorde con las necesidades del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar cumplimiento de plazos acordes con las necesidades del paciente en el expediente clínico</li> </ul>			
3.	El informe de resultado de los estudios se realiza al médico imagenólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar sello y firma en los informes de imagenología</li> </ul>			

**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)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Existe un programa de gestión del equipo de imagenología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar existencia de Programa de gestión</li> </ul>			

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

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

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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registro de identificación de materiales e insumos necesarios</li> </ul>			
2.	Se dispone de los materiales e insumos necesarios.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de materiales e insumos necesarios</li> <li>• Proceso de solicitud y dotación</li> </ul>			
3.	Todos los reactivos se almacenan y administran según normas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, procedimientos y operaciones de almacenamiento</li> </ul>			
4.	Todos los reactivos se evalúan de manera periódica para comprobar la precisión de los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de evaluación periódica</li> </ul>			
5.	Todos los reactivos y soluciones tienen un registro completo y detallado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registro de reactivos y soluciones</li> </ul>			
6.	Se controlan las placas en cuanto a su vencimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de vencimiento de placas</li> </ul>			
7.	Se cuenta con registros de valores de revelado de las placas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>			
8.	Se elabora informe mensual de los procedimientos realizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar una muestra aleatoria del informe de conciliación</li> </ul>			

**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"> <li>• Verificar registros de validación de los métodos de exámenes</li> </ul>			
2.	El control de calidad incluye la supervisión diaria de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registro de supervisión diario de resultados</li> </ul>			
3.	El control de calidad incluye la intervención rápida en caso de detectarse deficiencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de acciones correctivas</li> </ul>			
4.	El control de calidad incluye pruebas de los reactivos y soluciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de pruebas de reactivos y soluciones</li> </ul>			
5.	El control de calidad incluye la documentación de los resultados y acciones correctivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar documentación respectiva</li> </ul>			

EDP.7.6 El establecimiento maneja de manera regular los resultados del control de calidad de todos los análisis diagnósticos en fuentes externas de donde se adquieren servicios. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se manejan con regularidad los resultados del control de calidad de fuentes externas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro de recepción de resultados de control de calidad.</li> </ul>			
2.	Los resultados del control de calidad son revisados por personal calificado (IBTEN).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar reportes.</li> </ul>			

EDP.7.7 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento dispone de una lista de recursos accesibles de expertos en áreas de diagnóstico especializado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar lista de expertos.</li> </ul>			
2.	El establecimiento de salud contacta con expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro de contacto con expertos.</li> </ul>			

## **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 del establecimiento determinan normas de atención uniformes, basados en la legislación vigente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones.</li> <li>Manual de procesos, guías clínicas y procedimientos.</li> <li>Normas y protocolos de atención.</li> </ul>			
2.	La calidad de la atención es uniforme en los diferentes servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los actas de Comité de Gestión de calidad y auditoría médica.</li> <li>Resultados de supervisión por autoridad competente.</li> </ul>			

AAP.2 Es este un proceso que integra y coordina la atención brindada 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.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Organización y funciones.</li> </ul>			
2.	La atención se integra y se coordina entre los diferentes servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos la participación de todo el equipo de salud.</li> </ul>			

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"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos.</li> </ul>			
2.	La atención planificada para cada paciente se registra en el expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos.</li> </ul>			



3.	Se lleva a cabo la atención clínica a la.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
4.	La atención facilitada a cada paciente se anota en el expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			

**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.	Las órdenes y prescripciones se ingresan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
2.	Solo puede hacerlas el personal autorizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos firma y sello del médico tratante</li> </ul>			
3.	Las ordenes se hallan en un lugar específico en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			

**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 del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar en 5 expedientes clínicos</li> <li>Entrevista al personal médico (3 clínicos)</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>			

**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"> <li>Panel de información respecto a los profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios.</li> </ul>			
2.	Existe un sistema de señalización visible y comprensible	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de señalización</li> <li>Entrevista a 3 pacientes</li> </ul>			
3.	Existe una sala de recepción, espera y baños con el mobiliario necesario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar ambientes por muestras.</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
2. Existe un ambiente adecuado para la espera de obtención de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el ambiente</li> </ul>			
3. Existe un personal responsable de sistema de obtención de atención	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos humanos asignados a este servicio.</li> <li>Manual de funciones</li> <li>Memorando de designación</li> </ul>			
4. El tiempo de espera para la obtención de la atención se cumple de acuerdo a la norma del establecimiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Hoja de inicio de actividades del personal responsable</li> </ul>			

**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 su responsabilidad nivel de complejidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Panel de información respecto a las especialidades</li> <li>Observación directa de la existencia de atención</li> </ul>			
2. El consultorio externo debe contar con ambientes adecuados para proporcionar privacidad y tranquilidad al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar ambientes por muestreo de acuerdo a anexos</li> </ul>			
3. El consultorio externo cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo a la especialidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de inventario actualizado</li> <li>Comprobar existencia y funcionamiento (funcionamiento) de los mismos</li> </ul>			
4. El consultorio cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo a nivel de atención en la consulta externa	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado de personal de servicio (en recursos humanos)</li> <li>Foja de personal (&gt; por disciplina)</li> </ul>			
5. El consultorio de consulta externa cuenta con normas de organización y funcionalidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones</li> <li>Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> <li>Manual de cargos</li> <li>Roll de turnos de personal que garantice funcionamiento continuo</li> <li>Memoranda de designación del responsable de servicio</li> <li>Instrumentos de registros de atención</li> </ul>			

6	La atención de pacientes de consulta externa esta regulado por normas y procesos	Verificar existencia de <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y Protocolos de atención</li> <li>• Actas del Comité de Auditoría</li> </ul>			
---	--	--	--	--	--

## ODONTOLOGÍA

AAP 4 E 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"> <li>• Panel de información respecto a los profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios</li> </ul>			
2	Existe un sistema de señalización adecuada, visible y comprensible.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar sistema de señalización</li> <li>• Encuestar a 2 - 3 pacientes</li> </ul>			
3	Existe una sala de recepción, espera y baños con mobiliario necesario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes por muestreo</li> </ul>			

AAP 4.1 Sistema de atención de la atención (OPCIONAL)

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	Existe un sistema y proceso definido para la atención ordenada de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos.</li> </ul>			
2	Existe un ambiente adecuado de espera para la atención de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el ambiente</li> </ul>			
3	Existe personal responsable para facilitar la atención ordenada de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar recursos humanos asignados a este servicio</li> </ul>			

AAP 4.2 El servicio de odontología cumple con las normas de calidad, 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 privacidad y tranquilidad al paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes por muestreo</li> </ul>			
2	El consultorio de odontología cuenta con el mobiliario, mobiliario y equipamiento de acuerdo al nivel y especiales	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de inventario actualizado</li> <li>• Aseguramiento existencia y funcionamiento (OIT items)</li> </ul>			
3	El establecimiento cuenta con recursos humanos suficientes de acuerdo al nivel de atención	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de personal del servicio en recursos humanos</li> <li>• Eje de personal</li> </ul>			
4	El servicio de consulta odontológica cuenta con normas de organización y funcionamiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de organización y funciones</li> <li>• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de cargas</li> <li>Memorando de designación del responsable del servicio</li> <li>Instrumentos de registros</li> </ul>				
1.	La atención de pacientes de consulta otorrinolológica está regulada por normas y procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>verificar existencia de:</li> <li>Normas y Protocolos de atención</li> <li>Actas de auditoría del expediente clínico</li> </ul>			

## 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 (seleccionada preferentemente con Concurso de Méritos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documentos en file de RRHH</li> </ul>			
2.	Existe un ambiente para la práctica de Enfermería con mobiliario adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar ambiente</li> </ul>			
3.	Existe un rol de turnos, mensual y anual y rol de vacaciones de personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar rol de turnos y de vacaciones</li> </ul>			
4.	El establecimiento cuenta con protocolos de enfermería, manuales de procedimientos y manual de funciones actualizados y están a disposición del personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar:</li> <li>Existencia de protocolos de enfermería</li> <li>Manual de funciones</li> <li>Manual de procedimientos</li> <li>Verificar normas de supervisión</li> </ul>			
5.	Se si persor la correcta aplicación de los protocolos, manuales de procedimientos y funciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar 5 expedientes clínicos</li> </ul>			
6.	El personal de enfermería realiza correcto manejo del expediente clínico de acuerdo a normas, frías de enfermería en forma clara, legible, colocada de sellos y firmas.				
7.	El establecimiento cuenta con un área específica de enfermería que reúne los requisitos para dar una atención garantizada y libre de riesgo tanto para el paciente como para el personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar área de enfermería</li> </ul>			
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"> <li>Verificar acceso a vestuario, baño y ducha</li> </ul>			

### AAP. 6 El servicio de hospitalización 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 hospitalización en las especialidades que corresponden al nivel de complejidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar:</li> <li>Plan de información respecto a las especialidades</li> <li>Verificar ambientes de la versión</li> </ul>			
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"> <li>Existencia de inventario actualizado</li> <li>Comprobar existencia de instrumental (10 ítems)</li> </ul>			
4.	El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo al nivel de complejidad del servicio de hospitalización.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado de personal del servicio en recursos humanos</li> <li>File de personal (2 por disciplina)</li> </ul>			
5.	El servicio de hospitalización funciona con normas de organización y funcionalidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones</li> <li>Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> <li>Manual de cargos</li> <li>Rol de turnos de personal con garantía financiera continua</li> <li>Resolución de designación del responsable del servicio</li> <li>Instrumentos de registro de atención</li> </ul>			
6.	La atención de pacientes hospitalizados está regulada por normas y protocolos.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Normas y Protocolos de atención</li> <li>Actos del Comité de Asistencia Médica</li> </ul>			

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

**AAP.7** Existen normas y procedimientos para guiar la atención a pacientes de alto riesgo (Terapia intermedia o intensiva) y para la provisión de servicios de alto riesgo (emergencias y urgencias médicas). (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las autoridades del establecimiento, definen a los servicios de alto riesgo.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones</li> <li>Manual de Procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Normas y Protocolos de atención</li> </ul>			
2. Los procedimientos médicos, definen a los pacientes de alto riesgo.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Normas y Protocolos de atención</li> </ul>			
3. Las autoridades elaboran los procedimientos de estos servicios a través de un proceso participativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumento para la elaboración de Manual de Procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Estado de participantes</li> <li>Manual de Procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
4. Se capacita al personal y se utilizan los procedimientos preventivos de:	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado de participantes a cursos de capacitación</li> <li>Normas y protocolos de atención</li> </ul>			

**AAP.7.1.** La atención de pacientes de Terapia Intermedia o Intensiva se define mediante normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. En la unidad de Terapia Intermedia o Intensiva, los ambientes adecuados de acuerdo a norma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar ambientes</li> </ul>			

2.	Existe el equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios.	• Verificar in situ			
3.	La atención de pacientes de terapia intermedia o intensiva está regulada por normas y procedimientos.	Verificar: • Manual de Procesos • Protocolos de atención			
4.	Los pacientes reciben atención de acuerdo a los criterios y los procedimientos	Verificar: • Actas de Comité de auditoría médica			
5.	El servicio funciona de manera permanente e ininterrumpida durante todo el año y tiene acceso a los servicios auxiliares de diagnóstico	Verificar: • Rol de turnos de personal de salud • Funcionamiento de servicios auxiliares de diagnóstico			

**AAP.7.2. La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Existe una unidad de emergencias, con acceso exterior diferenciado y facilidad de comunicación interna con espacio y circulación óptima.	• Verificar ambientes			
2.	Existe el equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios	• Verificar de acuerdo a anexo			
3.	La atención de pacientes de emergencias está regulada por normas y procedimientos	Verificar: • Manual de Procesos de emergencias • Protocolos de atención			
4.	Los pacientes reciben atención de acuerdo a los normas y los procedimientos	Verificar: • Actas de Comité de auditoría médica			
5.	El servicio funciona de manera permanente e ininterrumpida durante todo el año y tiene acceso a los servicios auxiliares de diagnóstico	Verificar: • Rol de turnos de personal de salud • Funcionamiento de servicios auxiliares de diagnóstico • Base de información accesible al usuario			

**AAP.7.3 La utilización de procedimientos de reanimación se define mediante normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El uso uniforme de procedimientos de reanimación en el establecimiento está regulado por normas y procedimientos.	Verificar: • Manual de Procesos y procedimientos • Normas y Protocolos de atención			

**AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital o coma se define en normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
2.	La atención a pacientes en coma está regulada por normas y protocolos	• Verificar Normas y Protocolos de atención			
3.	La atención a pacientes en mantenimiento vital está reg. Adh. de normas y protocolos	• Verificar Normas y Protocolos de atención			

**AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades contagiosas e inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La atención a pacientes con enfermedades transmisibles está regulada por normas y protocolos.	• Verificar Normas y Protocolos de atención			
2. La atención a pacientes inmunodeprimidos viene regulada por normas y protocolos.	• Verificar Normas y Protocolos de atención			

**AAP.7.6 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes en días s. (OFICINA) (OBLIGATORIO EN CASO DE CONTAR CON EL SERVICIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La atención de pacientes en días s está regulada por normas y protocolos de atención.	• Verificar Normas y protocolos de atención	3.		
2. Si el establecimiento no cuenta con el servicio, establece convenios con establecimientos reconocidos y autorizados, verificando la calidad del servicio externo.	• Verificar convenios • Verificar controles de calidad a servicios externos			

**AAP.7.7 La atención a los pacientes inmovilizados está regulada en normas y protocolos de atención del establecimiento. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La inmovilización de pacientes está regulada por normas y protocolos de atención.	• Verificar Manual de Procesos.			

**AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes vulnerables de edad avanzada y niños. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La atención de pacientes en edad avanzada está regulada por normas y protocolos.	• Verificar Normas y Protocolos de atención			
2. La atención de niños está regulada por normas y procedimientos.	• Verificar Normas y Protocolos de atención			

## ANESTESIA

**AAP.8 La evaluación preanestésica la realiza un profesional especializado. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La evaluación preanestésica se lleva a cabo dentro de las 24 horas previas de la cirugía programada.	• Verificar en 5 expedientes clínicos la ficha de valoración pre anestésica	2.		
3. Un anestesiólogo realiza la evaluación.	• Verificar en 5 expedientes clínicos firma y sello del médico			

**AAP.9 La atención anestésica de cada paciente se planifica y se documenta. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se implementan y aplican protocolos de anestesia.	• Verificar protocolos.			

2.	Se planifica la atención anestésica de cada paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos la nota de valoración preanestésica.</li> </ul>			
----	---	--	--	--	--

**AAP.9.1** Los riesgos, complicaciones potenciales y distintas opciones se discuten con el paciente, su familia o aquellos que tomen decisiones por él. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El paciente, su familia o aquellos que tomen decisiones por él reciben información sobre los riesgos, posibles complicaciones y opciones de anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar consentimiento informado para anestesia.</li> </ul>			
2.	El anestesiólogo se entrega de proporcionar esta información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a 3 pacientes post cirugía y/o familiares.</li> </ul>			

**AAP.9.2** El uso de anestesia se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia incorporado en expediente clínico del paciente. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La anestesia utilizada y la firma para administrado se anotan en la hoja de registro o protocolo de anestesia que constituye parte del expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos el original de la hoja de registro o protocolo de anestesia.</li> </ul>			

**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. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se monitorea continuamente el estado fisiológico del paciente durante la administración de anestesia y se refleja en nota de evolución intra anestésica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar nota de evolución intra anestésica en 5 expedientes clínicos.</li> </ul>			

**AAP.10** El estado postanestésico de cada paciente se monitorea y se documenta, y el anestesiólogo da el alta al paciente de un área de recuperación en función de criterios establecidos. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se realiza el registro de la monitorización continua del paciente durante el periodo de recuperación post anestésica por el anestesiólogo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en nota postanestésica o de incorporación del expediente clínico.</li> </ul>			
2.	Se utilizan o se establecen los criterios para tomar decisiones sobre el alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Normas y Protocolos de atención.</li> </ul>			
3.	El anestesiólogo aplica los criterios y da el alta al paciente del área de recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos Firma y sello del médico responsable.</li> </ul>			
4.	Se registran los tiempos de llegada y alta del área de recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos.</li> </ul>			



## CIRUGÍA

**AAP.11** Se planifica y se documenta la atención quirúrgica de cada paciente en función de los resultados de la evaluación realizada. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El cirujano planifica cualquier intervención quirúrgica a realizar y documenta.	Verificar una programación en expediente clínico que contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de la cirugía</li> <li>• Diagnósticos</li> <li>• Plan quirúrgico</li> <li>• Tipo de intervención quirúrgica</li> <li>• Riesgo quirúrgico</li> <li>• Enfermedades y hábitos importantes</li> <li>• Cuidados y plan terapéutico</li> <li>• Pronóstico</li> <li>• Nombre, sello y firma del cirujano</li> </ul>			
2. El cirujano obtiene el consentimiento informado de acuerdo a normas establecidas.	Verificar consentimiento informado en 5 expedientes clínicos.			

