



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

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

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

Serie: Documentos Técnico Normativos

**LA PAZ - BOLIVIA
2008**



R-BO
00X.15
M865g
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 tercer nivel de atención. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz: Cacely, 2007.

60p. 1 tab. (Serie: Documentos Técnico-Normativos de Calidad N° 62)

. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. ACCESO Y EVALUACIÓN
I. ACREDITACIÓN
I. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL
IV. GUÍA
1 1
2 Unidad de Servicios de Salud y Calidad
3 Serie

GUIA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

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

Deposito Legal N° 4-1-68-08 P.O
ISBN 978-99005-000-5-0

Autores:

Dra Lourdes Munillo Cuentas MSyD-PRS
Dra Ma Luisa Valenzuela Cáceres COSSMIL
Dra Ma Teresa Bilbao Cortés CPS
Dr Antonio F. Flores Serra CPS
Dra Roxana Miranda Larrea CBES
Dr José Hugo Rodríguez Balladares SSU
Dra Débbye Macías Quirga INASES

Contribuciones y revisión técnica:

Dr Hugo E. Pérez G SBAM
Lc Elizabeth Cañipa MSyD
Dr Mariana Prado E. CORDES
Dr Bernardino Orgez SBAM
Dr Nicanor Jove A. INASES
Dra Virginia Centellas CONSULTORIA
Dra Ana Sola M. CONSULTORIA
Dra Janneth Centeno M. CPS
Dra Patricia Ramírez CPS

Edición:

Dra Lourdes Munillo Cuentas MSyD-PRS
Dra Ma Luisa Valenzuela Cáceres COSSMIL
Dra Ma Teresa Bilbao Cortés CPS
Dra Roxana Miranda Larrea CBES
Dra Débbye Macías Quirga INASES

Coordinación:

Dr Javier Luna Orozco E MSyD

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

© Ministerio de Salud y Deportes 2008

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

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dr Walter H Selum Rivero
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
VICEMINISTRO DE SALUD

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

Sr. Miguel Aguilar Egüez
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr, Roberto Tardío Lara
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

AGRADECIMIENTO

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

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL CONSENSO Y VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO *

Ministerio de Salud y Deportes (MS y D)
Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)
Unidad de Servicios de Salud y Calidad - MSyD
Proyecto Reforma de Salud - MSyD
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Beni
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Chuquisaca
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Cochabamba
Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Oruro
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Potosí
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Tarija
Servicio Regional de Salud (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 Mundí
Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI)

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

PRESENTACIÓN

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

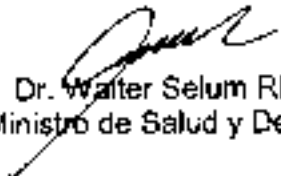
Hasta hace unos años, la calidad era una orientación y luego una política de salud. en la actualidad se constituye en una responsabilidad ineludible del Estado, en procura de afianzarla como condición intrínseca o esencial de los servicios de salud, y que junto a condiciones de equidad, solidaridad,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

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

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

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

La Paz, marzo de 2008



Dr. Walter Selum Rívaro
Ministro de Salud y Deportes



Resolución Ministerial 0090

26 FEB. 2008

VISTOS Y CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

POR TANTO,

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

RESUELVE,

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

- **BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)**
- **MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD Y NORMA TECNICA**
- **NORMA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO**
- **GUÍA 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. Gladys M. Bernal López
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y CALIDAD
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dr. Juan A. Noguera Acosta
VICERRECTORÍA DE ASesoría
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dr. Piedad Belum Tavares
MINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES

INDICE**PÁGINAS**

Accesibilidad y continuidad de la atención (ACA)	1
Evaluación del paciente (EDP)	10
Atención a los pacientes (AAP)	27
Derechos del paciente y de su familia (DPF)	45
Educación y comunicación al paciente y a su familia (EPF)	54
Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento (GLD)	55
Formación y capacitación del personal (FCP)	58
Gestión y mejora de la calidad (GMC)	62
Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE)	68
- Prevención Y Control de Infecciones (CIES)	68
- Manejo de residuos (MRES)	74
- Bioseguridad (BIOS)	75
Gestión de la información (GIN)	76
Gestión y seguridad de las instalaciones (GSI)	83
Resumen de Estadares por nivel de Gestión	89

ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se facilita a los pacientes, población y a otros centros de atención relacionados con el establecimiento la información sobre los servicios, los horarios y sobre el proceso de obtención de atención preferentemente en el idioma de la región.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Guía de información al usuario • Línea telefónica gratuita • Boletines informativos • Página Web • Panel informativo gráfico • Medios de información audio visuales (El cumplimiento de uno de los medios de verificación califica el estándar)			
2. Durante el primer contacto, se proporciona al paciente y a la población información referente a su requerimiento o necesidad.	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de informaciones • Funcionario encargado con capacitación técnica y en relaciones humanas, preferentemente con conocimiento del idioma de la región 			
3. En base al primer contacto, se comprueba que las necesidades del paciente se adaptan a la misión y nivel de atención.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos acordes a la misión y al nivel de atención 			
4. Se admite a los pacientes sin discriminación, se informa de los servicios con los que cuenta, y se registra la referencia si procede	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Registro de admisión • Registro de referencia 			

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

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

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

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento ha determinado criterios para dar prioridad a los pacientes con necesidades inmediatas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Protocolos de atención de Emergencias Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2.		<ul style="list-style-type: none"> Lista de participantes a programa de capacitación Entrevista al personal que participa en el programa de capacitación (3) 			
3.	Se prepara al personal para poner en práctica estos criterios.	<ul style="list-style-type: none"> Observación en el servicio Entrevista al personal (3) 			
4.	Se da prioridad a los pacientes sobre otros según la urgencia de sus necesidades.				