**AAP.11.1** La cirugía realizada se registra en el expediente clínico del paciente. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El cirujano elabora el protocolo operatorio y completa la cirugía.	Verificar en 5 expedientes clínicos el Protocolo Operatorio que contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos generales de paciente</li> <li>• Fecha</li> <li>• Hora de inicio y finalización de la cirugía</li> <li>• Diagnóstico preoperatorio</li> <li>• Diagnóstico postoperatorio</li> <li>• Cirugía planeada</li> <li>• Cirugía realizada</li> <li>• Descripción de la técnica quirúrgica</li> <li>• Hallazgos transoperatorios</li> <li>• Reposo de gases y compresas</li> <li>• Incidentes y accidentes</li> <li>• Cuantificación de sangrado y fluidos</li> <li>• Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorio</li> <li>• Nombre de ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y cirujantes</li> <li>• Estado postquirúrgico inmediato</li> <li>• Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato</li> <li>• Envío de piezas quirúrgicas para examen histopatológico</li> <li>• Nombre completo, sello y firma del cirujano</li> </ul>			

**AAP.11.2 El estado del paciente se controla durante e inmediatamente después de la intervención, y los hallazgos y procedimientos realizados se registran en el expediente clínico del paciente (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	Se controla el estado del paciente durante la cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro en protocolo operatorio</li> <li>Verificar registro de nota posoperatoria en 5 expedientes clínicos con firma y sello del cirujano</li> <li>Verificar en Protocolo operatorio</li> </ul>			
2	Se controla el estado del paciente durante el periodo inmediatamente posterior a la cirugía.				
3	Se incluyen los hallazgos y procedimientos realizados en el expediente clínico del paciente.				

**AAP.11.3 Se planifica y se documenta la atención al paciente después de la cirugía. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	Se planifica la atención médica, de enfermería y otros servicios para el postoperatorio de cada paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar órdenes, medidas en 5 expedientes clínicos con sello y firma del cirujano.</li> </ul>			

## 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, contiguo al quirófano, con circulación restringida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar ambientes</li> </ul>			
2	El servicio tiene un responsable y personal de apoyo.	Verifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable del servicio</li> <li>Señalar de 24 horas (un de turnos)</li> </ul>			
3	Cuenta con normas y procedimientos establecidos.	Verifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manuales de Organización y funciones.</li> <li>Manual de Procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Flujograma de procedimientos visible</li> </ul>			
4	Cuenta con sistemas de esterilización.	Verifica sistemas de esterilización con: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cable seco.</li> <li>Cable húmedo.</li> <li>Carta de Etimio con autolave</li> <li>Desinfección de alto nivel cumpliendo con recomendaciones de fabricante</li> </ul>			
5	Se realiza control de calidad periódico del procedimiento de esterilización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro de control de calidad químico y biológico</li> </ul>			
6	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro de mantenimiento preventivo de los equipos.</li> </ul>			
7	El personal cumple con las normas de bioseguridad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar actas de Comité de bioseguridad</li> </ul>			
8	Los envases deben tener fecha de esterilización y fecha de vencimiento no mayor a 7 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar fechas en 5 envases.</li> </ul>			

0	Cuenta con lista de defectantes 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 no servicio de farmacia, preferentemente por contrato de máximos	Verificar: + Estructura organizacional (organigrama), + Manual de Organización y Funciones + Designación del responsable de farmacia			
2. La farmacia cuenta con personal auxiliar capacitado	+ Verificar capacitación específica en los files personales			
3. Existe un número adecuado de profesionales para atender la demanda del servicio de acuerdo a normas	+ Ró 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 conformada por la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales LINAME			
2. La farmacia y la gestión de medicamentos cumplen 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 prestar	+ Verificar Lista de medicamentos en función de Protocolos de atención, servicios ofertados y prevalencia de enfermedades con indicio por la LINAME			
2. Existe registro de medicamentos en stock y de los que puede accederse rápidamente a bases de datos online	Verificar: + Registro de medicamentos en stock y su existencia lista por consumo + Listado de proveedores inmediatos de medicamentos que no estén en stock			

3.	Se utiliza un proceso participativo para elaborar la lista de medicamentos esenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar actas del Comité de Farmacia y Terapéutica</li> </ul>			
----	---	--	--	--	--

AAP.12.1.1 Existe un método de supervisión de uso de la medicación y de la huella 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"> <li>• Verificar actas del Comité de Farmacia y Terapéutica</li> <li>• Protocolos de atención</li> <li>• Resultados de Auditorías de recetas</li> </ul>			
2.	Se protegen los medicamentos contra pérdida o robo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Manual de Organización y Funciones</li> <li>• Verificar mecanismos de seguridad de farmacia</li> </ul>			
3.	El control de calidad incluye la intervención rápida en caso de detectarse deficiencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registro de acciones correctivas</li> </ul>			

AAP.12.1.2 el establecimiento puede obtener medicamentos que no estén en stock o de los que no disponga habitualmente. (OPCIONAL)

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	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"> <li>• Verificar el manual de procesos</li> </ul>			
2.	El personal conoce el procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista al personal de farmacia</li> </ul>			

AAP.12.1.3 Existe un procedimiento de obtención de medicamentos cuando la farmacia o el servicio farmacéutico está cerrados. (OPCIONAL)

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Existe un procedimiento de obtención de medicamentos cuando la farmacia está cerrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de Procesos, operaciones, procedimientos</li> </ul>			
2.	El personal conoce el procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista al personal de farmacia</li> </ul>			

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"> <li>• Verificar stock de medicamentos en el servicio de urgencias</li> <li>• Entrevista al personal de farmacia</li> </ul>			
2.	Los medicamentos de urgencias están protegidos contra pérdida y robo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el área</li> </ul>			
3.	Los medicamentos de urgencias se monitorizan y sustituyen en el momento adecuado después de su utilización y reposición o vencimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar reposición de medicamentos en emergencias (Kardex)</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar Manual de Procesos, operaciones y procedimientos.</li> </ul>			
2. Se definen los procedimientos de registro de la prescripción y dispensación.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procesos, operaciones y procedimientos.</li> <li>Documento de prescripción (receta) y dispensación.</li> </ul>			
3. Se usa el procedimiento del uso excepcional de prescripciones versus de medicamentos y su posterior registro en casos de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos.</li> </ul>			
4. El personal personal de salud participa en los planes de comités de prescripción y dispensación de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Plan de capacitación continua.</li> <li>Entrevista a personal (3)</li> </ul>			

**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. Sólo los médicos y odontólogos autorizados por el establecimiento, pueden prescribir o recetar medicamentos según las normas y procedimientos vigentes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Firma y sello del médico en las recetas.</li> </ul>			
2. La prescripción debe cumplir con la siguiente:	Verificar en 3 recetas elegidas aleatoriamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del paciente</li> <li>Nombre genérico del medicamento</li> <li>Forma farmacéutica</li> <li>Concentración</li> <li>Código del medicamento cuando corresponda</li> <li>Cantidad</li> <li>Fecha</li> <li>Firma, sello con matrícula profesional del médico y especialidad cuando corresponda</li> </ul> Indicaciones de uso: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis</li> <li>Frecuencia y horario</li> <li>Vía de administración</li> <li>Duración del tratamiento</li> </ul> Resultados de Auditoría de recetas:			
3. Existe un procedimiento que establece los límites de prescripción en caso de suscripciones contratadas, radiaciones, de investigación y otros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el Manual de Procesos, operaciones y procedimientos.</li> <li>Auditoría de recetas.</li> </ul>			
4. El personal autorizado para prescribir y recetar medicamentos es el personal de salud de farmacia y personas que han estado a la formación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en farmacia listado de personal autorizado para prescripción de medicamentos.</li> <li>Entrevista al personal de farmacia.</li> </ul>			

**AAP.12.2.2** Existen normas y procedimientos para regular la automedicación del paciente, el control de las muestras de involucramentos, el uso de medicamentos llevados al establecimiento por el paciente o su familia, y la entrega de medicamentos al alto. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	Se controla la automedicación del paciente a través de normas y procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
2	La prohibición del acceso innecesario y uso de muestras de medicamentos está regulado por normas y procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
3	Normas y procedimientos regulan el registro y la utilización de cualquier medicamento que lleva el paciente consigo al establecimiento para su uso propio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
4	El suministro de medicamentos cuando el paciente recibe el alto está delimitado en las normas y los procedimientos establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			

**AAP.12.2.3** La preparación, el manejo, el almacenamiento y la distribución de la nutrición enteral o parenteral están regulados por normas y procedimientos. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	El almacenamiento, preparación, manejo y distribución de productos de nutrición por sonda enteral o por vía parenteral se definen en normas y procedimientos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo de Nutrición enteral y parenteral</li> <li>Manual de normas, operaciones y procedimientos</li> </ul>			

**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"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Observación in situ</li> </ul>			
2	Los medicamentos se dispensan en áreas limpias y seguras.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Observación in situ</li> </ul>			

**AAP.13.3.1** El Regente Farmacéutico supervisa el almacenamiento y la dispensación de medicamentos. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	El personal calificado supervisa todas las actividades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Recursos Humanos el fin del Regente farmacéutico</li> <li>Manual de organización y funciones</li> <li>Manual de trabajo</li> </ul>			

2. Se supervisa la dispensación de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de supervisión</li> <li>Verificar documentación, respaldatoria de supervisión, monitoreo y registro de dispensación de sustancias controladas en base a la norma</li> <li>Libro de registro del movimiento de medicamentos controlados</li> </ul>			
3. La dispensación de sustancias controladas es objeto de una supervisión, homologación y registro exactos.				

#### AAP.13.3.2 Se verifican las prescripciones médicas. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se revisan todas las prescripciones o recetas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar dispensación de fármacos</li> <li>Resúmenes de Auditoría de recetas</li> </ul>			
2. Existe un proceso para, en caso de duda, contactar con la persona que recibió el medicamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a 3 funcionarios de farmacia y 3 médicos</li> </ul>			

#### 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 aprobado mediante Resolución Ministerial N° 1479	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia de las disposiciones contempladas en el POA (permiso o autorización)</li> </ul>			
2. Se aplican normas y procedimientos que regulan el uso de medicamentos a punto de caducar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar informe técnico de productos a días vencer (crédulos y venenos o clasetas)</li> </ul>			
3. Se aplican normas y procedimientos que regulan la destrucción de medicamentos vencidos, descompuestos, alterados, o deteriorados	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe técnico de productos vencidos, descompuestos, alterados o deteriorados</li> <li>Informe de instrucción de baja aprobada</li> <li>Aprobación de la destrucción</li> <li>Acta de destrucción y verificación</li> </ul>			
4. Se implementan las normas y los procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar lista de productos a disponerse en formato establecido según reglamento.</li> </ul>			

#### 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 de suministro y distribución de medicamentos en el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de Procesos de suministros y distribución de fármacos</li> </ul>			
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"> <li>Verificar Manual de Procesos de suministros y distribución de fármacos</li> <li>Cumplimiento de tiempos y cantidades en el pedido y dotación de medicamentos a farmacia y unidades autorizadas</li> <li>Stock de medicamentos en servicios autorizados</li> </ul>			
3. Los medicamentos se suministran y distribuyen de la forma que minimiza la manipulación	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procesos de suministros y distribución de fármacos.</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar 3 procesos de administración de medicamentos in situ (enfermería)</li> </ul>			
2.	Se verifican si los medicamentos a administrarse corresponden a la prescripción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería.</li> </ul>			
3.	La cantidad de las dosis se verifica con la prescripción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería.</li> </ul>			
4.	Las vías de administración se verifican con la prescripción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería.</li> </ul>			
5.	Los medicamentos se administran en la hora indicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería.</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar indicaciones médicas diarias en 5 expedientes clínicos.</li> </ul>			
2.	La administración de medicamentos se registra por cada día.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en hoja de administración de medicamentos en 5 expedientes clínicos.</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar un Manual de procesos, operaciones y procedimientos.</li> </ul>			
2.	Se registra y comunica los efectos adversos de los medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en expediente clínico.</li> <li>Verificar la tarjeta de notificación de reacciones adversas.</li> </ul>			

**AAP.13.5.2 Los errores en la medicación se informan dentro de un procedimiento y en el plazo de tiempo que define el establecimiento. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento cuenta con un Reglamento y procedimientos para definir, identificar e informar errores de medicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Reglamento y Manual de procesos, operaciones y procedimientos los correspondientes.</li> <li>Formulario de registro de errores de medicación.</li> </ul>			
2.	Los errores de medicación se informan oportunamente mediante el procedimiento establecido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos.</li> <li>Verificar registro de los errores.</li> </ul>			



2. El establecimiento utiliza los informes de errores de medicación para mejorar los procesos de medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar actas de los Comités de Farmacia y Terapéutica, Expediente Clínico y Auditoría Médica referente al análisis de errores de medicación para mejorar los procesos de medicación.</li> <li>• Verificación de acciones preventivas y correctivas.</li> </ul>		
---	--	--	--

## MEDICINA TRANSFUSIONAL

### AAP.14 El Establecimiento cuenta con un servicio de Transfusión que cumple con los requisitos obligatorios legales y técnicos nacionales (OBLIGATORIO)

El establecimiento cuenta con recursos físicos, humanos y tecnológicos organizados y dispuestos para la realización de servicios de transfusión

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1. El Establecimiento cuenta con el servicio de transfusión y opera a través de comités con varias habilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar resolución Ministerial de instalación, habitación y funcionamiento.</li> <li>• Disponer agente con varias habilidades</li> </ul>			
2. El servicio de transfusión cuenta con los ambientes adecuados conforme a la norma vigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes, área y equipamiento de acuerdo a anexo</li> </ul>			
3. Cumple con medidas de bioseguridad, higiene y salud ocupacional	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene de los ambientes</li> <li>• Registros de vacunación de todo el personal para hepatitis B y tetanos</li> <li>• Controles anuales de salud</li> <li>• Uso de guantes, gorros y batas</li> </ul>			
4. Cuenta con un jefe responsable de la unidad transfusional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar memorando en el filo de personal en recursos humanos</li> </ul>			
5. Cuenta con personal operativo profesional habilitado	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En filo que el personal cumple el perfil</li> <li>• Memorando en el filo de personal en recursos humanos</li> </ul>			
6. Cuenta con técnicas de laboratorio para la atención en farmacia limpia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar rol de turnos que garantiza 24 horas de servicio</li> </ul>			
7. Se realizan pruebas pre transfusionales de acuerdo a normas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>			
8. Cuenta con sueros hemotipificados A, B, O, RhD y Rhesus control, pruebas de Coombs	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad</li> <li>• Fecha de vencimiento</li> <li>• Almacenamiento</li> </ul>			
9. Cuenta con certificados de control de la calidad de los recipientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>			
10. Se emite resultado previa a la transfusión de sangre segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verificar en expediente clínico de pacientes receptores</li> </ul>			
11. Se toma el consentimiento informado previa a la transfusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico de pacientes receptores</li> </ul>			

12	Cuenta con la documentación y registros exigidos por la norma vigente	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libro de registro de pacientes</li> <li>• Libro de registro de solicitudes</li> <li>• Libro de registro de pruebas pretransfusionales</li> <li>• Formularios para reporte de resultados</li> <li>• Libro de registro de consentimiento informado de autorización de transfusión</li> <li>• Formularios para registro de transfusión</li> <li>• Formularios para registro de reacciones transfusionales</li> </ul>			
13	Cuenta con un Manual de normas y procedimientos operativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar existencia en Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos, procedimientos operativos</li> </ul>			
14	Cuenta con convenio firmado con el Banco de Abastecido, de cual se provee de unidades de sangre y sus componentes aprobado por el Centro de Referencia Nacional (Programa Nacional de Sangre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar convenio</li> </ul>			
15	El manejo, uso, conservación de sangre y sus componentes, está regulado por normas y procedimientos, en concordancia con las normas en vigencia.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de documentos normativos vigentes</li> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos para servicios de transfusión</li> <li>• Manual de uso de componentes y derivados de la sangre</li> <li>• Manual de normas de higiene y bioseguridad para servicios de transfusión</li> <li>• Protocolos de atención</li> </ul>			
16	Las solicitudes de transfusión son realizadas por el médico responsable del tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registro de las solicitudes de transfusión sanguínea</li> </ul>			
17	La administración, seguimiento y manejo de la transfusión se realiza por personal profesional titulado en Hemoterapia bajo la supervisión del médico hematólogo o responsable de la unidad transfusional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico del paciente receptor firma y sello de los responsables de la transfusión</li> </ul>			
18	Se registra en el expediente clínico del paciente la procedencia y número de bolsa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico del paciente receptor</li> </ul>			
19	Se registran las reacciones transfusionales y las reacciones anécdotas al médico responsable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico del paciente receptor</li> </ul>			
20	El establecimiento informa mensualmente sobre sus actividades al Banco de Sangre de Referencia Regional o departamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar copia informes con registro de recepción</li> </ul>			

## ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con personal profesional en nutrición y dietética y personal de apoyo.	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichas de responsable del servicio y personal de apoyo: formación y cumplimiento de normas sanitarias ( carnet sanitario, vacunas y exámenes clínico-laboratorial, periódicos y actualizados)</li> </ul>			
2. En caso de compra de servicios el personal cumple con la norma establecida.	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichas de responsable del servicio y personal de apoyo: formación, exámenes y cumplimiento de normas sanitarias ( carnet sanitario, vacunas y exámenes clínico-laboratorial, periódicos y actualizados)</li> </ul>			
3. El servicio se encuentra organizado y normado.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de organización y funciones</li> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Reglamento de higiene y bioseguridad</li> </ul>			
4. Se dispone de dietas establecidas administradas a través de parámetros nutricionales y energéticos.	• Verificar manual de dietas en el servicio de nutrición o en el proveedor de servicio			
5. Todos los pacientes cuentan con una prescripción dietética.	• Verificar expedientes médicos con 5 expedientes clínicos			
6. La prescripción se lesa en las necesidades y el estado nutricional del paciente.	• Verificar en expediente clínico prescripción dietética y valoración por el nutricionista			
7. Los pacientes cuentan con una variedad de alimentos que se ajusta a las necesidades de su atención y a su estado.	• Verificar en Unidad de nutrición y dietética			
8. Si las familias lo solicitan como recurso informan al personal de las restricciones en la dieta del paciente.	• Entrevista al paciente y su familia (2)			