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

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

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

3	El procedimiento incluye información acerca de aquellos gastos que deberá asumir el paciente o su familia.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Entrevista a 5 pacientes recién ingresados 			
4	Los pacientes reciben la suficiente información para poder tomar decisiones.				

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	Los Establecimientos de Salud han identificado las barreras de la población del área de influencia.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documento de identificación de barreras 			
2	Existe un proceso para superar o reducir las barreras durante el proceso de admisión.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documento de soluciones para eliminar barreras 			
3	Estos procesos están implementados.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a 5 funcionarios involucrados en el proceso 			

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

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

ACA.1.5 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 de salud ha fijado unos criterios de ingreso o referencia para sus servicios especializados o de cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en protocolos de atención los criterios de ingreso a estos servicios especializados 			
2	En la elaboración de estas ordenes participan profesionales especializados	<ul style="list-style-type: none"> Verificar quienes participaron en la elaboración de los protocolos 			
3	Se educa al personal en la aplicación de los criterios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar proceso de capacitación Entrevista al personal capacitado (3) 			
4	Los pacientes trasladados o ingresados en servicios o unidades de cuidados especializados o intensivos, cumplen estos criterios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos la concordancia con los protocolos de atención 			
5	Los pacientes que dejan de cumplir los criterios son referidos o dados de alta (criterios de egreso)	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en los 5 expedientes clínicos de pacientes referidos o dados de alta la concordancia con los protocolos de atención 			

ACA.1.6 El ingreso o el traslado a investigación y a otros programas diseñados para atender las necesidades especiales de los pacientes se determina mediante protocolos y criterios establecidos. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento de salud cuenta con criterios para el acceso 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 alguno 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 son concordantes 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 información 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 al menos de: • Admisión o Vigencia de derechos • Rot de turnos de personal de salud • Urgencias • Emergencia de especialidades • Servicios de diagnóstico • Servicios de tratamiento • Insumos y medicamentos • Servicios generales			
4. Se garantiza la atención entre el servicio de urgencias y las unidades de hospitalización.	Verificar: • Manual de procesos • Expediente clínico(s) • Actas del comité de Auditoría Médica			
5. Se garantiza la atención entre los servicios de diagnóstico y de tratamiento.	Verificar: • Manual de procesos			

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El o los profesionales responsables de la atención al paciente están identificados.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos sello y firma del responsable 			
2. El o los profesionales responsables están capacitados para asumir la responsabilidad de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documentos en el file de personal 			
3. El o los profesionales responsables de la atención están identificados ante el personal del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal (3) 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un procedimiento de registro y transferencia de información de pacientes entre profesionales del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos Registro de transferencia 			
2. Existe el registro de transferencia de la información entre profesionales de salud de manera continua o en momentos clave de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos 			
3. La información intercambiada incluye el estado de salud del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable) 			
4. La información intercambiada incluye un informe de la atención prestada	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable) 			
5. La información intercambiada incluye la evolución del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable) 			
6. Cuando se produce una transferencia, se registra el motivo de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable) 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Una norma establece cuáles son los profesionales con acceso al expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Reglamento de manejo y uso del Expediente Clínico 			
2. El expediente clínico está a disposición de estos profesionales y bajo la custodia de enfermería o archivo clínico.	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de manejo y uso del Expediente Clínico Entrevista al personal (3) 			
3. Para garantizar la transmisión de la información más reciente se actualizan adecuadamente los expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos 			

ACA.2.4 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 otro servicio o unidad de establecimiento de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos el resumen de información 			
2. En el resumen se registra: <ul style="list-style-type: none"> El motivo del ingreso. Hallazgos significativos. Diagnóstico realizado Cualquier procedimiento realizado Medicación y otros tratamientos El estado del paciente en el momento del traslado 	<ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2.				
3. El alta o la referencia considera a las necesidades de continuidad de atención al paciente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> En 5 expedientes Clínicos Protocolos de atención 			
4. Se utilizan criterios para determinar que el paciente está preparado para el alta.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Protocolos de atención En 5 Expedientes Clínicos 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta la necesidad tanto de servicios de apoyo como de continuidad de atención.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Protocolos de atención En 5 Expedientes Clínicos 			
2. El establecimiento conoce los establecimientos de referencia de su entorno.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Listas de establecimientos de referencia (Isoclinas) Convenios y contratos sujetos a las normas vigentes 			
3. Las referencias se realizan a establecimientos específicos de la misma zona de procedencia del paciente, siempre que sea posible.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> En 5 expedientes clínicos copia del formulario de referencia, con constancia de recepción, por el paciente o familiares. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las instrucciones de seguimiento deben ser comprensibles.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares. 			
2. Las instrucciones incluyen cualquier posibilidad de volver por razones de seguimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares. 			
3. Las instrucciones indican en qué casos será necesario obtener atención urgente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares. 			