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

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.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de preparación de alimentos</li> <li>• Cumplimiento de normas de bioseguridad y manejo de residuos</li> </ul>			
2. Los alimentos se almacenan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro de éstos.	• Verificar proceso de almacenamiento de alimentos			
3. La distribución de alimentos se realiza oportuna y puntualmente, atendiendo a las necesidades específicas del paciente.	• Verificar proceso de distribución de alimentos y fechas			

4. Las prácticas de manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos cumplen las normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
---	--	--	--	--

**AAP.16 Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional, que se facilita interdisciplinariamente y cuya respuesta se registra en su expediente clínico (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los pacientes evaluados con problemas de nutrición reciben terapia de nutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico</li> </ul>			
2. Se trabaja en equipo para planificar, facilitar y controlar la terapia de nutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico participación multidisciplinaria</li> </ul>			
3. Se monitorea y registra la respuesta del paciente a la terapia nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar seguimiento en expediente clínico</li> </ul>			

**AAP.17 Fomento a la lactancia materna (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con el fomento a la lactancia materna	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La existencia de la Ley correspondiente en el servicio materno infantil del establecimiento.</li> <li>• Entusiasmo al personal involucrado</li> <li>• Existencia de material educativo sobre lactancia materna</li> </ul>			
2. El establecimiento cuenta con normas de la lactancia de Hospitales Amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que las normas estén y estén, disponibles y escritas en el idioma más utilizado por el personal y pacientes</li> </ul>			
3. El establecimiento cuenta con un Comité de Lactancia Materna	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándums de designación de los miembros</li> <li>• Plan de acción de Comité de la gestión</li> <li>• Actas de reuniones del Comité de Lactancia Materna</li> </ul>			
4. El establecimiento ha implementado los 10 pasos para una lactancia exitosa	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes del Comité</li> <li>• Seguimiento a recomendaciones</li> </ul>			
5. El control de calidad incluye la documentación de los recursos y acciones correctivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar documentación respaldatoria</li> </ul>			

**AAP. 18. RADIODIAGNÓSTICA Y QUIMIOTERAPIA (NO APLICA)**

**AAP 19. MEDICINA NUCLEAR (NO APLICA)**

**AAP. 20 ANATOMÍA PATOLÓGICA (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con instalaciones y equipamiento de acuerdo a normas establecidas para el servicio de anatomía patológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar infraestructura y equipamiento de acuerdo a texto</li> </ul>			

2.	Existe personal técnico calificado para realizar los estudios especializados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar: Mes de recursos humanos asignados a este servicio.</li> </ul>			
3.	Si el establecimiento no cuenta con el servicio, establece convenios con establecimientos reconocidos y autorizados, verificando la calidad del servicio externo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar convenios.</li> <li>• Verificar control de calidad a servicios externos.</li> </ul>			
4.	Queda con manuales de procedimientos estandarizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar manuales de procedimientos estandarizados.</li> </ul>			

## **DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)**

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Las autoridades del establecimiento elaboran periódicamente estrategias para proteger y avanzar en los derechos del paciente y de su familia.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamento sobre derechos de los pacientes y familiares.</li> </ul>			
2.	Las autoridades implementan las estrategias para proteger y avanzar en los derechos de paciente y de su familia.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de conformación, memorandos, protocolos y Reglamento del Comité Asesor de Calidad y Auditoría Médica.</li> <li>• Actas de reuniones del Comité con constancia de actividades referidas a los derechos de paciente.</li> </ul>			
3.	El personal puede explicar sus responsabilidades sobre la protección de los derechos de paciente, conocer las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar cartilla de derechos en el lugar de trabajo.</li> <li>• Encuesta al personal de salud (3 funcionarios) sobre conocimiento de la declaración de derechos del paciente establecidos en la Ley 1131 y estrategias implementadas en el establecimiento.</li> </ul>			
4.	Los pacientes han recibido información sobre sus derechos y deberes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas a 3 pacientes recientemente ingresados referente al conocimiento de la declaración de derechos y deberes del paciente mencionados en la Ley 1131.</li> </ul>			
5.	El establecimiento dispone de un proceso de información a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación por escrito no sea eficaz o adecuada.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de unidad de información.</li> <li>• Información verbal preferentemente en el idioma del paciente.</li> </ul>			

### **DPF 1.1. El establecimiento informará 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"> <li>• Panel informativo o folio.</li> <li>• Información verbal preferentemente en el idioma del paciente.</li> </ul>			
2.	Cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios necesarios de acuerdo a su capacidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas de establecimientos de referencia (Isoclinicas, Dirección telefónica).</li> </ul>			

respetiva, se informa sobre las fuentes y servicios alternativos de atención				
--	--	--	--	--

**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"> <li>• Verificar listado de prácticas culturales y creencias de la comunidad</li> </ul>			
2.	Existe procedimiento de adecuación y respeto a las prácticas, valores y creencias identificadas (OPCIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar estado de adecuación y respeto de prácticas, valores y creencias (infraestructura y equipamiento) (OPCIONAL)</li> </ul>			
3.	El personal de salud resalta los valores y creencias del paciente que contribuyen a su estado de salud y bienestar.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas y plan de capacitación para desarrollar el respeto de valores y creencias</li> <li>• Listado de participantes</li> </ul>			

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

**DPP.1.4 El establecimiento adopta medidas para proteger las pertenencias de los pacientes ante robo o extravío. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
4.	El establecimiento determina su nivel de responsabilidad con respecto a las pertenencias de los pacientes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Incorporación en cartilla de derechos y deberes de los pacientes</li> </ul>			
5.	Los pacientes reciben información acerca de la responsabilidad del establecimiento en la protección de sus pertenencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista a 3 pacientes</li> </ul>			
6.	Se salvaguardan las pertenencias de los pacientes cuando el establecimiento assume la responsabilidad de ello o cuando el paciente no tiene capacidad de asumir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el lugar, documentación de inventario y custodia</li> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			

**DPF.1.5 Se protege a los pacientes de agresiones físicas y psicológicas. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento dispone de un procedimiento para proteger a los pacientes contra las agresiones físicas y psicológicas.	Verificar en: • Reglamento de Seguridad • Manual de procesos, operaciones y procedimientos.			
2. Los niños, ancianos y personas con discapacidad protegiéndose están incluidos en este proceso.	Verificar en: • Reglamento de Seguridad • Si existen protocolos para grupos vulnerables en Manual de procesos, operaciones y procedimientos.			
3. Se investiga a las personas que no llevan identificación.	Verificar en: • Reglamento de Seguridad • Existe un procedimiento de identificación y control de personas al ingreso a los centros de salud.			
4. Se controlan zonas remotas o alejadas de las instalaciones.	Verificar en: • Reglamento de Seguridad • Manual de procesos, operaciones y procedimientos.			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables.	• Verificar si existe el registro de identificación de estos grupos vulnerables.			
2. El establecimiento toma medidas de protección de los niños, los discapacitados, los ancianos y otros grupos vulnerables en áreas críticas.	Verificar: • Reglamento de Seguridad • Reglamento de familiares y deberes de los pacientes. • In situ • Manual de procesos, operaciones y procedimientos.			
3. Los miembros del personal cumplen su responsabilidad en estos procedimientos.	• Entrevista a personal (3 funcionarios) para verificar cumplimiento de reglamentos de Seguridad y de deberes 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 elaboran normas y procedimientos.	Verificar: • Reglamento de Manejo y uso de expediente clínico • Reglamento de deberes de los pacientes y su familia • Manual de procesos, operaciones y procedimientos.			
2. El establecimiento respeta la información sobre el sistema de paciente y la garantiza confidencial.	Verificar: • Entrevista al personal (3 funcionarios) respecto a los Reglamentos de Manejo y uso de expediente clínico, Reglamento de deberes 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"> <li>Verificar Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> </ul>			
2.	Se educó al personal acerca de los roles y procedimientos, y su papel en apoyo a la participación en los procesos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar si existe plan de capacitación</li> <li>Verificar si el personal ha sido capacitado en los dos últimos años (control de asistencia - fecha).</li> <li>Entrevista a 3 funcionarios</li> </ul>			

**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 están 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 de su estado clínico y del tratamiento propuesto.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procesos, protocolos y procedimientos</li> <li>Reglamento de derechos y deberes de pacientes</li> <li>Entrevista a 3 pacientes</li> </ul>			
2.	Los pacientes, su familia o la persona responsable conocen el proceso utilizado para obtener consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Reglamento de derechos y deberes del paciente (capítulo de consentimiento informado)</li> <li>Entrevista a 3 pacientes</li> </ul>			
3.	Los pacientes, su familia o la persona responsable participan en las decisiones de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a 3 pacientes</li> </ul>			

**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 o su familia o la persona responsable de su derecho a rechazar o interrumpir un tratamiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> <li>Entrevista a 3 pacientes</li> <li>Constancia en expediente clínico (nombre, firma, C.I. del paciente, familiar o persona responsable)</li> </ul>			
2.	El establecimiento informa a los pacientes o su familia o a persona responsable de las consecuencias de sus decisiones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> <li>Entrevista a 3 pacientes</li> <li>Constancia en expediente clínico (5)</li> </ul>			
3.	El establecimiento informa a los pacientes o su familia o la persona responsable de las responsabilidades relacionadas con estas decisiones	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> </ul>			



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a 3 pacientes</li> <li>Constancia en expediente clínico (3)</li> </ul>			
--	--	--	--	--

**DPF.2.3 El establecimiento cuenta con protocolos para evaluar y tratar el dolor adecuadamente. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y un tratamiento adecuado del dolor	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de protocolo del manejo de dolor</li> <li>En el expediente clínico aplicación de protocolo</li> <li>Verificar en el expediente clínico (3)</li> </ul>			
2. El establecimiento cuenta con el personal necesario durante el proceso de evaluación.				
3. El establecimiento sensibiliza a los profesionales de salud en la evaluación y el tratamiento del dolor	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de capacitación y constancia de participación</li> <li>Entrevista a 3 profesionales de salud</li> </ul>			

**DPF.2.4 La atención es respetuosa y compasiva al final de la vida. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento reconoce y respeta las necesidades únicas de los pacientes terminales.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo de atención del paciente terminal</li> <li>En expedientes clínicos aplicación del protocolo</li> <li>Constancia en atención de paciente terminal</li> </ul>			
2. El personal es consciente de las necesidades especiales de los pacientes al final de la vida				
3. El personal presta una atención respetuosa y compasiva a los enfermos terminales.	Entrevista a 3 pacientes o familiares			
4. El personal de salud presta apoyo emocional a los familiares	Registros de consejo			

**DPF.3 El establecimiento informa a los pacientes y a sus familias acerca de la existencia de unidades de atención a los niños y adolescentes. (NO APLICABLE)**

**DPF.4 El establecimiento informa a los pacientes y a sus familias sobre cómo pueden acceder a estudios clínicos, trabajos de investigación y ensayos clínicos que impliquen a seres humanos. (OPCIONAL)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se informa a los pacientes y a sus familias de cómo acceder a estudios clínicos, trabajos de investigación o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de manuales y protocolos de investigación</li> <li>Constancia de información en expediente de investigación</li> </ul>			
2. Los pacientes invitados a participar son informados sobre los beneficios esperados	Verificar Manual de Procedimientos, Operaciones y Procedimientos <ul style="list-style-type: none"> <li>Constancia de información en expediente de investigación</li> </ul>			
3. Los pacientes invitados a participar son informados sobre los posibles riesgos e inconvenientes	Verificar Manual de Procedimientos, Operaciones y Procedimientos <ul style="list-style-type: none"> <li>Constancia de información en expediente de investigación</li> </ul>			

4.	Los pacientes invitados a participar son informados sobre posibles alternativas que pudieran ser también de ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> <li>• Constancia de información en expediente de investigación</li> </ul>			
5.	Los pacientes invitados a participar son informados sobre los procedimientos a seguir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> <li>• Constancia de información en expediente de investigación</li> </ul>			
6.	Se asegura a los pacientes que su negativa a participar no compromete su acceso a los servicios del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> <li>• Constancia de información en expediente clínico de investigación</li> </ul>			

**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 el procedimiento a seguir.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de reclamos</li> <li>• Carta de derechos y deberes del paciente</li> <li>• Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> <li>• Manual de pautas, orientaciones y procedimientos</li> </ul>			
2. Los reclamos se revisan según el mecanismo establecido por las normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de un Comité de gestión de calidad y auditoría médica</li> <li>• Acta de constitución, memorandos, cronograma y Reglamento del Comité Gestión de Calidad y Auditoría Médica</li> <li>• Actas de reunión del Comité con constancia de actividades referidas a análisis y resolución de quejas y reclamos</li> </ul>			
3. Los dilemas que se originan durante el proceso de atención se revisan de acuerdo al Reglamento del Comité de gestión de calidad y auditoría médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar si se analizan y se implementan acciones correctivas.</li> </ul>			
4. El personal debe estar capacitado para orientar al paciente desde presentar y evaluar si queja o reclamo por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar capacitación del personal</li> </ul>			

**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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de normas y procedimientos para el proceso de consentimiento informado</li> <li>• Verificar existencia del formulario de consentimiento asignada en el expediente clínico</li> </ul>			
2. Los médicos reciben formación para implementar las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de capacitación y constancia de participación</li> </ul>			

1.	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 sobre el estado clínico.	• verificar en formulario de consentimiento informado			
2. Se informa a los pacientes sobre la propuesta de tratamiento.	• verificar en formulario de consentimiento informado			
3. Se informa a los pacientes sobre beneficios potenciales 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 de la cirugía.	• verificar en formulario de consentimiento informado			
6. Se informa a los pacientes de posibles riesgos y problemas relacionados con el tratamiento.	• verificar en formulario de consentimiento informado			
7. Se informa a los pacientes de las consecuencias de no tratarse.	• verificar en formulario de consentimiento informado			
8. Los pacientes conocen la identidad del médico o profesional responsable de la atención.	• verificar en formulario de consentimiento informado			
9. Cuando se planifican los tratamientos o procedimientos los pacientes conocen a las personas autorizadas para hacerlo.	• 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 padre de familia en lenguaje claro	• 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 necesidad de consentimiento informado por parte de una persona distinta al paciente.	• Verificar Manual de Procesos, Operativos y Procedimientos.			
2. El proceso respeta a nivel de cultura, la cultura y las tradiciones.	• Verificar en Manual de Procesos, Operativos y Procedimientos.			
3. La identidad de las personas distintas al paciente que dan el consentimiento informado se anota en el expediente clínico del paciente.	• Verificar en formulario de consentimiento informado en el expediente clínico			

**DPF. 6.3 El consentimiento informado se obtiene antes de la cirugía, anestesia, la utilización de sangre y derivados sanguíneos, u otros tratamientos o prácticas de riesgo. (OBLIGATORIO)**

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se obtiene el consentimiento informado antes de procedimientos quirúrgicos e invasivos.	• Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico.			
2.	Se obtiene el consentimiento informado antes de la anestesia.	• Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico.			
3.	Se obtiene el consentimiento informado antes del empleo de sangre y derivados sanguíneos.	• Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico.			
4.	Se obtiene el consentimiento informado antes de prácticas o procedimientos de riesgo.	• Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico.			

**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 modalidades 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 realizan tratamientos y realizan los procedimientos.	• Verificar el acta de elaboración de la lista.			

**DPF. 5.5 Antes de que el paciente tome parte en estudios clínicos, trabajos de investigación y ensayos clínicos se obtiene un consentimiento informado. (OPCIONAL, APLICABLE SÓLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)**

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Cuando un paciente decide tomar parte en estudios clínicos, trabajos de investigación o ensayos clínicos se obtiene un consentimiento informado.	• Verificar formulario de consentimiento informado específico en el expediente de investigación.			
2.	Las decisiones de consentimiento se documentan, se anota la fecha y se basan en la información identificada en el parámetro de evaluación DPF.4.	• Verificar formulario de consentimiento informado específico en el expediente de investigación.			
3.	La credencial de la persona que brinda la información se anota en el consentimiento informado del expediente clínico del paciente.	• Verificar formulario de consentimiento informado específico en el expediente de investigación.			

**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 SÓLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)**

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento cuenta con un comité de bioética que supervisa las investigaciones.	Verificar: • Acta de conformación, memorándums, cronograma y Reglamento del Comité de Bioética. • Acta de reuniones del Comité de Bioética de autoridades referidas a investigaciones.			