ACA.3.3 Los Expedientes clínicos de los pacientes incluyen una copia del informe del alta (epicrisis), resumen de egreso (nota de alta) o la nota de alta solicitada. (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"> Verificar en 5 expedientes clínicos 			
2. La epicrisis contiene los parámetros especificados.	Verificar que contenga: <ul style="list-style-type: none"> Fecha de ingreso, egreso 			

		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos de ingreso y egreso (CIE-10) • Motivo de alta • Resumen de la evaluación • Lista de problemas clínicos pendientes • Plan de manejo y tratamiento • Recomendaciones para vigilancia ambulatoria (instrucciones para el seguimiento) • Enfermedades colaterales y hábitos • En caso de defunción causa de muerte orenda o certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria 			
3.	Existe el original del Resumen de egreso o nota de alta en el expediente clínico del paciente, que incluya los parámetros especificados	<p>Verificar en nota de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos generales del paciente • Fecha de ingreso y egreso • Diagnósticos de ingreso y egreso • Resumen de exámenes complementarios relevantes • Tratamiento realizado • Recomendaciones • Nombre, firma y sello de responsable 			
4.	En caso de alta solicitada verificar la existencia de la misma en el expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en los expedientes clínicos 			
5.	La nota de alta solicitada incluye los parámetros especificados	<p>Verificar en nota de alta solicitada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha y hora de alta solicitada • Nombre completo del paciente • Detalle de las consecuencias que dicho acto puede originar • Nombre completo de familiar más cercano, tutor o representante legal solicitante • Firma y AP de documento de identificación del paciente o persona solicitante • Firma y sello del médico tratante 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1. Existe un procedimiento de referencia de pacientes que es de conocimiento del personal.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Formulario de Referencia y contrarreferencia 			
2. Los traslados se centran en las necesidades de continuidad de atención del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al personal (1 a 5) • Verificar en 5 expedientes clínicos 			

3.	El procedimiento contempla el traslado de responsabilidad a otro profesional o centro.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
4.	El procedimiento incluye los criterios que aconsejan un traslado.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
5.	El procedimiento incluye la responsabilidad durante el traslado.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
6.	El procedimiento especifica las situaciones en que no puede producirse traslado.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
7.	Los pacientes se trasladan de manera segura a otras organizaciones.	Verificar: • Manual de procesos, operaciones y procedimientos			

ACA.4.1 El establecimiento de origen se asegura que el establecimiento de destino puede atender las necesidades de atención del paciente y refirir 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 traslada.	• Verificar en el convenio o sistema de referencia y contrareferencia			
2.	Se establecen acuerdos de manera formal con los establecimientos de destino cuando hay que trasladar con frecuencia a los pacientes.	• Verificar convenios entre establecimientos			
3.	El sistema de referencia y contrareferencia contará con un responsable intrahospitalario	• Verificar en Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos • Entrevista con funcionario responsable			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Junto al paciente se traslada la información clínica relativa a él o un informe médico.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			
2.	El informe médico incluye el estado de paciente.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			
3.	El informe médico incluye los procedimientos u otras intervenciones realizadas al paciente.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			
4.	El informe médico incluye las necesidades de continuidad de atención del paciente.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			

ACA.4.3 Durante el traslado, un médico supervise 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.	• Verificar en el Manual de procesos, operaciones y procedimientos			

		<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia • Nombre, firma y sello del responsable del traslado 			
2	La formación del personal que supervisa al paciente se ajusta al estado de salud de este	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en la hoja de referencia 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La hoja de referencia debidamente foliada del evento actual del paciente referido incluye: <ul style="list-style-type: none"> - La constancia de coordinación con el establecimiento que acogera al paciente - Los motivos de la referencia. - Cualquier circunstancia especial de traslado - Cualquier cambio en la condición o el estado del paciente durante el traslado... 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el expediente clínico (3) 			
2. La copia de la Hoja de referencia debe retornar al archivo clínico del establecimiento de origen con la constancia de recepción del paciente al establecimiento de destino.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en archivo clínico 			

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

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"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2. El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
3. El proceso de alta de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
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"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			

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 del establecimiento definen la información que tendrá que obtener sobre los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos 			

2.	Normas o procedimientos del establecimiento de salud definen al responsable de realizar la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar al responsable de realizar la evaluación 			
3.	Normas del establecimiento identifican la información y al responsable para documentar el ingreso del paciente en el servicio de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Registro de pacientes atendidos y admitidos 			

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

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	<ul style="list-style-type: none"> Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Instructivos de aplicación En 5 expedientes clínicos 			
2. Las métricas y los directores de los hospitales adoptan las Normas según los parámetros y los recursos del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Propósitos de Atención al Paciente 			
3. Los protocolos se revisan regularmente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que las actualizaciones de los Protocolos de Atención se realizan mínimo cada tres años 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los plazos adecuados para realizar la atención en las distintas especialidades se establecen para todos los servicios	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2. Las evaluaciones se completan en los plazos establecidos por el establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Verificar tiempos ejecutados en Expedientes Clínicos 			
3. Los resultados de las evaluaciones realizadas fuera del hospital se verifican al ingreso de paciente en éste.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Notas de Referencia, contraferencia en 5 Expedientes Clínicos 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los resultados de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 Expedientes Clínicos 			
2. Los profesionales que atienden al paciente encuentran las evaluaciones en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 Expedientes Clínicos 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. A cada paciente que ingresa se le realiza una evaluación inicial siguiendo las normas del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 Expedientes Clínicos 			
2. A cada paciente se le realiza una evaluación física inicial.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 Expedientes Clínicos 			
3. Se realiza una evaluación social y económica inicial por la trabajadora social de acuerdo a un Manual de normas y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> 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 atención previa.	• Verificar en 5 Expedientes clínicos			