3	El Comité evaluará una de las listas de productos para las actividades de supervisión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el Reglamento del Comité</li> </ul>			
3	Las actividades de supervisión incluyen un proceso de seguimiento, mantenimiento y actualización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar cumplimiento de protocolo de investigación y en el expediente de investigación</li> </ul>			
4	Las actividades de supervisión incluyen un proceso que evalúa riesgos y beneficios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar cumplimiento de protocolo de investigación y en el expediente de investigación</li> </ul>			
5	Las actividades de supervisión incluyen protocolos que aseguran la confidencialidad y seguridad de la información de investigación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar cumplimiento de protocolo de investigación</li> </ul>			

**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 tienen potestad de elección de admisión de establecimiento que cubra todo el territorio señalado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la misión de la institución en la página web</li> </ul>			
2	Las autoridades del estado o municipio tienen en sus planes y logros y gastos que protegen a los habitantes sus derechos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validar respuesta del Colegio de Abogados y Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes</li> </ul>			
3	El establecimiento presta de manera veraz sus servicios a los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar funcionamiento de servicios en función a la oferta</li> </ul>			

#### **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 oferta de educación en salud, visible tanto a los pacientes como a la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la misión institucional</li> <li>Verificar el Plan de educación en salud a la población protegida</li> </ul>			
2	El establecimiento tiene una estructura o modalidad adecuada para la educación en todo el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Organización que contemple la unidad de enseñanza e investigación</li> <li>Experiencia local de educación en salud (programa, posgrado, curso, diplomado, etc.)</li> </ul> </li> </ul>			
3	Los recursos e inversiones de apoyo en la educación en salud son eficientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>FOA</li> <li>Instrumentos de educación.</li> </ul> </li> </ul>			

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

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	Se evalúan las necesidades educativas de paciente y de su familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> <li>Expedientes clínicos.</li> <li>Los valores culturales y creencias del paciente y su familia</li> <li>Solicitud de atención, caso el paciente</li> </ul> </li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contorno de encaje</li> <li>• Sus limitaciones físicas</li> <li>• Su predisposición a recibir información.</li> <li>• Verificar instrumentos</li> </ul>			
2.	Existe un procedimiento uniforme para registrar la información de educación del paciente.				

EPF.2 La educación del paciente y de su familia incluye temas de prevención secundaria, según convergan 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 atención a la patología (tensiómetros, glucómetros, tensioreses 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar</li> <li>• Entrevista al paciente o la familia (4)</li> <li>• Material educativo</li> <li>• Indicaciones en receta</li> <li>• Rotulación de indicaciones por personal de salud</li> </ul>			
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"> <li>• Entrevista al paciente o a familia (4)</li> </ul>			
3.	Se educa al paciente y a su familia para prevenir interacciones entre medicamentos y alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista al paciente o la familia (3)</li> <li>• Verificar registro de indicaciones en receta</li> </ul>			
4.	En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en una dieta y/o nutrición adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista al paciente o la familia</li> <li>• Verificar en expediente clínico</li> </ul>			
5.	Se educa al paciente y a su familia en técnicas de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista al paciente o la familia (3)</li> </ul>			

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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar los métodos empleados (cartas, folletos, fichas, etc.)</li> </ul>			
2.	La interacción entre el personal, el paciente y la familia confirma que la información se ha entendido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas a los pacientes o familiares sobre la información recibida</li> </ul>			
3.	Se educa al paciente y a su familia en un lenguaje que sea entendible.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista al paciente y su familia (3)</li> <li>• Material educativo de acuerdo a su cultura, idioma y nivel de educación</li> </ul>			

EPF.4 El personal de salud que atiende al paciente colabora en la educación, poseen los conocimientos y actitudes necesarios para educar 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista a 3 pacientes o familiares.</li> </ul>			
2.	Los que facilitan la educación poseen los conocimientos y sus capacidades de comunicación necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación directa de conocimiento del tema, uso de material, idioma</li> </ul>			

**GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN 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 organograma	• Verificar el organograma actualizado institucional			

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 claridad de 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 un plan estratégico y de gestión, normativas 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 aprobado	• Verificar la aprobación del presupuesto del establecimiento			
2. El establecimiento solicita los recursos necesarios para cumplir con la misión	• 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.	• 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.	• Verificar en el file de recursos humanos de Acuerdo al organograma			
2. Las autoridades apoyan el funcionamiento y el desarrollo del establecimiento	Verificar existencia y aprobación de: • Plan estratégico • Programa operativo anual • Presupuesto			

3.	Las autoridades elaboran y proponen normas de organización y funcionamiento interno a las instancias correspondientes	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones</li> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Manual de cargos</li> </ul>			
4.	Las autoridades implementan y hacen seguimiento de plan estratégico, POA, presupuesto y las normas nacionales e internas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumentos de implementación</li> <li>Informes periódicos de acuerdo a normas vigentes</li> </ul>			
5.	Las autoridades requieren a la solicitud de informes de los órganos de fiscalización o control.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar copias de respuesta a informes solicitados.</li> </ul>			

**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)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento cuenta con comités de asesoramiento de acuerdo al grado de complejidad y normas vigentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Manual de Organización y Funciones</li> </ul>			
2.	Los miembros de los comités están designados de acuerdo a normas	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Norma orden de designación</li> </ul>			
3.	Los Comités de asesoramiento son responsables adecuadamente de la planificación, las normas y los procedimientos necesarios para llevar a cabo la gestión institucional	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Actas de reuniones</li> <li>Reglamento interno de cada comité</li> </ul>			
4.	Los comités son responsables de emitir recomendaciones, a través de informes a la dirección, quien elabora instructivos y el comité hace seguimiento de su cumplimiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de recomendaciones de los comités a la dirección</li> <li>Instructivos de la dirección</li> <li>Seguimiento en el libro de actas</li> </ul>			

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



**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 modelos de gestión y mejora de la calidad.	Verificar en file de las autoridades. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificados de formación relacionados con la gestión de la calidad.</li> </ul>			
2. Las autoridades participan en los procesos de gestión de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Programa de Gestión de la Calidad.</li> </ul>			

**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 usuarios.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias de Comunicación Institucional.</li> <li>• Medios de participación.</li> </ul>			
2. Los acuerdos institucionales concilian entre los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar actas de reuniones de coordinación del Comité Técnico Administrativo.</li> <li>• Seguimiento a las reuniones de comités.</li> </ul>			

**FORMACIÓN Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL (FCP)**

**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)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Al planificar el requerimiento de personal, se tiene en cuenta y cumplen los niveles de atención, misión de establecimiento, el perfil profesional y la tecnología.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan estratégico institucional.</li> <li>• POA de la gestión (homologación de cursos similares).</li> </ul>			
2. El plan de incorporación de leyes y la normativa vigente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Estratégico Institucional.</li> </ul>			
3. Se determina el tipo de profesionales requeridos, sus conocimientos, habilidades y destrezas, y otros requisitos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de cargos.</li> </ul>			
4. En la descripción del puesto de trabajo, se especifican las responsabilidades de cada miembro de personal.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de cargos.</li> </ul>			

**FCP 2. Los directivos del establecimiento implementan procedimientos para el requerimiento de personal, necesario para cumplir el plan estratégico institucional, de acuerdo a la normativa vigente (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se implementa un procedimiento para el requerimiento de personal.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamento Específico de Administración de personal.</li> <li>• Reglamento interno de personal.</li> <li>• POA institucional de la gestión.</li> </ul>			

**FCP.3 El establecimiento utiliza un procedimiento para garantizar que los conocimientos y las habilidades del personal se ajusten al requerimiento (término de prueba). (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento utiliza un procedimiento definido para realizar la evaluación del término de prueba	Verificar: • Formularios de evaluación • Instrucciones del procedimiento			

**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)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento utiliza un procedimiento definido para realizar la evaluación de desempeño	Verificar: • Formularios de evaluación • Instrucciones y procedimiento			

**FCP.4 El establecimiento cuenta con un plan de gestión de recursos humanos, desarrollado en colaboración con las autoridades de salud y de gestión, especifica el número y el tipo de personal necesario y las calificaciones requeridas. Se revisa continuamente y actualiza en caso necesario. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un plan de gestión escrito del personal del establecimiento.	• Verificar en la Dirección del establecimiento			
2. Las autoridades de gestión del establecimiento y las autoridades de salud desarrollan un plan conjuntamente	• Verificar en el plan la participación de los que lo desarrollaron			
3. El número, el tipo y la calificación de personal requerido se identifican en el plan a través del uso de indicadores y estándares establecidos	• Verificar en el plan			

**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.	• Verificar manual de inducción			
2. Los trabajadores de empresas contratadas, profesionales (residentes) y alumnos de pregrado reciben orientación sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo, sus funciones específicas.	• 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.	• Entregarle a miembros de esos 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. (OBLIGATORIO)**

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"> <li>Verificar programas de educación continua</li> </ul>			
2. Se realizan sesiones clínicas en los consultorios y entre ellos...	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar actas de sesiones clínicas</li> </ul>			
3. Se dispone en apoyo de la formación del personal las instalaciones, los docentes y los temas necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar recursos en programa de educación continua</li> </ul>			
4. La formación se ajusta a las capacidades del personal para atender a las necesidades del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los programas y sus contenidos</li> <li>Verificar lista de asistencia</li> </ul>			

**FCP.6.1 El personal que presta atención al paciente y otro personal especificado por el establecimiento reciben capacitación anual en mantenimiento vital cardiaco básico o avanzado. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se certifica al personal que recibe capacitación en manejo de emergencia cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la nómina de personal a cada día</li> </ul>			
2. Se certifica al personal en capacitación...	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los contenidos de programas</li> </ul>			
3. Se brinda capacitación anual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el cumplimiento del cronograma</li> <li>Verificar lista de participantes</li> </ul>			
4. Existen pruebas que el personal ha superado con éxito los objetivos de la capacitación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar resultados de evaluaciones</li> </ul>			

**FCP.6.2 Las datos globales de las necesidades de capacitación del personal son la base del programa de formación continua. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento utiliza diversas fuentes de datos de información para determinar las necesidades de capacitación de personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar instrumentos de recolección de información y datos</li> </ul>			
2. Los programas de capacitación se planifican en función de estos datos e información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar programas de formación de personal</li> </ul>			

**FCP.6.3 El establecimiento cuenta con una unidad de enseñanza e investigación, y proporciona recursos, métodos y tiempo para la capacitación del personal. (OPCIONAL)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con una unidad de enseñanza e investigación, de acuerdo a su complejidad.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En el organigrama</li> <li>Mencionado de designación</li> <li>Programa anual de actividades de la unidad</li> <li>Actas de reunión</li> </ul>			
2. El establecimiento cuenta con los recursos y las instalaciones para la capacitación del personal.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FOU de la unidad de enseñanza e investigación</li> <li>ambientes (aulas) y biblioteca de acuerdo a complejidad</li> <li>Recursos tecnológicos</li> </ul>			

3.	El establecimiento facilita los horarios adecuados para que todo el personal pueda tomar parte en las actividades de capacitación...	Verificar: • Cronograma de actividades con horarios			
----	--	--	--	--	--

**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)**

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: • Mecanismo de comunicación • Entusiasmo al personal			
2. El establecimiento apoya la participación del personal en estas iniciativas de acuerdo con su misión y recursos.	Verificar: • Lista de personal capacitado por este medio			

#### PERSONAL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO

**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)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se especifica qué tipo de personal está autorizado por la legislación y ratificado por el establecimiento para prestar atención en salud a los pacientes	Verificar: • Manual de organización y funciones • Manual de cargos			
2. La formación profesional y la experiencia requiere para desempeñar determinadas funciones y cargos en el establecimiento, se respalda con documentación legalizada por autoridad competente, de acuerdo a normas vigentes	Verificar en los files de personal por muestra 5 files: • Fotocopia del título académico legalizado por Universidad correspondiente • Fotocopia del Título en profesión nacional por Universidad correspondiente • Fotocopia del Certificado o Diploma de postgrado, especialización legalizado por el Colegio de profesionales • Fotocopia de Matrícula profesional del Ministerio de Salud • Fotocopia de inscripción en los Colegio de Profesionales o asociación profesional • Certificación de experiencia profesional			
3. Se informa al interior del establecimiento, a las autoridades y a la unidad correspondiente la incorporación de nuevo personal	Verificar: • Mecanismo de comunicación al interior del establecimiento • Entrevista a una autoridad del establecimiento • Memorando de designación (por muestra)			

**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 de médicos y su Decreto reglaman están expuestos en forma visible al alcance de los pacientes y público en general.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar publicación de derechos del mismo en lugar visible.</li> </ul>			
2. El establecimiento respeta los Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico de Panamá.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar existencia de Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico vigentes.</li> <li>Entrevista a Síndicos.</li> </ul>			
3. Los derechos del personal están reflejados en el Manual de cargos y remuneración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el Manual de Cargos.</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar Programa de gestión de la calidad aprobado por las autoridades del establecimiento, incorporado en el POA (planes de seguimiento) del Programa.</li> </ul>			

**GMC.1.1 En la planificación y el desarrollo del programa de gestión de la calidad participan todos los jefes de servicios de salud y de gestión administrativa del establecimiento. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los jefes de servicios de salud y de gestión administrativa del establecimiento participan en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memorando de designación de los miembros del Comité de Gestión de la Calidad.</li> <li>Actas de reuniones del Comité.</li> <li>Planes de seguimiento de los compromisos.</li> </ul>			

**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"> <li>Verificar en áreas de reuniones del Comité la participación de todos los servicios de establecimiento.</li> </ul>			

**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"> <li>• Organización del programa</li> <li>• Responsables</li> <li>• Políticas y objetivos</li> <li>• Monitorización</li> <li>• Supervisión de la calidad</li> <li>• Estrategias de mejora continua</li> </ul>			

**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	• Verificar en el Programa de gestión de la calidad el listado de procesos críticos			
2. Se priorizan los procesos que serán sujetos de monitorización	• Verificar en el Programa de gestión de la calidad las unidades de monitorización			
3. Los líderes priorizan las actividades de mejora	• Verificar en el Programa de gestión de la calidad las actividades de mejora priorizadas			

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

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 y mejora	• 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"> <li>• Actas de reuniones del Comité de gestión de la calidad</li> <li>• Informes de seguimiento a las recomendaciones</li> </ul>			
2. Se informa regularmente a personal sobre el avance y logros del programa.	• 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de capacitación del personal</li> <li>Listado de asistencia</li> </ul> </li> </ul>			

**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 participa en las actividades que se van a monitorizar, estudiar o mejorar participando en las actividades de gestión y mejora de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al personal del servicio implicado en el programa para verificar su participación.</li> <li>Verificar en actas de Comité la participación de todo el personal en el seguimiento de actividades de mejora.</li> </ul>			

**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. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
2. Los principios y herramientas de mejora de la calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se seleccionan los valores para evaluar si el proceso cumple la función de manera correcta y adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar selección de indicadores para evaluar el correcto funcionamiento del proceso.</li> </ul>			

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

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. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.3 Procedimientos quirúrgicos. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.4 Uso de antibióticos, otros medicamentos, y errores de medicación. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.5 Utilización de anestesia. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.6 Utilización de sangre y derivados sanguíneos. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.7 Disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.8 Control, vigilancia y notificación de las infecciones. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.9 Investigación médica. (OPCIONAL)

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 del área de salud incluye los procesos identificados en el estándar.	Verificar las indicaciones de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del paciente                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio.</li> <li>- Procedimientos quirúrgicos</li> <li>- Uso de antibióticos, otros medicamentos, y errores de medicación.</li> <li>- Utilización de anestesia</li> <li>- Utilización de sangre y derivados sanguíneos.</li> <li>- Disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos.</li> <li>- Control, vigilancia y notificación de las infecciones</li> </ul> </li> <li>• Investigación médica (OPCIONAL)</li> </ul>			

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 de riesgo refiere a episodios no esperados definidos por el establecimiento. (OPCIONAL)
- GMC.3.12 Las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.13 Las expectativas y la satisfacción del personal. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.14 Perfil epidemiológico. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.15 La gestión financiera. (OBLIGATORIO)
- GMC.3.16 La vigilancia, el control y la prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad física de los pacientes, sus familias y el personal. (OPCIONAL)
- 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 definidos en el estándar.	Verificar indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de suministros humanos y de materiales.</li> <li>Gestión del riesgo referido a episodios no esperados.</li> <li>Satisfacción del paciente y de su familia.</li> <li>Satisfacción del personal.</li> <li>Indicadores.</li> <li>Gestión financiera.</li> <li>La eficacia del control y la prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, sus familias y el personal.</li> <li>Auditoría médica.</li> </ul>			

**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 recogen, analizan y transforman en información útil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar informes del Comité de Gestión de la Calidad.</li> </ul>			
2. Personal con experiencia y conocimientos participa en el proceso.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Minuta/actas de designación de los miembros del Comité de Gestión de la Calidad.</li> <li>Actas de reuniones, conclusiones y recomendaciones.</li> </ul>			

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

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"> <li>Verificar frecuencia de análisis en el Manual de Gestión de la Calidad.</li> </ul>			
2. La frecuencia del análisis de datos cumple las determinaciones del Manual de Gestión de la Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar informes de análisis comparando con las determinaciones del Manual.</li> </ul>			

**GMC.4.2 Los datos se recogen exhaustivamente cuando se producen incidentes inesperados, tanto de causas prevenibles 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 al salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar e informes del Comité de Gestión de la Calidad el análisis de incidentes o patrones repetidos.</li> </ul>			
2. El establecimiento determina que cuando los datos comparados son significativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar e informes del Comité de Gestión de la Calidad la comparación de comportamiento en</li> </ul>			

		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"> <li>Verificar en documentos del Comité de gestión de la calidad los protocolos de investigación de los incidentes identificados</li> </ul>			

## MÉJORA 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"> <li>Verificar programa de mejora de calidad</li> </ul>			
2	El establecimiento comunica las mejoras logradas y mantenidas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en informes del Comité de gestión de la calidad el historial de mejoras logradas y mantenidas</li> </ul>			

#### 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"> <li>Verificar áreas priorizadas en el programa de mejora de la calidad</li> </ul>			