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

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La evaluación médica inicial se documenta en la historia del paciente, con o de las 24 horas posteriores al ingreso.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
2. Cualquier cambio significativo en el estado de paciente desde el ingreso se anota 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, con el médico de guardia o especialistas con presencia física o telefónica.	• Verificar en 5 Expedientes Clínicos			
2. En cirugía, existe como mínimo una nota breve y un diagnóstico preoperatorio que se registran antes de la intervención.	• 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
3. 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 funcionales 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 desarrollarán criterios para identificar a los pacientes que necesitan evaluaciones de nutrición más amplias.	• Verificar criterios de evaluación nutricional			
2. Como parte de la valoración 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			
4. 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			
5. Se somete a los pacientes a revisión para determinar la necesidad de evaluaciones funcionales más amplias.	• Verificar 5 Expedientes Clínicos			
6. Los pacientes que requieren evaluación funcional según los criterios establecidos son valorados mediante interconsulta	• Verificar 5 Expedientes Clínicos			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento identifica a los grupos de pacientes y las situaciones específicas por las que se modifica el proceso inicial de evaluación	• Verificar Protocolos de atención			
2. Estos grupos especiales reciben evaluaciones individualizadas	• Verificar en Expediente Clínico			

EDP.2.4 La evaluación inicial incluye establecer la necesidad de planificar la conducta a seguir luego el alta 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 de alta se puede considerar crítica.	• Verificar manual de procesos, operaciones y procedimientos			
2. Cuando se necesiten evaluaciones adicionales especializadas, hay que derivar a los pacientes.	• Verificar notas de interconsulta o transferencia.			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1.	Se reevalúa a los pacientes para determinar su respuesta al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos las notas de evolución. 			
2.	Se reevalúa a los pacientes para planificar el alta o la continuidad del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos las notas de evolución. 			
3.	Se reevalúa a los pacientes a intervalos según su condición, plan de atención y necesidades individuales.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos. 			
4.	La reevaluación se documenta en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos. 			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1.	Se identifica a los profesionales calificados para realizar evaluaciones clínicas y reevaluaciones dentro del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos la firma y sello del profesional. 			
2.	Las evaluaciones de urgencias las realizan profesionales calificados.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos la firma y sello del profesional. 			
3.	Las evaluaciones de enfermería las realizan profesionales calificados.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos la firma y sello del profesional. 			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1.	Las responsabilidades de los profesionales calificados para realizar evaluaciones y reevaluaciones están definidas por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Organización y Funciones y Manual de Puestos. 			

ANÁLISIS E INTEGRACIÓN 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 de paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el expediente clínico el registro de juntas médicas, interconsultas. 			
2.	Los responsables de la atención al paciente toman parte en el proceso.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar firmas y sellos del personal responsable de la atención. 			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1.	Las necesidades del paciente se priorizan en función de los resultados de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el expediente clínico las conclusiones y sugerencias del análisis integral. 			

LABORATORIO

EDP. 6 El establecimiento cuenta con laboratorio, que tiene los servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes, y que cumplen con las normas y la legislación nacional y departamental. (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"> Verificar la autorización de habilitación y funcionamiento del laboratorio de acuerdo a normas establecidas. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se cuenta con servicios de laboratorio adecuados al nivel de complejidad para atender las necesidades de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que la infraestructura, recursos humanos, insumos y materiales respondan al nivel de complejidad de establecimiento de salud. 			
2. Se dispone de servicios de laboratorio de urgencias durante las 24 horas del día.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Horarios de atención, con responsables asignados con visto bueno de la dirección del establecimiento. 			
3. La compra de servicios de laboratorios externos se realiza en función a la norma vigente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Contratos o convenios vigentes con laboratorios habilitados. 			

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

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

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

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

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

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

EDP.6.5 Todo el equipo y material de laboratorio se revisa, se mantiene y se calibra de manera regular, conservando los informes de estas actividades. (OBLIGATORIO)

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

EDP.6.6 Se dispone de manera regular de reactivos esenciales y de otros suministros. (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"> Verificar la lista de reactivos y suministros esenciales. 			
2.	El responsable de laboratorio participa en el proceso de adquisición de los reactivos y suministros en base a la norma vigente, pero garantiza la disponibilidad oportuna y adecuada de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar participación de jefe de laboratorio en el último proceso de adquisición. Existencia de reactivos. 			
3.	Todos los reactivos están almacenados y son distribuidos de acuerdo con las directrices del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, operaciones y procedimientos. Verificar Manual de distribución de insumos. 			
4.	Todos los reactivos se evalúan periódicamente para verificar su precisión y sus resultados.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros de evaluación periódica. 			
5.	En todos los reactivos y soluciones están etiquetados de forma completa y precisa.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en sitio nombre del reactivo o solución, fecha de vigencia y responsable de su preparación. 			

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

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

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"> Verificar existencia de Rangos de referencia. 			
2.	El rango se incluye en el expediente clínico como parte de informe de los resultados de la prueba.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar inclusión de rangos de referencia en informe de resultados. 			
3.	Cuando las pruebas se realizan laboratorios externos, se incluyen los rangos correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar inclusión rangos de referencia en el informe de resultados. 			

4. Los rangos se ajustan a la edad, género, las características geográficas de residencia de los pacientes y al tipo de establecimiento	• Verificar inclusión de rangos de referencia en el informe de resultados de acuerdo al paciente			
5. Estos rangos se revisan y se actualizan periódicamente	• Verificar actualización mínima anual			

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	• Verificar cumplimiento de perfil profesional del jefe de laboratorio en file de nombres humanos			
2. Las responsabilidades incluyen el desarrollo, actualización, socialización y archivo de normas y procedimientos	Verificar: • Manual de organización y funciones de Laboratorio • Manual de Procesos y Procedimientos • Archivo de laboratorio			
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa	• Verificar registros de supervisión administrativa			
4. Las responsabilidades incluyen el mantenimiento de programas de control de calidad	• Verificar registros de control de calidad vigentes			
5. Las responsabilidades incluyen la participación en el proceso de contratación de servicios de laboratorio de establecimientos externos	• Verificar listas de proceso de contratación			
6. Las responsabilidades incluyen el control y seguimiento de los servicios de laboratorio	• Verificar registros de control y seguimiento periódico y actualización de los servicios de laboratorio			

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	• Verificar existencia de Programa de control de calidad			
2. El programa incluye la validación de las pruebas	• Verificar registro de validación de pruebas			
3. El programa incluye la supervisión diaria de los resultados de las pruebas	• Verificar registro diario de supervisión de resultados de las pruebas			
4. El laboratorio obtiene muestras con un laboratorio de referencia para verificar los resultados.	• Verificar registro validación con laboratorio de referencia			
5. El programa incluye la corrección rápida de deficiencias	• Verificar registro de corrección de deficiencias			
6. El programa incluye la documentación de los resultados y acciones correctivas	• Verificar documentación de respaldo			

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 clínica	• Verificar certificado de participación en evaluación externa anual			

2. Se mantiene un registro de la participación periódica.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de participación 			
3. Todos los servicios y pruebas de laboratorio están incluidos en el programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa 			

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
1. El laboratorio externo entrega con regularidad los resultados del control de calidad al establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de control periódico de laboratorios externos 			

EDF.5.12 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 especializada.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar lista de recursos accesibles 			
2. Se contacta con expertos en áreas de diagnóstico especializada en caso necesario.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de contacto con expertos 			

IMAGENOLÓGIA

EDP.7 Se dispone de servicios de imagenología que atienden las necesidades de los pacientes y cumplen las normas, la legislación y los parámetros de evaluación vigentes locales y nacionales. (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"> • Verificar si se cumple la normas y la legislación correspondiente 			
2. Cuenta con una licencia institucional del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear (IBTEN).	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar licencia actualizada otorgada por el IBTEN 			
3. Cuenta con licencia individual del personal que trabaja en el servicio (profesionales y técnicos) por parte del IBTEN.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar licencias individuales otorgadas por el IBTEN 			

EDP.7.1 El establecimiento presta servicios de diagnóstico por imagen, o bien puede disponer fácilmente de ellos mediante acuerdos con establecimientos externos cuando no cuente con ellos. (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"> • verificar horarios de atención y rol de turnos internos y externos 			
2. De no contar con el servicio se establecen contratos y convenios con establecimientos que cumplen las normas vigentes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Lista de los servicios externos • Contratos y convenios 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un programa de seguridad y prevención de riesgos y peligros de radiación	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia de programa seguridad y prevención de riesgos y peligros de radiación 			
2. El programa se coordina con el de gestión de la seguridad del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Verificar coordinación con programa de gestión de seguridad 			
3. Las normas y los procedimientos escritos se basan en la legislación vigente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Normas y Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
4. Las normas y los procedimientos escritos regular el manejo y la disposición de residuos especiales e infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Normas de manejo de residuos generados en establecimientos de salud 			
5. Se dispone de los dispositivos adecuados a los peligros inherentes al servicio	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia de dispositivos de seguridad 			
6. Se capacita al personal de imagenología sobre prácticas y procedimientos de seguridad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Programa de capacitación Lista de participantes 			
7. Se actualiza al personal de imagenología sobre los nuevos procedimientos y peligros	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Lista de participantes Programa de capacitación 			
8. Se realiza control de la dosis de radiación de los trabajadores mensualmente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Registro de control de radiación Uso de dosímetro por el personal 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se identifica al personal que dirige o supervisa el servicio	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Perfil del personal en Manual de cargos File en Recursos humanos 			
2. El personal con la formación correspondiente realiza los estudios	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Perfil del personal en Manual de cargos File en Recursos humanos 			
3. El personal con la formación correspondiente interpreta los estudios	<ul style="list-style-type: none"> Verificar firma y sello del médico imagenólogo en el informe de resultados 			
4. El personal técnico cuenta con la experiencia y la formación exigida	<ul style="list-style-type: none"> Verificar perfil profesional de personal técnico 			

EDP.7.4 Los resultados de imagenología se encuentran disponibles puntualmente, tal y como lo ha definido el establecimiento. (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"> Verificar en Manual de Procedimientos, Procesos y Operaciones 			
2. Los resultados de imagenología se informan en un plazo acorde con las necesidades del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar puntualamiento de plazos acorde con las necesidades del paciente en el expediente clínico 			

3	El informe del resultado de los estudios los realiza el médico imagenólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar sello y firma en los informes de imagenología 			
---	----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

EDP.7.5 Todos los equipos de imagenología se revisan, mantienen y calibran de manera regular, y se conservan los informes de estas actividades. (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"> • Verificar existencia de Programa de gestión 			
2. El programa incluye la selección y adquisición de equipos de acuerdo a normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa de equipamiento 			
3. El programa incluye el inventariado del equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inventarios actualizados 			
4. El programa incluye la inspección y la prueba del equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de inspección y prueba del equipo 			
5. El programa incluye la calibración, mantenimiento, reparación o sustitución del equipo o sus partes	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros calibración, mantenimiento o reparación del equipo 			
6. El programa incluye la monitorización y su seguimiento de los equipos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de monitorización y seguimiento de los equipos 			

EDP.7.6 Se dispone de manera regular de material e insumos para el servicio de imagenología. (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"> • Verificar registro de identificación de materiales e insumos necesarios 			
2. Se dispone de los materiales e insumos necesarios.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de materiales e insumos necesarios • Proceso de solicitud y recepción 			
3. Todos los reactivos se almacenan y administran según normas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, procedimientos y operaciones de almacenamiento 			
4. Todos los reactivos se evalúan de manera periódica para comprobar la precisión de los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de evaluación periódica 			
5. Todos los reactivos y soluciones tienen un registro completo y detallado	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de reactivos y soluciones 			
6. Se controlan las placas en cuanto a su vencimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros de vencimiento de placas 			
7. Se cuenta con registros de valores de revelado de las placas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro 			
8. Se elabora informe mensual de los procedimientos realizados	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar una muestra aleatoria del informe consultado 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El control de calidad incluye la validación de los métodos de exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de validación de los métodos de exámenes 			
2. El control de calidad incluye a supervisión diaria de resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de supervisión diaria de resultados 			