#### 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
	Se involucra a personal y servicios del área seleccionada en el programa de mejora de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Documento de designación del responsable y el equipo del área seleccionada</li> </ul> </li> </ul>			

#### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar instructivos de las autoridades en base a las recomendaciones del comité</li> </ul>			
2.	Se asignan los recursos necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar inclusión en el presupuesto y POA</li> </ul>			

#### 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Informes del Comité el resultado de la implementación de pruebas piloto</li> </ul>			

7.	Se oficializa la implementación de los cambios que concluyen mejoras.	Verifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos de aprobación por entidades del establecimiento de nuevos procesos mejorados</li> <li>• Documentos de difusión de nuevos procesos</li> </ul>			
----	---	--	--	--	--

**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 recopilan los datos para documentar el mantenimiento de las mejoras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar informes de seguimiento del Comité de gestión de la calidad</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
2. La documentación contribuye al desarrollo de planes estratégicos de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar planes a mediano y largo plazo</li> </ul>			

**SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SVES)**

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

**CIES.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 infección en los establecimientos de salud, en pacientes y personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verificar la existencia de un programa de prevención de infecciones, su presente gestión y sus antecedentes, en especial su mejora continua</li> </ul>			
2. El programa se ajusta a la complejidad y características del establecimiento, a los servicios y/o actividades en base a los normos vigentes nacionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verificar la coherencia del programa con la complejidad del establecimiento y en base a las normas vigentes</li> </ul>			
3. El proceso de control de la infección está integrado en el programa global de gestión y mejora de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verificar en el Manual de Gestión de Calidad</li> </ul>			
4. El Plan Anual Operativo de la gestión incluye un presupuesto para las actividades de prevención y control de infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verificar en el POA del establecimiento</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
Todas las áreas del establecimiento están incluidas en el programa de vigilancia y control de la infección.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar inclusión de los diferentes áreas en el programa</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento ha definido el enfoque del programa para prevenir o reducir la incidencia de infecciones en base al comportamiento epidemiológico. Se incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones de las vías respiratorias</li> <li>• Infecciones de tubo digestivo</li> <li>• Infección de vía urinaria</li> <li>• Procedimientos invasivos intravasculares</li> <li>• Heridas quirúrgicas</li> <li>• Parto, que pero (se incluye cesárea)</li> <li>• Quemados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar programa de prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud, actualizado en la presente gestión y concordante con el comportamiento epidemiológico</li> </ul>			

**CIES.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"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Verificar tasas de incidencia y prevalencia de infecciones</li> </ul>			
2.	El personal del establecimiento cumple con las normas de lavado de manos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de norma</li> <li>• Existencia de lavamanos e insumos operables (jabón líquido y toallas de papel)</li> <li>• Observación de la práctica in situ</li> </ul>			
3.	Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la manipulación, limpieza, desinfección y esterilización del equipo e instrumental de manera especial el equipo invasivo y su almacenamiento en el servicio de esterilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Observación directa de todo el proceso</li> </ul>			
4.	Los equipos y material tienen control de calidad de la esterilización, fecha de esterilización y su caducidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de esterilización y caducidad</li> <li>• Registro de control químico (tinta) y biológico (cámaras de hechas subtile)</li> </ul>			
5.	Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la gestión de la lavandería y la ropa de cama	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos de lavandería</li> <li>• Observación directa de proceso</li> </ul>			
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"> <li>• Verificar Manual de manejo de residuos sólidos</li> <li>• Observación directa de proceso</li> </ul>			
7.	Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la eliminación de objetos como puntales.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Observación directa en tres servicios (ferreteria, quirófano, laboratorio, enfermería)</li> </ul>			

8.	Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la manipulación y la eliminación de sangre y hemocomponentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de procesos, procedimientos y procedimientos</li> <li>Observación directa del proceso en 3 servicios (quirófano, laboratorio, enfermería)</li> </ul>		
9.	Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la limpieza de la cámara y la preparación y manipulación de alimentos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, procedimientos y procedimientos</li> <li>Observación directa del proceso</li> </ul>		
10.	Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la utilización del área de depósito de cadáveres y área post-mortem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar área de depósito de cadáveres</li> <li>Verificar manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Entrevista al personal (3 a 5)</li> </ul>		
11.	Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la separación de los pacientes con tuberculosis, otros contagiosos de otros pacientes y personal con una lesión debido a una enfermedad u otras razones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolos de aislamiento</li> <li>Área de aislamiento acorde con la norma reglamentaria</li> </ul>		
12.	Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la atención a pacientes con hemorragias.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolos de atención</li> <li>Entrevista al personal (3 a 5)</li> </ul>		
13.	Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la atención a pacientes quemados.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolos de atención</li> <li>Entrevista al personal (3 a 5)</li> </ul>		

**CJES-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 cuenta con las barreras físicas y químicas que se requiere el uso de barreras físicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de procesos, procedimientos y procedimientos</li> <li>Verificar a través de observación directa</li> </ul>			
2. Las barreras físicas se utilizan correctamente en uso en salas y servicios.				
3. El establecimiento cuenta con aquellos áreas en que se llevan a cabo procedimientos de desinfección y lavado de manos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>			
4. Los procedimientos de desinfección y lavado de manos se realizan correctamente en aquellas áreas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar a través de observación in situ</li> </ul>			
5. Los materiales e insumos están dispuestos en áreas próximas a salas de consulta.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de insumos: jabón líquido, toallas de papel, alcohol gelificado</li> </ul>			
6. Se capacita al personal en los procedimientos de desinfección y lavado de manos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar a través de entrevista al personal</li> </ul>			
7. Existe un programa de inmunizaciones para el personal de salud.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de inmunizaciones</li> <li>Registro de inmunizaciones al personal actualizado</li> </ul>			

**CIES.5** En situaciones de brote de infecciones en establecimientos de salud, se obtienen cultivos de ambientes vinculados al brote. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	Al identificar brotes de infecciones en el establecimiento se procede a la toma de muestras de aquellas áreas del establecimiento y personal vinculados con el brote	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de brote</li> <li>• Protocolos de investigación del brote</li> <li>• Verificar identificación del agente causante del brote</li> </ul>			
2	El establecimiento implementa medidas de control frente al brote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar plan de control del brote</li> </ul>			

**CIES.6** El Sub-Comité de Infecciones en establecimientos de salud, supervisa las actividades de prevención y control de la infección. Los integrantes del sub-comité son personas calificadas en prácticas de control de la infección a través de estudios, formación, experiencia o titulación. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento tiene conformado y funcionando el Sub-comité de infecciones	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Designaciones de los miembros del Sub-Comité</li> <li>• Actas de reuniones</li> </ul>			
2.	Los profesionales están calificados según el alcance y la complejidad del programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el Registro Humano de cualificación de los miembros del Comité</li> <li>• Verificar asistencia a cursos de capacitación</li> </ul>			
3.	Un profesional epidemiólogo supervisa el programa de control de la infección.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Designación del epidemiólogo</li> <li>• Manual de Cargas</li> <li>• Perfil del profesional en recursos humanos</li> <li>• Informes informativos de supervisión</li> </ul>			
4.	Un profesional calificado realiza la vigilancia epidemiológica a tiempo parcial o completo de acuerdo a la complejidad del establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Cargas</li> <li>• Designación del profesional encargado de vigilancia con asignación de carga laboral a la función</li> <li>• Perfil del profesional en recursos humanos</li> </ul>			

**CIES.7** La coordinación de las actividades de control de la infección implican a las áreas médica, enfermería, laboratorio, limpieza, lavandería y alimentación según la complejidad del establecimiento. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La coordinación de las actividades de control de la infección incluye los servicios de hospitalización: Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, UCI, UTIC, quirófano, Anestesiología, Hemodiálisis, Endoscopia diagnóstica, imagenología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en actas de reunión del sub-comité de infecciones en establecimientos de salud, la participación de representantes de estos servicios. Entrevista al personal de los servicios.</li> </ul>			
2.	La coordinación de las actividades de control de la infección incluye el área de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en actas de reunión del sub-comité de infecciones en establecimientos de salud, la participación de este servicio.</li> </ul>			

3.	La coordinación de las actividades de control de la infección incluye el área de esterilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al personal del servicio</li> <li>Verificar en actas de reunión del sub comité de infecciones en establecimientos de salud, la participación del servicio</li> <li>Entrevista a personal del servicio</li> </ul>			
4.	La coordinación de las actividades de control de la infección incluye a personal de otras áreas: laboratorio, microbiología y farmacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en actas de reunión del sub comité de infecciones en establecimientos de salud, participación de los servicios</li> <li>Entrevista al personal de los servicios</li> </ul>			
5.	La coordinación de las actividades de control de la infección incluye al Sub Comité de Residuos sólidos y Sub Comité de Bioseguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en actas de reunión de los sub comités</li> </ul>			

**CIES.8 El Manual de control de la infección se basa en la normativa vigente, los conocimientos científicos actuales y los protocolos de atención (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El Manual de control de la infección se basa en la normativa vigente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Coherencia entre el Manual y las normas vigentes actualizadas</li> <li>Existencia de la normativa nacional</li> </ul>			

**CIES.9 Los sistemas de Gestión de la Información apoyan el programa de control de la infección. (OBLIGATORIO)**

**CIES.9.1 El establecimiento identifica riesgos de infección, tasas de infección y tendencia en las infecciones en los establecimientos de salud. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se analizan los factores de riesgo de infecciones relacionados con el establecimiento de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en la Base de datos de vigilancia los factores de riesgo de infecciones en establecimientos de salud</li> </ul>			
2. Se analizan las tasas y la tendencia de infecciones relacionadas con el establecimiento de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en los Informes mensuales de vigilancia</li> </ul>			

**CIES.9.2 La monitorización incluye la utilización de indicadores relacionados con temas de infección importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento utiliza indicadores para la vigilancia de la infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los indicadores en los Informes mensuales de vigilancia</li> <li>Indicadores obligatorios: Neumonía relacionada a ventilación mecánica, neumonía nosocomial, infección del tracto urinario, infección de herida quirúrgica, infección de tracto sanguíneo, sepsis y uso de catéter, endocarditis, implante de prótesis, acidocefalía, queloconjuntivas, etc.</li> <li>Indicadores que se elige según la sala</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Complejidad y características del establecimiento</li> <li>Reportes mensuales de mortalidad, mortalidad por servicio y letalidad por infecciones relacionadas con el establecimiento.</li> </ul>			
2	Los indicadores miden infecciones prevalentes en el ámbito epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar prevalencia anual en el establecimiento</li> </ul>			
3	El personal de laboratorio elabora mapas microbiológicos y de resistencia a antimicrobianos (OPC/DN&L)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar mapas microbiológicos por servicios y su socialización</li> <li>Verificar mapa de resistencia a antimicrobianos</li> </ul>			

**CIES.9.3 El establecimiento utiliza información de riesgo, tasas y tendencias para diseñar o modificar procesos para reducir al mínimo nivel posible de infección en los establecimientos de salud. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los procesos de atención se vuelven a diseñar en función del análisis de los factores de riesgo, tasas, tendencias y mapas microbiológicos y de resistencia.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones del Comité</li> <li>Socialización de recomendaciones con el servicio involucrado</li> <li>Informe de supervisión de aplicación de recomendaciones</li> </ul>			

**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)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las tasas de control de la infección se comparan con las de otras organizaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en informes del Comité de análisis de Información Hospitalaria (CAIH)</li> </ul>			

**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)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se comunican a la Dirección los resultados de la vigilancia y recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar</li> <li>Comunicación escrita</li> <li>Instrucciones correctivas de la Dirección</li> </ul>			
2. Se comunican al personal de salud de los servicios los resultados de la vigilancia y recomendaciones.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación escrita</li> <li>Implementación de las instrucciones</li> </ul>			

**CIES.9.6 El establecimiento envía información de infecciones al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los resultados de programa de control de la infección se comunican a SNIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar constancia de comunicación al SNIS</li> </ul>			



**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"> <li>• Verificar programa de capacitación de la gestión</li> <li>• Contenido del programa en concordancia con el Manual de control de infecciones relacionadas con el establecimiento.</li> </ul>			
2.	El establecimiento desarrolla 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"> <li>• Verificar implementación de programas de capacitación</li> <li>• Verificar lista de asistentes</li> </ul>			

**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)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La capacitación periódica del personal incluye nuevos procedimientos y normas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de actividades</li> <li>• Realidad de la capacitación</li> </ul>			
2.	La capacitación periódica del personal incluye en relación a tasas y tendencias significativas de los datos de infección.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar contenido del programa de capacitación</li> </ul>			

**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.	Es el Sub-Comité o responsable de manejo de residuos generados en el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Designación de miembros del Sub-Comité o responsable</li> <li>• Informes de la gestión evaluada</li> </ul>			
2.	El establecimiento cuenta con un instrumento para implementar el sistema de manejo de residuos generados en el mismo, en base a la norma nacional vigente.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma interna</li> <li>• Manuales de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Plan institucional e integración en el PCA</li> </ul>			
3.	El establecimiento cuenta con un plan institucional.	Verificar que el plan contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros actualizados de residuos generados</li> <li>• Clasificación y separación en origen, almacenamiento primario, tratamiento, inactivación y transporte interno, almacenamiento intermedio y almacenamiento final</li> <li>• Existencia de convenio vigente para la recolección, transporte externo y disposición final de residuos</li> </ul>			

4.	Si el establecimiento tiene tercerizado el servicio de limpieza deberá cumplir con la norma vigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar participación del Sub-comité en proceso de contratación del servicio</li> <li>• Existencia de contrato vigente</li> <li>• Informes de evaluaciones internas realizadas por el Sub-comité</li> <li>• Cobertura de seguro de corto plazo de su persona</li> </ul>			
5.	El establecimiento cuenta con infraestructura, equipamiento e insumos para el manejo de residuos generados	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de espacios físicos para almacenamiento primario (donde se generan los residuos), intermedio (almacenamiento temporal) y terminal (depósito final del establecimiento).</li> <li>• Reipientes de plásticos identificados</li> <li>• Bolsas de polietileno de colores establecidos por la norma</li> <li>• Bidones rígidos para cortopunzantes</li> <li>• Cajas de cartón para residuos especiales</li> <li>• Cámaras de resaca sin interior</li> </ul>			
6.	El establecimiento implementa un programa de capacitación continua a todo el personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Programa de capacitación</li> <li>• Ejecución del programa</li> <li>• Registro de participantes</li> </ul>			
7.	El personal que manipula los residuos conoce y cumple con los normas de Bioseguridad	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunización del personal</li> <li>• Ropa de trabajo</li> <li>• Equipo e insumos de trabajo</li> <li>• Entrevista al personal</li> </ul>			
8.	Se realizan evaluaciones internas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar informes semestrales de evaluaciones internas</li> </ul>			

#### BIOSEGURIDAD (BIOS) (OBLIGATORIO)

##### BIOS.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"> <li>• Verificar programa</li> </ul>			
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"> <li>• Verificar registros</li> </ul>			
3.	Todo el personal de salud recibe vacuna anti hepatitis B en esquema completo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>			
4.	Todo el personal femenino en edad fértil recibe vacuna contra la rubéola materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>			
5.	El personal que manipula residuos sólidos recibe vacuna anti tétanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>			
6.	El establecimiento cuenta con ambientes exclusivos para vestuario, seriales, limpieza, duchas, dormitorio para médicos y otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes</li> </ul>			

7.	El establecimiento cuenta manuales de Organización y Funciones, Procesos, Operaciones y Procedimientos para cumplir el quehacer laboral, que son de conocimiento del personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar manuales.</li> <li>• Entrevista al personal.</li> </ul>			
8.	El establecimiento de salud proporciona a su personal ropa de trabajo que cubra el año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros.</li> </ul>			
9.	Toda el personal cuenta con un plan de alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar al personal.</li> </ul>			

## GESTION DE LA INFORMACION (GIN)

**GIN.1** El establecimiento planifica e implementa un sistema de información que atiende las necesidades de información de los profesionales que prestan servicios de salud, los que dirigen el establecimiento y las personas e instituciones de fuera del establecimiento que requieren datos e información de esta, se ajusta a la complejidad y características del establecimiento y de los servicios facilitados. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La planificación del sistema de información contempla las necesidades de información de los profesionales de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Sistema de información.</li> </ul>			
2.	La planificación del sistema de información contempla las necesidades de información de las autoridades que gestionan el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Sistema de información.</li> </ul>			
3.	La planificación del sistema de información contempla, los requisitos y necesidades de información de los personal y las instituciones proveedoras al establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Sistema de información.</li> </ul>			
4.	El establecimiento implementa un sistema de información acorde con las normas vigentes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes del Sistema de información.</li> <li>• Consultar en el portal de internet vigentes.</li> </ul>			
5.	El sistema de información atiende a la complejidad y características del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que los reportes incluyan todos los servicios del establecimiento.</li> </ul>			

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

- De captación: expediente clínico, carnet 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"> <li>• Formas de pedido de carnet.</li> <li>• Carnets de salud.</li> <li>• Certificado de defunción.</li> </ul>			
2.	El sistema de información cuenta con instrumentos de sistematización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar existencia de Cuadernos de registro de producción y actividades.</li> </ul>			
3.	El sistema de información cuenta con instrumentos de consolidación.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia epidemiológica.</li> <li>• Producción.</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio</li> <li>• Banco de sangre u unidad transfusional</li> <li>• Anatomía patológica</li> </ul>			
4	El sistema de información contempla con instrumentos de retroalimentación	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes internos</li> <li>• Reportes externos</li> </ul>			