3.	El control de calidad incluye la intervención rápida en caso de detectarse discrepancias.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de acciones correctivas 			
4.	El control de calidad incluye pruebas de los reactivos y soluciones.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de pruebas de reactivos y soluciones 			
5.	El control de calidad incluye la documentación de los resultados y acciones correctivas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documentación respectiva 			

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

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

EDF.7.9 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.	El establecimiento dispone de una lista de recursos accesibles de expertos en áreas de diagnóstico especializado.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar lista de expertos 			
2.	El establecimiento de salud contacta con expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de contacto con expertos 			

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 procesos de atención uniforme, basados en la legislación vigente.	Verifica: <ul style="list-style-type: none"> Manual de organización y funciones Manual de procesos, operaciones y procedimientos Normas y protocolos de atención 			
2.	La calidad de la atención es uniforme en los diferentes servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar las actas de Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica. Resultados de supervisión por autoridad competente 			

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

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"> Manual de Organización y Funciones 			
2.	La atención se integra y se coordina entre los diferentes servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos la participación de todo el equipo de salud 			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se planifica la atención para cada paciente.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			
2.	La atención planificada para cada paciente se registra en el expediente clínico.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			
3.	Se lleva a cabo la atención planificada.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			
4.	La atención brindada a cada paciente se anota en el expediente clínico	• Verificar en 5 expedientes clínicos			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Las órdenes o prescripciones se registran.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			
2.	Sólo puede hacerlos el personal autorizado.	• Verificar en 5 expedientes clínicos firma y sello del médico tratante			
3.	Las órdenes se hacen en un lugar específico en el expediente clínico del paciente	• Verificar en 5 expedientes clínicos			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Los resultados de los procedimientos realizados se introducen en el expediente clínico del paciente.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Los registros están disponibles para todos los profesionales responsables de la atención del paciente	• Revisar en 5 expedientes clínicos • Entrevista al personal médico (? mínimo)			

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.	• Verificar en 5 expedientes clínicos			

CONSULTA EXTERNA

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Existe un panel de información respecto a nombres de profesionales y responsables, horarios de atención y asignación de consultorios.	Verificar: • Panel de información respecto a los profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios			

2.	Existe un sistema de señalización visible y comprensible	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de señalización • Entrevista a 3 pacientes 			
3.	Existe un área de recepción, espera y baños con el mobiliario necesario	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambientes por muestras 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un sistema y procesos definidos para la obtención de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2. Existe un ambiente adecuado para la espera de obtención de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el ambiente 			
3. Existe personal responsable del sistema de obtención de atención	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos asignados a este servicio. • Manuales de funciones • Memorando de designación 			
4. El tiempo de espera para la obtención de la atención se cumple de acuerdo a las normas del establecimiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Hora de inicio de actividades del personal responsable 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe el servicio de consulta externa en las especialidades que correspondan a nivel de complejidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Plan de información respecto a las especialidades • Observación directa de la asistencia de atención 			
2. El consultorio externo debe contar con ambientes adecuados para proporcionar privacidad y tranquilidad al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambientes por muestras de acuerdo a Anexo 			
3. El consultorio externo cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo a la especialidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de inventario actualizado • Comprobar existencia y funcionamiento aleatoriamente (10 items) 			
4. El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo a nivel de atención en la consulta externa	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Listado de personal del servicio en recursos humanos • Fie de personal (2 por disciplina) 			
5. El servicio de consulta externa cuenta con normas de organización y funcionamiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos 			

	<ul style="list-style-type: none"> Manual de cargos Rol de turnos de personal que garantice funcionamiento continuo Memorando de designación del responsable del servicio Instrumentos de registros de atención 			
6. La atención de pacientes de consulta externa está regulada por normas y protocolos	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> Normas y Protocolos de atención Actas del Comité de Auditoría 			

ODONTOLOGÍA

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un panel de información respecto a nombres de profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Panel de información respecto a los profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios. 			
2. Existe un sistema de señalización adecuado, visible y comprensible.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar sistema de señalización Entrevistar a 3 – 5 pacientes. 			
3. Existe una sala de recepción, espera y baños con mobiliario adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambientes por muestreo 			

AAP.4.1 Sistema de obtención 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"> Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2. Existe un ambiente adecuado de espera para la obtención de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el ambiente 			
3. Existe persona responsable para facilitar la atención ordenada de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar recursos humanos asignados a este servicio. 			