**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"> <li>• Normativa de manejo de la información</li> </ul>			
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"> <li>• La seguridad de sistema de archivo</li> <li>• Existencia de archivos por categorías</li> </ul>			
3. El sistema incluye los mecanismos para mantener la integridad de los datos y de la información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la seguridad del sistema</li> <li>• Copias de seguridad</li> </ul>			

**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"> <li>• Normativa de manejo de la información que determine el personal autorizado para el acceso a cada categoría de datos e información</li> </ul>			

**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 instrumentos del sistema de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que la normativa determine el personal autorizado para la introducción de datos en cada uno de los instrumentos</li> </ul>			
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"> <li>• Verificar que la normativa determine la ubicación de datos en cada uno de los instrumentos</li> </ul>			

**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 introduce información en el expediente clínico el personal autorizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Reglamento de manejo de expediente clínico</li> <li>• Entrevista a 3 funcionarios sobre el conocimiento de este Reglamento</li> </ul>			

**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 elabora datos en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos, firma y sello.</li> </ul>			
2. Identificar la fecha y hora de cada registro en el expediente y firma del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos, fecha y hora de cada registro.</li> </ul>			

**GIN 1.4** El establecimiento tiene una normativa sobre el tiempo y confiabilidad 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 documentos administrativos, de acuerdo a normas y normas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Normativa de archivo de documentación</li> <li>Reglamento de archivo del Expediente Clínico.</li> </ul>			
2. El establecimiento cuenta con el tiempo de conservación de los expedientes clínicos y documentos administrativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Normativa de archivo de documentación</li> </ul>			
3. Este proceso de archivo garantiza la confiabilidad y la exactitud de los datos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Reglamento de archivo del Expediente Clínico.</li> </ul>			
4. Todos los archivos y documentos administrativos se destruyen correctamente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Normativa de archivo de documentación</li> </ul>			

**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"> <li>Unidad de archivo clínico en el Organigrama e incorporados en el Programa Operativo Anual</li> <li>Manual de organización y funciones de la unidad</li> <li>Manual de Procesos, procedimientos y procedimientos de la unidad</li> <li>Observación directa de archivo en función de manuales existentes.</li> </ul>			
2. El establecimiento implementa el sistema de archivo de documentación administrativa.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones</li> <li>Manual de Procesos, procedimientos y procedimientos</li> <li>Observación directa de archivo en función de manuales existentes.</li> </ul>			
3. El establecimiento cuenta con un responsable de la unidad de archivo y con la capacitación correspondiente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Requisitos de designación</li> <li>Proceso de inducción y adaptación en el puesto</li> </ul>			
4. El sistema cuenta con el personal necesario y capacitado para cumplir con el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de Control</li> <li>Comprobante de designación</li> <li>Proceso de inducción</li> </ul>			

5.	La implantación del sistema cuenta con la tecnología y los recursos necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el Programa Operativo Anual</li> <li>Evaluación de cumplimiento del POA.</li> </ul>			
----	---	---	--	--	--

**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"> <li>Ambiente de archivo</li> <li>Reglamento de archivo</li> <li>Observación directa.</li> </ul>			
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"> <li>En el Reglamento de archivo</li> <li>Entrevista al personal</li> <li>Registro de movimiento de expedientes clínicos y documentación administrativa</li> </ul>			

**GIN 1.7 El establecimiento cuenta con un sistema de información y procesamiento de datos, para satisfacer las necesidades de datos e información del personal del establecimiento y de instituciones externas al mismo, que se atienden en el momento oportuno, en un formato que cumpla con la norma vigente. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La transmisión de información y datos atende las necesidades del personal e instituciones externas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Copia de informes</li> <li>Entrevista al personal</li> </ul>			
2. El personal e instituciones externas reciben datos e información en el momento oportuno.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al personal</li> <li>Copias de informes</li> </ul>			
3. El personal e instituciones externas reciben datos e información en un formato que facilite su uso.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de formularios</li> <li>Entrevista al personal</li> </ul>			

**GIN 1.8 El personal de salud y administrativo de cargos intermedios participa en la selección, la integración y el uso de tecnología de gestión de la información. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El personal de salud y administrativo, de cargos intermedios, participa en la definición de la tecnología de la información del establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de participación en las actas del Comité Técnico Administrativo</li> </ul>			

**GIN 1.9 Los miembros del personal tienen acceso al nivel de información que requieren sus necesidades y responsabilidades de trabajo. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El personal tiene acceso a la información y documentación necesaria para desarrollar su trabajo.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procesos, operaciones y procedimientos de la unidad</li> </ul>			
2. El personal respeta las normas de seguridad y confidencialidad del establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al personal responsable del Servicio</li> </ul>			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	La información generada en las distintas unidades se integra para apoyar la toma de decisiones y planificación en forma participativa.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes por unidades.</li> <li>• Información procesada y enviada por unidades, con determinada periodicidad.</li> </ul>			
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"> <li>• Verificar registros de envío de información al SNIS con conformidad de recepción.</li> </ul>			
3	Se garantiza los datos estadísticos relacionados a conformidades de notificación obligatoria y se notifica inmediatamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de envío de información de este medales de notificación obligatoria con conformidad de recepción.</li> </ul>			

**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 información.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa actualizado de capacitación elaborado por el sub-comité de CATH.</li> <li>• Registro de participantes.</li> </ul>			
2	La formación se adecúa a las distintas necesidades y responsabilidades laborales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa actualizado de capacitación por unidades y áreas jerárquicas.</li> <li>• Registro de participantes.</li> </ul> </li> </ul>			

**GIN 1.12 El establecimiento analiza y toma decisiones a través del Sub-Comité de análisis de la información hospitalaria (CATH) (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	El establecimiento cuenta con el sub-comité de análisis de la información hospitalaria (CATH).	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorando de designaciones.</li> <li>• Actas de reuniones del sub-comité.</li> </ul>			
2	El sub-comité CATH realiza análisis periódico de la información e indicadores para evaluar el comportamiento y tendencias de los mismos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de análisis periódico de la información e indicadores.</li> <li>• Recomendaciones emanadas del análisis.</li> <li>• Seguimiento de cumplimiento de recomendaciones.</li> </ul>			
3	El sub-comité CATH cumple y hace cumplir las normas y procedimientos del SNIS relacionados con el manejo de los datos y la información.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuales de Procedimientos, operaciones y procedimientos acorde con las normas de SNIS.</li> <li>• Instrumentos de evaluación periódica.</li> <li>• Resultados de evaluación.</li> </ul>			
4	El sub-comité prepara y realiza el CATH del establecimiento e informes para las autoridades superiores.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de resultados del CATH de gestión.</li> </ul>			

6. El sub-comité participa en la capacitación del personal en el manejo de la información	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de capacitación vigente</li> <li>• Registro de participantes en la capacitación</li> <li>• Resultados de evaluación de capacitación</li> </ul>			
---	---	--	--	--

## 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrencia del registro de pacientes con existencia de Expedientes Clínicos individuales</li> </ul>			
2. Los expedientes clínicos se archivan a través de una codificación única para cada paciente, de acuerdo a normas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Codificación en archivos de expedientes clínicos.</li> </ul>			

### 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 específico de expediente clínico	Verificar aleatoriamente en 3 expedientes clínicos de pacientes egresados, existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de ingreso y egreso</li> <li>• Epícrisis</li> <li>• Historia clínica</li> <li>• Hojas de evolución</li> <li>• Hojas de órdenes médicas</li> <li>• Informes de laboratorio y gabinete</li> <li>• Consentimiento informado</li> <li>• Registro pre, intra y post operatorio</li> <li>• Protocolo quirúrgico</li> <li>• Informe de anatomía patológica</li> <li>• Gráfica de temperatura y signos vitales</li> <li>• Hoja de medicamentos</li> <li>• Notas de enfermería</li> <li>• Otros de acuerdo a normas</li> </ul>			
2. El expediente clínico contiene la información adecuada para identificar al paciente.	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En todas las hojas del expediente clínico.</li> </ul>			
3. El expediente clínico contiene la información adecuada para apoyar el diagnóstico	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica (estado de diagnóstico)</li> <li>• Resultados de exámenes auxiliares al diagnóstico</li> </ul>			
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"> <li>• En hojas de evolución.</li> </ul>			
5. El expediente clínico contiene la información adecuada para documentar la evolución y los resultados del tratamiento prestado	Verificar en 2 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En hojas de evolución</li> <li>• Resultados de internconsultas, exámenes</li> </ul>			



6.	El expediente clínico promueve la continuidad de la atención.	auxiliares y otros. verificar en 5 expedientes clínicos de forma aleatoria. • Indicaciones de alta a paciente			
----	---	---	--	--	--

**GIN.2.1.1 El expediente clínico de cada paciente que recibe atención de urgencias incluye la hora de llegada, el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones para la continuidad de atención. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen hora de llegada.	verificar en 5 expedientes clínicos • En hora de atención de urgencias			
2. Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen el diagnóstico y las instrucciones a la hora del alta en esta unidad.	verificar en el expediente clínico • En hora de atención de urgencias. • En hora de atención de urgencias.			
3. Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen el estado de cuenta al alta de la unidad.	verificar en el expediente clínico • En hora de atención de urgencias.			
4. Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias no ven instrucciones de atención para la continuidad de atención.	verificar en el expediente clínico • En hora de atención de urgencias.			

**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 programa de trabajo de acuerdo a la norma vigente, elabora el reglamento o manual de manejo de expediente clínico.	Verificar • 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 o programa de trabajo de acuerdo a normas vigentes.	Verificar • 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.	• Entrevista a los profesionales de salud (3 - 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 (normas internacionales de enfermedades, CIE) y códigos para	Verificar • En 5 Expedientes Clínicos.			

abreviaturas y símbolos de acuerdo a nomenclatura actualizada.

En los formularios de recolección de información

**GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)**

**PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN**

**GSI.1 El establecimiento cumple la legislación, las regulaciones vigentes y los requisitos de Inspección de las Instalaciones. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las autoridades conocen las leyes, regulaciones y otros requisitos referidos a sus instalaciones.	Verificar: • Entrevista a las autoridades • Plan de gestión de seguridad			
2. Las autoridades cumplen con la normativa vigente	• Verificar concordancia del plan de seguridad con la normativa vigente • Verificación informes emision.			
3. Las autoridades garantizan que el establecimiento cumpla los procesos de inspección.				

**GSI.1.1 El establecimiento planifica y define el presupuesto para mantener, mejorar o sustituir sistemas, edificios o componentes clave. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento elabora planes y presupuestos para mantener, mejorar o sustituir sistemas, edificios o componentes necesarios para controlar operando en un entorno seguro y eficaz.	• Verificar en el PQA			

**GSI.2 El establecimiento planifica e implementa un programa para gestionar el entorno físico. (OPCIONAL)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento dispone de un programa para gestionar la seguridad en las instalaciones físicas.	• Verificar programa de mantenimiento, mejoras y reformas o instalaciones			
2. El programa es eficaz para evitar lesiones y mantener las condiciones de seguridad para los pacientes, las familias, el personal y las visitas	• Verificar contenido del programa			
3. El programa incluye la seguridad, la vigilancia y los materiales peligrosos.	• Verificar contenido del programa			

**GSI.2.1 El establecimiento inspecciona la seguridad contra incendios de los edificios y cuenta con un plan para reducir riesgos manifiestos y facilitar unas instalaciones físicas seguras para los pacientes, las familias, el personal y las visitas. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento ejecuta inspecciones periódicas que deben ser documentadas	• Verificar informes de inspección de la gestión			
2. El establecimiento cuenta con un plan de mejoramiento basado en la inspección para reducir riesgos.	• Verificar coherencia de planes con informes de inspección			

7	El establecimiento muestra progresos en el desarrollo del plan.	Verificar seguimiento a los planes			
---	---	------------------------------------	--	--	--

**GSI.3 El establecimiento planifica e implementa un programa para garantizar la seguridad de los ocupantes de sus instalaciones ante el fuego, el hump u otras emergencias. (OBLIGATORIO)**

**GSI.3.1 La planificación incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El programa incluye la ubicación de los riesgos de incendio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar programa contra incendios.</li> </ul>			
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"> <li>Verificar en el programa contra incendios.</li> </ul>			
3.	El programa incluye la pronta detección de fuego u hump.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar programa contra incendios.</li> </ul>			
4.	El programa incluye la extinción del fuego y la contención del hump.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar programa contra incendios.</li> <li>Verificar existencia de extintores de incendio.</li> </ul>			
5.	El programa incluye la salida segura de la instalación en caso de fuego u otras emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar programa contra incendios.</li> <li>Verificar salidas de emergencia.</li> </ul>			

**GSI.3.2 El establecimiento evalúa de manera regular su plan de seguridad contra el fuego y el hump, incluyendo cualquier dispositivo relacionada con la detección y la supresión rápida, y documenta sus resultados. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se supervisan y se comprueban los sistemas de detección y extinción de incendios, y se incluyen su mantenimiento con la frecuencia que fija el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de supervisión.</li> <li>Fecha de vigencia de los contratos.</li> </ul>			
2.	Se comprueba el plan de seguridad de evacuación contra el fuego y el hump por lo menos una vez al año.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa contra incendios.</li> <li>Acta de simulacro.</li> </ul>			
3.	Se capacita a personal para participar en el plan de seguridad contra el fuego y el hump.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de capacitación específico.</li> <li>Lista de asistentes.</li> </ul>			
4.	El personal participa o monitorea un simulacro anual para comprobar su preparación en caso de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar acta de simulacro.</li> </ul>			
5.	Se implementan las inspecciones, los simulacros y el mantenimiento del equipo y las salidas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar informes de inspección, de mantenimiento y actas de simulacro.</li> </ul>			

**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 y un plan para el área de consumo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar plan y normativa.</li> </ul>			
2.	El cumplimiento a las normas, las reglas, las leyes y el	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar cumplimiento del plan.</li> </ul>			

personal			
----------	--	--	--

**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 interrupción de suministro de agua	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar identificación de áreas y servicios de mayor riesgo en el programa de gestión de las instalaciones</li> </ul>			
2. El establecimiento busca reducir los riesgos de incidentes de ese tipo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar plan de contingencias dentro del programa de gestión de las instalaciones</li> </ul>			
3. El establecimiento planifica fuentes alternativas de suministro de agua y electricidad en caso de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar existencia y funcionamiento de generación eléctrica y tanques de suministro de agua</li> </ul>			

**GSI.3.5 El establecimiento supervisa regularmente sus sistemas de emergencia eléctricos y de agua y documenta los resultados. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento comprueba regularmente las fuentes alternativas de suministro de agua y electricidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro de prueba de arranque de generación eléctrica una vez a la semana</li> <li>Verificar en el lugar</li> </ul>			

**GSI.3.6. Se dispone de corriente eléctrica y de agua potable 24 horas al día y siete días por semana, a través de fuentes habituales o alternativas, para atender las necesidades esenciales de los pacientes. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se dispone de suministro de agua potable las 24 horas del día y los siete días de la semana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el lugar</li> </ul>			
2. Se dispone de suministro eléctrico las 24 horas del día y los siete días de la semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el lugar</li> </ul>			

**GSI.3.7 Se revisan, se mantienen de manera regular y según sea necesario, se mejoran los sistemas eléctricos, de agua, residuos, ventilación y gases medicinales, entre otros sistemas clave. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se inspeccionan los sistemas generales de manera regular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documentación de inspección regular</li> </ul>			
2. Se comprueba el funcionamiento de los sistemas generales de manera regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documentación de comprobación de sistemas</li> </ul>			
3. Se realiza un mantenimiento de los sistemas generales de manera regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registro de mantenimiento</li> </ul>			

**GSI.3.7.1. Autoridades o profesionales designados se encargan de supervisar regularmente la calidad del agua en servicios de cuidado especial (E): quirófano, esterilización, hemodiálisis). (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se controla la calidad del agua (pH, color, cantidad de bacterias y otros) de manera regular en áreas especiales (quirófano, hemodiálisis, etc)	• Verificar documentos de control			
2. La responsabilidad de la supervisión se asigna a un funcionario o programa	• Verificar designación de funcionario responsable o convenio			

**GSI 4 El establecimiento elabora un plan de respuesta ante posibles emergencias en la población, epidemias y desastres naturales, entre otros. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
El establecimiento posee un plan de respuesta a posibles emergencias, epidemias y desastres naturales, entre otros.	• Verificar plan de contingencias			

**GSI.4.1 El establecimiento ha comprobado su respuesta a emergencias, epidemias y desastres. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
Se ensaya y se controla el plan de contingencias	• Verificar informe de simulación y recomendaciones			

**GSI.4.2 El establecimiento tiene acceso a cualquier administrador, equipo de comunicación y otros materiales para responder a emergencias, epidemias o desastres. (OPCIONAL)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
Se dispone de suministros médicos en caso de emergencia.	• Verificar existencia de suministros de emergencia			
Se dispone de equipo de comunicación en caso de emergencia.	• Verificar existencia de equipos de comunicación			

**GSI 5 Uno o más profesionales capacitados se encargan de operar instalaciones físicas sanitas y correctas. (OPCIONAL)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
La seguridad de las instalaciones es administrada por más funcionarios	• Verificar designación de funcionarios o confirmación de comité de seguridad o de seguridad del establecimiento			
1. El personal capacitado está capacitado por experiencia y entrenamiento	• Verificar el personal			
2. El comité supervisa la seguridad de las instalaciones	• Verificar existencia del comité y sus actas reuniones			
3. Se ingresan por escrito los aspectos relevantes de la seguridad de las instalaciones	• Verificar actas del Comité referentes a seguimiento de las recomendaciones que se emiten			

## EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES

**GSE.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"> <li>Verificar plan de gestión de equipamiento</li> <li>FOA de la gestión</li> </ul>			
2. Existe un inventario del equipamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar inventario de la gestión</li> </ul>			
3. El equipamiento médico se inspecciona regularmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documentos de inspección regular del equipo.</li> </ul>			
4. El equipo médico se comprueba cuando es nuevo y se revise posteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar revisión del equipo al ingreso y periódicamente</li> </ul>			
5. Existe un programa de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar programa de mantenimiento preventivo</li> </ul>			
6. Profesionales o técnicos del establecimiento a través de compra de servicios facilitan el mantenimiento del equipamiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Perfil del profesional o del encargado de mantenimiento</li> <li>Convenio con empresas o profesionales que brinden el servicio de mantenimiento</li> </ul>			

**GSE.6.1. El establecimiento recopila los datos de la monitorización para el programa de gestión del equipamiento médico. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades del establecimiento a largo plazo para mejorar o sustituir dicho equipamiento. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se recopilan datos de la monitorización y documentación del programa de gestión del equipamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documentación de monitorización (hoja de vida del equipamiento, bitácora, )</li> </ul>			
2. Los datos de la monitorización se utilizan para propósitos de planificación y mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar concordancia entre la monitorización y el plan.</li> </ul>			

## CAPACITACION AL PERSONAL EN SEGURIDAD

**GSE.7 El establecimiento capacita al personal para facilitar instalaciones seguras y eficaces. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Para cada componente de programa de gestión de seguridad del establecimiento se planifica una capacitación que garantiza que el personal puede desarrollar sus responsabilidades de manera eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el plan de capacitación del programa de gestión de seguridad</li> </ul>			

**GSE.7.1 Se capacita e informa al personal sobre sus funciones en los planes de seguridad contra incendios, vigilancia, materiales peligrosos y emergencias. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El personal puede describir y demostrar sus funciones en situaciones de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al personal (3)</li> </ul>			

**GSI.7.2 Se capacita al personal del servicio para manipular y realizar el mantenimiento del equipamiento médico y los sistemas generales. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se capacita al personal del servicio para manipular el equipamiento médico.	• Verificar capacitación para manejo del equipamiento médico.			
2.	Se capacita al personal correspondiente para realizar el mantenimiento de equipamiento médico.	• Verificar capacitación de mantenimiento de equipamiento médico.			
3.	En caso de no contar con un sistema de mantenimiento propio se realiza compra de servicios a terceros.	• Verificar contrato o convenio.			

# RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCION





## RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Nº	ESTANDAR	NIVEL III	NIVEL II	NIVEL I
<b>ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)</b>				
1	ACA 1 Los pacientes tienen acceso a los servicios del establecimiento de salud en función de sus necesidades de atención y de acuerdo a la misión, el nivel y los recursos del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
2	ACA 1.1 El establecimiento tiene un proceso de admisión de pacientes.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
3	ACA 1.1.1 Los pacientes con necesidades urgentes o prioritarias tienen prioridad en su evaluación y tratamiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
4	ACA 1.1.2 Se da prioridad a las necesidades de servicios preventivos, paliativos, curativos y de rehabilitación según el estado del paciente en el momento en que entra en el Establecimiento de Salud.	OPCIONAL	OPCIONAL	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, volómicas, socio-culturales u otras que impliquen el acceso y la provisión de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
7	ACA 1.4 Para determinar si el paciente debe ser ingresado, se realiza una valoración clínica integral de acuerdo a procedimientos establecidos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
8	ACA 1.5 El ingreso o el traslado a unidades que prestan servicios especializados, cuadros intermedios o intensivos tiene determinado por médicos especialistas, según el nivel de complejidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
9	ACA 1.6 El ingreso o el traslado a investigación y a otros programas especiales para atender las necesidades especiales de los pacientes se determina mediante protocolos y criterios establecidos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN</b>				
10	ACA 2 El establecimiento de salud diseña y desarrolla procesos que permitan la continuidad de la atención en el ámbito y la coordinación entre los diferentes profesionales de salud, servicios y otros establecimientos proveedores de servicios.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
14	ACA 2.4 La información relacionada con la atención al paciente se transfiere con este al interior del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>ALTA, REFERENCIA Y SEGUIMIENTO</b>				
15	ACA 3 En el Reglamento de manejo del expediente clínico existe un procedimiento para dar el alta o referir a los pacientes.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
16	ACA 3.1 El establecimiento coordina con otros profesionales y otros establecimientos de salud para garantizar referencia oportuna y adecuada a la necesidad de otro tipo de apoyo posterior al alta.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
17	ACA 3.2 Los pacientes y su familia reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la referencia o del alta.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
18	ACA 3.3 Los Expedientes clínicos de los pacientes incluyen una copia del Informe del alta (epicrisis), resumen de historia (nota de alta) o la nota de alta solicitada.	OPCIONAL	OPCIONAL	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
20	ACA 4.1 El establecimiento de origen se asegura que el establecimiento de destino puede atender las necesidades de atención del paciente y firma acuerdos o convulsos de manera formal para garantizar la continuidad de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

31	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
32	ACA.4.3 Durante el traslado, un médico supervisa el estado del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
33	ACA.4.4 El proceso de traslado se documenta en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
34	ACA.5 El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte de éste.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>EVALUACIÓN DEL PACIENTE (ATENCIÓN INICIAL). (EDP)</b>				
35	EDP. 1 Todos los pacientes atendidos en el establecimiento tienen necesidades de atención identificadas mediante un proceso de evaluación.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
36	EDP. 1.1 El establecimiento debe adoptar y utilizar las Normas y protocolos de atención médica para facilitar la evaluación del paciente y disminuir así la variabilidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
37	EDP. 1.2 Las evaluaciones se completan en el periodo establecido por el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
38	EDP. 1.3 Los resultados de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente y se ponen a disposición de los responsables de su atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
39	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 provisional y plan de estudios).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
40	EDP. 2.1 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican desde la evaluación inicial.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
41	EDP. 2.1.1 La evaluación médica inicial se documenta en el expediente clínico del paciente dentro de las primeras 24 horas después de su ingreso.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
42	EDP.2.1.2 La evaluación médica inicial se documenta antes de la anestesia o de la cirugía	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
43	EDP.2.1.3 La evaluación médica inicial de los pacientes de urgencias se ajusta a sus necesidades y condiciones.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
44	EDP.2.1.4 La evaluación inicial de enfermería se documenta en el expediente clínico del paciente en el espacio de tiempo que fija el establecimiento	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
45	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
46	EDP.2.3 El establecimiento realiza evaluaciones iniciales individualizadas de los grupos de pacientes especiales (heridas extremas, terminales, drogodependientes, alcohólicos, víctimas de abuso o abandono y otros).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
47	EDP.2.4 La evaluación inicial incluye establecer la necesidad de planificar la conducta a seguir luego el arte y necesidad de otras evaluaciones especializadas.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
48	EDP. 3 Todos los pacientes se reevalúan en determinados intervalos para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar un tratamiento continuado o el alta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
49	EDP.4 Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por profesionales calificados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
50	EDP.4.1 Las responsabilidades para evaluar y reevaluar son definidas por escrito.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
<b>ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LAS EVALUACIONES</b>				
51	EDP.5 Personal médico, de enfermería y otros profesionales y servicios responsables de la atención al paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
52	EDP.5.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes o inmediatas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>LABORATORIO</b>				
53	EDP. 6 El establecimiento cuenta con laboratorio, que tiene los servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes, y que cumplen con las normas y la legislación nacional y departamental.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
54	EDP. 6.1 El establecimiento dispone de servicios de laboratorio para atender a los pacientes, o bien puede acceder a ellos mediante acuerdos con laboratorios externos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

45	EDP.6.2 Existe un programa de seguridad de laboratorio que se controla y documenta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
46	EDP.6.3 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuadas se encargan de realizar los exámenes de laboratorio y de interpretar los resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
47	EDP.6.4 El establecimiento define el plazo de tiempo para entregar los resultados de las pruebas de laboratorio.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
48	EDP.6.5 Todo el equipo y material de laboratorio se revisa, se mantiene y se calibra de manera regular, conservando los informes de estas actividades.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
49	EDP.6.6 Se dispone de manera regular de materiales, reactivos y de otros suministros.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
50	EDP.6.7 Se siguen procedimientos de toma, identificación, manejo, transporte seguro y eliminación de muestras.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
51	EDP.6.8 Se utilizan normas y rangos establecidos para interpretar e informar de los resultados del laboratorio clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
52	EDP.6.9 Personal calificado se encarga de la gestión del servicio de laboratorio.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
53	EDP.6.10 Existen procedimientos de control de calidad que se ejecutan y documentan.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
54	EDP.6.11 Existe un proceso para validación de pruebas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
55	EDP.6.12 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios de laboratorio externos de los que se compra servicios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
56	EDP.6.13 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>IMAGENOLÓGIA</b>				
57	EDP.7.0 Se dispone de servicios de imagenología (Rayos X y ecografía en Nivel II) que atienden las necesidades de los pacientes y cumplen las normas, la legislación y los parámetros de calidad de vigencias locales y nacionales.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
58	EDP.7.1 El establecimiento presta servicios de diagnóstico por imagen o bien puede disponer fácilmente de ellos mediante acuerdos con establecimientos externos cuando no cuenta con ellos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
59	EDP.7.2 Existe un programa de seguridad contra la radiación que se controla y se documenta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
60	EDP.7.3 Profesionales con formación, habilidades, experiencia y experiencia adecuadas realizan los procedimientos técnicos e interpretan los resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
61	EDP.7.4 Los resultados de imagenología se encuentran disponibles puntualmente, tal y como lo ha definido el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
62	EDP.7.5 Todos los equipos de imagenología se revisan, mantienen y calibran de manera regular, y se conservan los informes de estas actividades.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
63	EDP.7.6 Se dispone de manera regular de material e insumos para el servicio de imagenología.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
64	EDP.7.7 Existen procedimientos de control de calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
65	EDP.7.8 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios diagnósticos de fuentes externas de donde se compran servicios.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
66	EDP.7.9 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>ATENCIÓN A LOS PACIENTES (AAP)</b>				
67	AAP.1 La atención uniforme a los pacientes está establecida en normas, procedimientos y programas de salud vigentes en la legislación nacional.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
68	AAP.2 Existe un proceso que integra y coordina la atención prestada a cada paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
69	AAP.2.1 La atención suministrada a cada paciente se planifica y se anota en su expediente clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
70	AAP.2.2 El personal autorizado para realizar órdenes o prescripciones médicas escribe en un lugar específico del expediente clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

71	AAP.2.3 Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
72	AAP.2.4 Los profesionales en salud autorizados tienen acceso a los registros de otros profesionales, de acuerdo con la normas de el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
73	AAP.2.5 El plan de atención del paciente se revisa cuando los cambios en el estado del paciente lo requieren.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>CONSULTA EXTERNA</b>				
74	AAP. 3 El establecimiento de Salud cuenta con un Servicio de pago de consulta externa de acuerdo a su nivel de complejidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
75	AAP.3.1 Sistema de atención de la atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
76	AAP. 3.2 El servicio de consulta externa cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>ODONTOLOGÍA</b>				
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
<b>ENFERMERÍA</b>				
80	AAP.5 El establecimiento cuenta con personal de enfermería organizado en cumplimiento a normas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
81	AAP. 6 El servicio de hospitalización cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO (TERAPIA INTERMEDIA O INTENSIVA, EMERGENCIAS, URGENCIAS MÉDICAS)</b>				
82	AAP.7 Existen normas y procedimientos para que la atención a pacientes de alto riesgo (Terapia intermedia e intensiva) y para la provisión de servicios de alto riesgo (Emergencias y urgencias médicas).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
83	AAP.7.1. La atención de pacientes de Terapia Intermedia o Intensiva se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
84	AAP.7.2. La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
85	AAP.7.3 La utilización de procedimientos de sujeción se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
86	AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital o coma se define en normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
87	AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades contagiosas o inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
88	AAP.7.6 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes en diálisis (OBLIGATORIO EN CASO DE CONTAR CON EL SERVICIO)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
89	AAP.7.7 La atención a los pacientes inmovilizados está reglada en normas y protocolos de atención del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
90	AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes vulnerables de edad avanzada y niños.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
<b>ANESTESIA</b>				
91	AAP.8 La evaluación preanestésica la realiza un profesional especializado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
92	AAP.8 La atención anestésica de cada paciente se planifica y se documenta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
93	AAP.8.1 Los riesgos, complicaciones potenciales y distantes oprimos se discuten con el paciente, su familia o aquellas que toman decisiones por él.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

9	AAP.9.2 El uso de anestesia se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia incorporado al expediente clínico del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
10	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
11	AAP.10 El estado postanestésico de cada paciente se monitorea y se documenta, y el anestesiólogo da el alta al paciente de un área de recuperación en función de criterios establecidos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>CIRUGÍA</b>				
12	AAP.11 Se planifica y se documenta la atención quirúrgica de cada paciente en función de los resultados de la evaluación realizada.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
13	AAP.11.1 La cirugía realizada se registra en el expediente clínico del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
14	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
15	AAP.11.3 Se planifica y se documenta la atención al paciente después de la cirugía.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>ESTERILIZACIÓN</b>				
16	AAP.11.4 El Establecimiento cuenta con el servicio de esterilización.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
<b>GESTION DE MEDICAMENTOS – FARMACIA</b>				
17	AAP.12 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuadas se encargan de la farmacia, de acuerdo al nivel de atención en base a la normativa vigente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
18	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
19	AAP.13.1 Se dispone de una selección adecuada de medicamentos para su prescripción o puede accederse a ella.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
20	AAP.13.1.1 Existe un método de supervisión del uso de la medicación y de la guía farmacoterapéutica del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
21	AAP.13.1.2 El establecimiento puede obtener medicamentos que no están en stock o de los que no disponga habitualmente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
22	AAP.13.1.3 Existe un procedimiento de distribución de medicamentos cuando la farmacia o el servicio farmacéutico están cerrados.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
23	AAP.13.1.4 Existen medicamentos de emergencia disponibles cuando se controlan y se conservan seguros cuando están fuera de la farmacia.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
24	AAP.13.2 En prescripción y dispensación de medicamentos está definida por normas y procedimientos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
25	AAP.13.2.1 El establecimiento identifica a los profesionales calificados y autorizados para la prescripción de medicamentos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
26	AAP.13.2.2 Existen normas y procedimientos para regular la automedicación de 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
27	AAP.13.2.3 La preparación, el manejo, el almacenamiento y la distribución de la nutrición enteral o parenteral están regulados por normas y procedimientos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
28	AAP.13.2.4 El almacenamiento, la dispensación, el manejo y el suministro de medicamentos radiactivos, de investigación y otros medicamentos están regulados por normas y procedimientos.	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
29	AAP.13.3 Los medicamentos se piden, almacenan y se dispensan en un sistema seguro y limpio.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
30	AAP.13.3.1 El Regente Farmacéutico supervisa el almacenamiento y la dispensación de medicamentos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
31	AAP.13.3.2 Se verifican las prescripciones médicas.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
32	AAP.13.3.3 El establecimiento cuenta con un sistema de clasificación y bajo de medicamentos e incumpe médicos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
33	AAP.13.3.4 Se emplea un sistema de administración de medicamentos en las dosis correctas, al paciente adecuado y en el momento adecuado.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

114	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
115	AAP.13.5 La medicación prescrita y administrada se registra en el Expediente Clínico del paciente.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
116	AAP.13.5.1 Se registran en el Expediente Clínico del paciente las reacciones adversas.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
117	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
<b>MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>				
118	AAP.14 El Establecimiento cuenta con un servicio de Transfusión que cumple con los requisitos obligatorios legales y técnicos nacionales .	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
<b>ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL</b>				
119	AAP.15 El establecimiento dispone de alimentos preparados para la atención al paciente, a través de un servicio propio de Nutrición y dietética o contrato de servicios a terceros, a todos los pacientes se les prescribe una dieta u otros nutrientes en función de su estado u necesidades nutricionales, incluyendo prescripciones para dieta absoluta, dieta normal, dietas especiales o nutrición enteral o parenteral.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
120	AAP.15.1 La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos se realizan de manera segura de acuerdo a normas vigentes.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
121	AAP.16 Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional, que se facilita individualmente y cuya respuesta se registra en su expediente clínico .	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
122	AAP.17 Humanteo a la lactancia materna.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
123	AAP. 18. <b>RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA</b> El establecimiento cuenta con un servicio para el tratamiento por radioterapia y quimioterapia, o contrato servicios a terceros .	OBIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA
124	AAP 19. <b>MEDICINA NUCLEAR.</b>	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
125	AAP. 20 <b>ANATOMIA PATOLÓGICA.</b>	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
<b>DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)</b>				
126	DPF.1 El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyan los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
127	DPF.1.1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familias sobre la atención y los servicios ofrecidos, así como la forma de acceder a los mismos.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
128	DPF.1.2 La atención es considerada y ejecutada con los valores y creencias de los pacientes	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
129	DPF.1.3 La atención es respetuosa con la necesidad de intimidad del paciente.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
130	DPF.1.4 El establecimiento adopta medidas para proteger las pertenencias de los pacientes ante robo o extravío.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
131	DPF.1.5 Se protege a los pacientes de agresiones físicas y psicológicas.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
132	DPF.1.6 Los niños, discapacitados y ancianos reciben la protección adecuada.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
133	DPF.1.7 La información sobre el paciente tiene carácter confidencial y se la protege ante pérdida o uso indebido.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
134	DPF.2 El establecimiento apoya los derechos del paciente y de su familia a participar en el proceso asistencial.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
135	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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
136	DPF.2.2 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre sus derechos y responsabilidades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del tratamiento.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO

141	DPP. 2.3 El establecimiento cuenta con protocolos para evaluar y tratar el dolor adecuadamente.	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
142	DPP. 2.4 La atención es respetuosa y compasiva al final de la vida.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
143	DPP.3 El establecimiento informa a los pacientes y a familiares acerca de la decisión de donación de órganos y otros tejidos.	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
144	DPP.4 El establecimiento informa a los pacientes y a sus familias sobre cómo pueden acceder a estudios clínicos, trabajos de investigación o a ensayos clínicos que impliquen a seres humanos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
145	DPP. 5 El establecimiento informa a los pacientes y a las familias del proceso de recepción y transmisión de donaciones, transfusiones y derivaciones de opinión respecto a la atención al paciente y del derecho del paciente a participar en estos procesos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
146	DPP. 6 El consentimiento informado del paciente, se obtiene mediante un procedimiento definido por el establecimiento y conducido por personal capacitado.	OBLIGATORIO	NO APLICA	OBLIGATORIO
147	DPP. 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	NO APLICA	OBLIGATORIO
148	DPP. 6.1.1 La información se facilita en un lenguaje y forma adecuada para los que toman decisiones.	OBLIGATORIO	NO APLICA	OBLIGATORIO
149	DPP. 6.2 El establecimiento establece un proceso, dentro del marco legal y cultural vigente, para cuando alguien distinto al paciente deba dar el consentimiento. Cuando alguien distinto al paciente da el consentimiento informado, se anota en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
150	DPP.6.3 El consentimiento informado se obtiene antes de la cirugía, anestesia, la utilización de sangre y derivados sanguíneos, u otros tratamientos o prácticas de riesgo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
151	DPP. 6.4 El establecimiento confecciona una lista de los categorías o tipos de tratamientos y procedimientos que requieren el consentimiento informado específico.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
152	DPP. 6.5 Antes de que el paciente tome parte en estudios clínicos, trabajos de investigación y ensayos clínicos se obtiene un consentimiento informado. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
153	DPP. 6.5.1 El establecimiento de salud cuenta con un comité de bioética que supervisa las investigaciones, que impliquen a seres humanos. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
154	DPP. 7 El establecimiento de salud como empresa social presta atención al paciente dentro de un marco ético, legal y financiero, que protege a los pacientes y sus derechos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)</b>				
155	EPF.1 La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las decisiones y los procesos de la atención sanitaria.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
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 convenga 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 (tensiómetros, gluómetros, tensioesfigmómetros y otros) y técnicas de rehabilitación.	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 suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.	OPCIONAL	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
159	EPF.3.1 el personal de salud que atiende al paciente colaboran en la educación, poseen los conocimientos y habilidades necesarios para educar de manera eficaz.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
<b>GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (GLD)</b>				
160	GLD.1 Las responsabilidades de los órganos de gestión están descritas en estatutos, normas y procedimientos, o en documentos que regulan su funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
161	GLD.1.1 Los responsables del establecimiento aprueban la declaración de la misión del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
162	GLD.1.2 Los responsables del establecimiento aprueban los planes para dirigir el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
163	GLD.1.3 Los responsables del establecimiento elaboran el presupuesto y someten los recursos necesarios para cumplir con la misión.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO



15)	GLD.1.4 Los responsables del establecimiento apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
<b>LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO</b>				
16)	GLD.2 Las autoridades tienen la responsabilidad de gestionar el establecimiento y hacer que se cumplan las leyes y normativas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
16)	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
16)	GLD.4. Las autoridades del establecimiento identifican y planifican el tipo de servicios humanos para atender las necesidades de los pacientes del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
16)	GLD.5. Las autoridades del establecimiento reciben formación en gestión y mejora de la calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
16)	GLD.6 Las autoridades impulsan la comunicación, coordinación e integración del personal y de los servicios del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>FORMACIÓN Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL (FCP)</b>				
17)	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
17)	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
17)	FCP.3 El establecimiento utiliza un procedimiento para garantizar que los conocimientos y las habilidades del personal se ajusten al requerimiento (término de prueba).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
17)	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
17)	FCP.4 El establecimiento cuenta con un plan de gestión de recursos humanos, desarrollado en colaboración con las autoridades de salud y de gestión, especifica el número y el tipo de personal necesario y las calificaciones requeridas, se revisa continuamente y actualiza en caso necesario.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
17)	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
17)	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
17)	FCP.6.1 El personal que presta atención al paciente y otro personal especificado por el establecimiento reciben capacitación anual en mantenimiento vital cardiaco básico o avanzado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
17)	FCP.6.2 Sus datos generales de las necesidades de capacitación del personal son la base del programa de formación continua.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
18)	FCP.6.3 El establecimiento cuenta con una unidad de enseñanza e investigación, proporciona instalaciones, recursos y tiempo para la capacitación del personal.	OBLIGATORIO	OPCIONAL	NO APLICA
18)	FCP.6.4 Al personal se le da la oportunidad de participar en capacitación continua, investigación y otros programas de capacitación para adquirir nuevos conocimientos y habilidades que apoyen el progreso en el trabajo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
<b>PERSONAL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO</b>				
19)	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
19)	FCP.8 El establecimiento difunde y respeta los derechos del personal de salud en base a la ley y normativa vigente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>GESTIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)</b>				
<b>PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>				
19)	GMC.1 Las autoridades del establecimiento participan en la planificación y monitorización del programa de gestión de la calidad. OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

155	GMC 3.3 En la planificación y el desarrollo del programa de gestión de la calidad participan todos los jefes de unidades de salud y de gestión administrativa del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
159	GMC.3.3.1 Existe un programa de gestión de la calidad en el ámbito de todo el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
160	GMC.3.3.2 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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
161	GMC.3.2 Los líderes identifican procesos críticos de atención y de gestión, luego priorizan los procesos que serán sujetos de monitorización y los ambientes de mejora que debe llevarse a cabo.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
162	GMC.1.3 Las autoridades gestionan y otorgan recursos financieros, humanos y otros al programa de gestión y mejora de la calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
163	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
164	GMC.1.5 Se capacita al personal para participar en el programa.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
165	GMC.1.6 Todo el personal implicado en la gestión del establecimiento y en la atención de salud participa en el programa.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
	<b>DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>			
166	GMC.2 El establecimiento diseña sistemas y procesos nuevos y modifica los preexistentes según los principios de mejora de la calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
168	GMC.2.1 El establecimiento define cómo funcionarán los procesos nuevos y los modificados y su evaluación a través de indicadores.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
	<b>RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD</b>			
169	GMC.3 Las autoridades del establecimiento identifican indicadores para monitorizar estructuras, procesos y resultados del área de salud y de gestión.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
170	GMC.3.1 La evaluación del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
171	GMC.3.2 Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
178	GMC.3.3 Procedimientos quirúrgicos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
189	GMC.3.4 Uso de antibióticos, otros medicamentos, y venas de medicación.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
201	GMC.3.5 Utilización de anestesia.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
204	GMC.3.6 Utilización de sangre y derivados sanguíneos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
207	GMC.3.7 Disponibilidad, contenido y uso de las expedientes clínicos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
208	GMC.3.8 Control, vigilancia y notificación de las infecciones.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
209	GMC.3.9 Investigación médica.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
210	GMC.3.10 El abastecimiento de suministros rutinarios y de medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
212	GMC.3.11 La gestión del riesgo referida a episodios no esperados definidos por el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
213	GMC.3.12 Las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
214	GMC.3.13 Las expectativas y la satisfacción del personal.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

20	GMC.3.14 Perfil epidemiológico.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
21	GMC.3.15 La gestión financiera.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
21	GMC.3.16 La vigilancia, el control y la prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad física de los pacientes, sus familias y el personal.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
21	GMC.3.17 La auditoría médica.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
<b>ANÁLISIS DE DATOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>				
213	GMC.4 Profesionales con experiencia y conocimiento consolidan y analizan de manera sistemática los datos del establecimiento	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
214	GMC.4.1 La frecuencia del análisis de datos se ajusta al proceso en estudio y cumple los requerimientos del establecimiento.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
215	GMC.4.2 Los datos se evalúan adversativamente cuando se producen incidentes inesperados, tendencias indeseables y cuando aparecen variaciones significativas (gestión del riesgo).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
<b>MEJORA DE LA CALIDAD</b>				
219	GMC.5 Se alcanza y mantiene la mejora de la calidad de la atención.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
219	GMC.5.1 Las actividades de mejora se llevan a cabo en las áreas prioritarias identificadas por el Comité de gestión de la calidad.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
219	GMC.5.2 Se realizan las actividades asignadas por la dirección del establecimiento y se facilita el apoyo necesario.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
219	GMC.5.3 Se capacita al personal, se realizan los cambios de normativa adecuados y se asignan los recursos necesarios	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
220	GMC.5.4 Se planifican, comprueban y llevan a cabo las estrategias de mejora efectivas.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
221	GMC.5.5 El establecimiento reporta datos que demuestran que la mejora se mantiene	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
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
<b>SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIES)</b>				
<b>PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIRS)</b>				
223	CIES.1 El establecimiento de salud diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección en los establecimientos de salud.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
224	CIES.1.1 Todas las áreas de pacientes, personal y visitas del establecimiento se incluyen en el programa de control de la infección.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
225	CIES.2 El establecimiento de salud establece el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones en los establecimientos de salud.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
226	CIES.3 El establecimiento identifica los procesos y procedimientos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
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).	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
228	CIES.5 En situaciones de brote de infecciones en establecimientos de salud, se controlan cultivos de ambientes vinculados al brote.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
229	CIES.6 El Sub-Comité de infecciones en establecimientos de salud, supervisa las actividades de prevención y control de la infección. Los integrantes del sub-comité son personas calificadas en prácticas de control de la infección a través de estudios, formación, experiencia o titulación.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
230	CIES.7 La coordinación de las actividades de control de la infección implican a los áreas médica, enfermería, laboratorio, limpieza, lavandería y alimentación según la complejidad del establecimiento	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
231	CIES.8 El Manual de control de la infección se basa en la normativa vigente, los consensos científicos actuales y los protocolos de atención.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
232	CIES.9 Los sistemas de Gestión de la Información apoyan el programa de control de la infección.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA

215	CIES.9.1 El establecimiento identifica riesgos de infección. Levas de infección y tendencias en las infecciones en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	NO APLICABLE	NO APLICA
216	CIES.9.2 La vigilancia incluye la utilización de indicadores relacionados con temas de infección importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
218	CIES.9.3 El establecimiento utiliza información de riesgo, tasas y tendencias para diseñar o modificar procesos para reducir al mínimo nivel posible de infección en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
220	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
217	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
218	CIES.9.6 El establecimiento envía información de infecciones al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
219	CIES.10 El establecimiento facilita capacitación en la práctica de prevención y control de las infecciones relacionadas con el establecimiento, al personal de salud, a los pacientes y, si es necesario, a la familia y a otro personal.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
210	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
<b>MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MRES)</b>				
211	MRES.1 El establecimiento cuenta con un sistema de manejo de residuos generados en establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>BIOSEGURIDAD (BIOS)</b>				
242	BIOS.1 El establecimiento cuenta con un sistema de bioseguridad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>GESTION DE LA INFORMACION (GIN)</b>				
243	GIN.1 El establecimiento planifica e implementa un sistema de información que atienda las necesidades de información de los profesionales que prestan servicios en salud, los que dirigen el establecimiento y las personas e instituciones de fuera del establecimiento que requieren datos e información de esta, su ajuste a la complejidad y características del establecimiento y de los servicios facilitados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
247	GIN.1.1 El Sistema contempla instrumentos que defina el sistema nacional de información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
248	GIN.1.2 El Sistema cuenta los mecanismos para mantener la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
249	GIN.1.3 El Sistema define los niveles de seguridad necesarios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
249	GIN.1.3.1 La normativa del establecimiento especifica el personal autorizado para introducir datos en el expediente clínico del paciente y establece el contenido y el formato de los archivos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
249	GIN.1.3.2 Solo el personal autorizado puede introducir datos en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
249	GIN.1.3.3 En cada registro del expediente clínico se debe especificar el responsable, la fecha y la hora.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
250	GIN.1.4 El establecimiento tiene una política sobre el tiempo y confidencialidad en la conservación de los expedientes clínicos y documentos administrativos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
251	GIN.1.5 El Sistema de archivo del expediente clínico y los documentos administrativos se implementa y se mantiene mediante personal adecuado y otros recursos necesarios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
251	GIN.1.6 Se prohíbe la alteración y los expedientes clínicos de la pérdida, la destrucción y el acceso no autorizado o no autorizado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
251	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 actualiza en el momento oportuno, en un formato que cumpla con la norma vigente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
254	GIN.1.8 El personal de salud y administrativo de cargos intermedios participa en la selección, la integración y el uso de tecnología de gestión de la información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
255	GIN.1.9 Los miembros del personal tienen acceso al nivel de información que requiere sus necesidades y responsabilidades de trabajo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
256	GIN.1.10 La información generada en las distintas unidades está integrada para apoyar la gestión y el gobierno del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

227	GIN 1.11 Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación sobre el sistema de información.	OPCIONAL	OBLIGATORIO	OPCIONAL
248	GIN 1.12 El establecimiento analiza y toma decisiones a través del Sub - Comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE</b>				
249	GIN 2 El establecimiento inicia y conserva el expediente clínico de cada paciente diagnosticado o tratado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
249	GIN.2.1 El Expediente Clínico contiene la información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los profesionales en salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
250	GIN.2.1.1 El expediente clínico de cada paciente que recibe atención de urgencia incluye la hora de llegada, el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones para la continuidad de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
251	GIN 2.2 Como parte de las actividades de mejora, el establecimiento evalúa regularmente el contenido del expediente clínico del paciente y comprueba que está completo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
252	GIN.2.3 Los profesionales en salud tienen acceso a la información del expediente clínico del paciente cada vez que lo atienden.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
253	GIN 2.4 El establecimiento utiliza procedimientos estandarizados para la codificación de la información	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
<b>GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)</b>				
<b>PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN</b>				
261	GSI.1 El establecimiento cumple la legislación, las regulaciones vigentes y los requisitos de inspección de las instalaciones.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
266	GSI.1.1 El establecimiento planifica y define el presupuesto para mantener, mejorar o sustituir sistemas, edificios o componentes clave.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
267	GSI 2 El establecimiento planifica e implementa un programa para mejorar el entorno físico.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
268	GSI.2.1 El establecimiento inspecciona la seguridad contra incendios de los edificios y cuenta con un plan para reducir riesgos manifiestos y facilitar unas instalaciones físicas seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
269	GSI.2 El establecimiento incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
270	GSI 3.1 La planificación incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
271	GSI.3.2 El establecimiento evalúa de manera regular su plan de seguridad contra el fuego y el humo, incluyendo cualquier dispositivo relacionado con la detección y la supresión rápida, y documenta sus resultados.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
272	GSI.3.3 El establecimiento cumple con la ley relativa a la prohibición del uso de tabaco en establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
273	GSI.3.4 El establecimiento cuenta con sistemas de emergencia para proteger a sus ocupantes, en caso de avería del sistema eléctrico o de falta de abastecimiento de agua, contaminación o alteración de funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
274	GSI 3.5 El establecimiento supervisa regularmente sus sistemas de emergencia eléctricos y de agua y documenta los reparos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
275	GSI.3.6 Se dispone de corriente eléctrica y de agua potable 24 horas al día y siete días por semana, a través de fuentes habituales o alternativas, para atender las necesidades esenciales de los pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
276	GSI.3.7 Se revisan, se mantienen de manera regular y según sea necesario, se mejoran los sistemas eléctricos, de agua, residuos, ventilación y gases médicos, entre otros sistemas clave.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
277	GSI.3.7.1. Autoridades o profesionales designados se encargan de supervisar regularmente la calidad del agua en servicios de cuidado especial (E): quirófano, esterilización, hemodiálisis).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
278	GSI.4 El establecimiento elabora un plan de respuesta ante posibles emergencias en la población, epidemias y desastres naturales, entre otros.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
279	GSI.4.1 El establecimiento ha comprobado su respuesta a emergencias, epidemias y desastres.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

24	GSE.4.2 El establecimiento tiene acceso a cualquier suministro médico, equipo de suministros y otros materiales, para responder a emergencias, epidemias o desastres.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
25	GSE.4.3 Uno o más profesionales capacitados se encargan de facilitar instalaciones físicas seguras y eficientes.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES</b>				
26	GSE.6. El establecimiento planifica e implementa un programa para supervisar, evaluar y mantener el equipamiento médico y documentar los resultados.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
27	GSE.6.1 El establecimiento recupera los datos de la incorporación 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.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
<b>CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN SEGURIDAD</b>				
28	GSE.7 El establecimiento capacita al personal para facilitar instalaciones seguras y eficientes.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
29	GSE.7.1 Se capacita e informa al personal sobre sus funciones en los planes de seguridad contra incendios, seguridad, instalaciones peligrosas y emergencias.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
30	GSE.7.2 Se capacita al personal del entorno para manipular y realizar el mantenimiento del equipamiento médico y los sistemas generales.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA



---

Bolivia Digna, Soberana y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**