AAP.4.3 El servicio de odontología cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento. (OBLIGATORIO)

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"> Verificar ambientes por muestreo 			
2. El consultorio de odontología cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo al nivel y especialidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Existencia de inventario actualizado Adecuadamente existencias y funcionamiento (10 ítems) 			

3.	El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo al nivel de atención	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Listado de personal del servicio en recursos humanos Ficha de personal. 			
4.	El servicio de consulta odontológica cuenta con normas de organización y funcionalidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de organización y funciones Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos Manual de cargos Memorando de designación del responsable del servicio Instrumentos de registros 			
5.	La atención de pacientes de consulta odontológica está regulada por normas y protocolos	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> Normas y Protocolos de atención Actas de auditoría del expediente clínico 			

ENFERMERÍA

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento cuenta con una Jefe de Enfermería (seleccionada preferentemente por Concurso de Méritos).	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documentos en ficha de RRHH 			
2.	Existe un ambiente para la Jefatura de Enfermería con mobiliario adecuado	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambiente 			
3.	Existe un rol de turnos mensuales y anual y rol de vacaciones del personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Verificar rol de turnos y de vacaciones 			
4.	El establecimiento cuenta con protocolos de enfermería, manuales de procedimientos y manuales de funciones actualizados y están a disposición del personal de enfermería.	Verificar <ul style="list-style-type: none"> Existencia de protocolos de enfermería Manual de funciones Manual de procedimientos Verificar informe de supervisión 			
5.	Se supervisa la correcta aplicación de los protocolos, manuales de procedimientos y funciones	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en expedientes clínicos 			
6.	El personal de enfermería realiza correcto manejo del expediente clínico de acuerdo a normas (notas de enfermería, en forma clara, legible, colocada de sello y firma)	<ul style="list-style-type: none"> Verificar área de enfermería 			
7.	El establecimiento cuenta con un área específica de enfermería, que reúne los requisitos para dar una atención garantizada y libre de riesgo tanto para el paciente como para el personal.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar acceso a vestuario, baño, ducha para el personal de turno. 			

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

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

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"> • Manual de organización y funciones • Manual de Procesos, operaciones y procedimientos • Normas y Protocolos de atención 			
2.	Los profesionales médicos identifican a los pacientes de alto riesgo.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procesos, operaciones y procedimientos • Normas y Protocolos de atención 			

3. Las autoridades elaboran los procedimientos de estas seranias a través de un proceso participativo.	<ul style="list-style-type: none"> Instructivo para la elaboración de Manual de Procesos, operaciones y procedimientos Listado de participantes Manual de Procesos, operaciones y procedimientos 			
4. Se capacita al personal y se utilizan los procedimientos preestablecidos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Listado de participantes a cursos de capacitación Normas y protocolos de atención 			

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. Existe la Unidad de Terapia Intermedia o Intensiva, con ambientes adecuados de acuerdo a normas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambientes 			
2. Existe el equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> Verificar in situ 			
3. La atención de pacientes de terapia intermedia o intensiva está regulada por normas y procedimientos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de Procesos Protocolos de atención 			
4. Los pacientes reciben atención de acuerdo a las normas y los procedimientos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 externo diferenciado y facilidad de comunicación interna, con espacio y circulación óptima.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambientes 			
2. Existe el equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar de acuerdo a Anexo 			
3. La atención de pacientes de emergencias está regulada por normas y procedimientos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de Procesos de emergencias Protocolos de atención 			
4. Los pacientes reciben atención de acuerdo a las normas y los procedimientos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> Rol de turnos de personal de salud Funcionamiento de servicios auxiliares de diagnóstico Panel 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 regulada 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
1. La atención a pacientes en coma está regulada por normas y protocolos.	• Verificar Normas y Protocolos de atención			
2. La atención a pacientes con mantenimiento vital está regulada por 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 está 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 diálisis. (OPCIONAL) (OBLIGATORIO EN CASO DE CONTAR CON EL SERVICIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La atención de pacientes en diálisis está regulada por normas y protocolos de atención.	• Verificar Normas y protocolos de atención			
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 en 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 procedimientos.	• 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.	<ul style="list-style-type: none">Verificar en 5 expedientes clínicos la nota de valoración pre anestésica.			
2. Un anestesiólogo realiza la evaluación.	<ul style="list-style-type: none">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.	<ul style="list-style-type: none">Verificar protocolos.			
2. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.	<ul style="list-style-type: none">Verificar en 5 expedientes clínicos la nota de valoración pre anestésica.			

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 pueden tomar decisiones por él reciben información sobre los riesgos, posibles complicaciones y opciones de anestesia.	<ul style="list-style-type: none">Verificar consentimiento informado para anestesia.			
2. El anestesiólogo se encarga de proporcionar esta información.	<ul style="list-style-type: none">Entrevista a 3 pacientes preguntándoles a sus familias.			

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 técnica para administrarla se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia que constituye parte del expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none">Verificar en 5 expedientes clínicos el original de la hoja de registro o protocolo de anestesia.			

AAP.9.3 El estado fisiológico del paciente durante la administración de la anestesia se monitoriza continuamente y se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia del expediente clínico. (OBLIGATORIO)

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

AAP.10 El estado postanestésico de cada paciente se monitoriza 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"> Verificar en nota post anestésica o de recuperación del expediente clínico: 			
2. Se utilizan criterios establecidos para tomar decisiones sobre el alta.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Normas y Protocolos de atención. 			
3. El anestesiólogo aplica los criterios y da el alta al paciente del área de recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos firma y sello del médico responsable. 			
4. Se registran los tiempos de llegada y alta del área de recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos. 			

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 al paciente.	Verificar nota pre operatorio en expediente clínico que contenga: <ul style="list-style-type: none"> Fecha de la cirugía Diagnósticos Plan quirúrgico Tipo de intervención quirúrgica Riesgo quirúrgico Enfermedades y hábitos importantes Cuidados y plan terapéutico Pronóstico Monitoreo, sello y firma del cirujano 			
2. El cirujano obtiene el consentimiento informado de acuerdo a normas establecidas.	<ul style="list-style-type: none"> 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 al concluir la cirugía.	Verificar en 5 expedientes clínicos el Protocolo operatorio que contenga: <ul style="list-style-type: none"> Datos generales del paciente Fecha Hora de inicio y finalización de la cirugía Diagnóstico preoperatorio Diagnóstico postoperatorio Urgia planeada Cirugía realizada Descripción de la técnica quirúrgica 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos transoperatorios • Reporte de gases y compresas • Incidentes y accidentes • Cuantificación de sangrado si hubo • Estudios de serones auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorio • Nombre de ayudantes, instrumentales, auxiliares y circulantes • Estado postquirúrgico inmediato • Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato • Envío de piezas quirúrgicas para examen histopatológico • Nombre completo, sexo y firma del cirujano 			
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

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"> • Verificar registro en protocolo operatorio 			
2. Se controla el estado del paciente durante el período inmediatamente posterior a la cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registro de nota postoperatoria en los expedientes clínicos con firma y sello del cirujano 			
3. Se incluyen los hallazgos y procedimientos realizados en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Protocolo operatorio 			

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"> • Verificar ordenes médicas en los expedientes clínicos con sello y firma del cirujano 			

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 autoclave) destinadas al servicio de esterilización, con flujo de aire restringido.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambientes 			
2. El servicio tiene un responsable y personal capacitado	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Responsable del servicio • Servicio de 24 horas (rot de turnos) 			
3. Cuenta con normas y procedimientos establecidos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manuales de Organización y Logística, 			

		<ul style="list-style-type: none"> Manual de Procesos, operaciones y procedimientos Higrograma de pH ajustados visible 		
4	Cuenta con sistemas de esterilización	Verificar sistemas de esterilización in situ: <ul style="list-style-type: none"> Calor seco, Calor húmedo, Oxido de etileno con autoclave Desinfección de alto nivel cumpliendo de recomendaciones del fabricante 		
5	Se realiza control de calidad periódico del procedimiento de esterilización	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de control de calidad químico y biológico 		
6	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de mantenimiento preventivo de los equipos 		
7	El personal cumple con las normas de bioseguridad.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar actas del Comité de Bioseguridad 		
8	Los empaques deben tener fecha del día de esterilización y fecha de vencimiento no mayor a 7 días.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar fechas en 5 empaques 		
9	Cuenta con lista de desinfectantes y sus utilizados y especificaciones de uso	<ul style="list-style-type: none"> Verificar listado actualizado y especificaciones de uso del fabricante 		

GESTION DE MEDICAMENTOS – FARMACIA

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento de salud cuenta con un responsable de servicio de farmacia, preferentemente por concurso de méritos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Estructura organizacional (organograma), Manual de Organización y Funciones Designación del responsable de farmacia 			
2. La farmacia cuenta con personal auxiliar capacitado	<ul style="list-style-type: none"> Verificar capacitación específica en sus files personales 			
3. Existe un número adecuado de profesionales para atender la demanda del servicio de acuerdo a normas	<ul style="list-style-type: none"> Rot 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 medicamentos del paciente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Existencia de una lista de medicamentos concordada con la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales LNAME 			

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 pueda 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 de paciente y a los servicios que se prestan	+ Verificar Lista de medicamentos en función de Protocolos de atención, servicios ofertados y área clínica de enfermedades concordante con la LENAME			
2. Existe registro de medicamentos en stock y de los que pueda accederse rápidamente a través de fuentes externas.	Verificar: + Registro de medicamentos en stock y su existencia física por muestra + Listado de proveedores en el listado de medicamentos que no están en stock			
3. Se utilizó un proceso participativo para elaborar la lista de medicamentos esenciales	+ Verificar actas del Comité de Farmacia y Terapéutica			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un método para supervisar el uso de medicamentos en el establecimiento.	+ Verificar actas del Comité de Farmacia y Terapéutica + Protocolos de atención + Resultados de Auditorías de medicación			
2. Se protegen los medicamentos contra pérdida o robo.	+ Manual de procesos, operaciones y procedimientos + Manual de Organización y Funciones + Verificar mecanismos de seguridad de la farmacia			
3. El Comité de Calidad incluye a intervención rápida en caso de detectarse deficiencias	+ Verificar registro de acciones correctivas			

AAP.13.1.2 El establecimiento puede obtener medicamentos que no estén en stock o de los que no dispere 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	+ Verificar el manual de procesos			
2. El paciente conoce el procedimiento.	+ Entrevista al personal de farmacia			

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

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento dispone de medicamentos de urgencias en un punto de tiempo adecuado para atender las necesidades de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar stock de medicamentos en el servicio de urgencias Entrevista al personal de farmacia Verificar en el área 			
2. Los medicamentos de urgencias están protegidos contra pérdida y robo.				
3. Los medicamentos de urgencias se reponen y sustituyen en el momento adecuado después de su utilización, seguridad o deterioro.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar reposición de medicamentos en emergencias (Kardex) 			

AAP.13.2.1 La prescripción y dispensación de medicamentos está definida por normas y procedimientos. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existen normas y procedimientos que definen la prescripción y dispensación segura de medicamentos dentro del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, operaciones y procedimientos 			
2. Se define el procedimiento de registro de la prescripción y dispensación.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de Procesos operaciones y procedimientos Documento de prescripción (receta) y dispensación 			
3. Se limita el procedimiento del uso excepcional de prescripciones: venta de medicamentos y su posterior registro a casos de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de procesos operaciones y procedimientos 			
4. El personal pertinente recibe formación en las prácticas correctas de prescripción y dispensación de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Plan de capacitación continua Entrevista al personal (3) 			

AAP.13.2.2 El establecimiento identifica a los profesionales calificados y autorizados para la prescripción de medicamentos. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Solo los médicos y odontólogos autorizados por el establecimiento, pueden prescribir o recibir medicamentos según las normas y procedimientos vigentes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Firma y sello del médico en los recetas 			
2. La prescripción debe cumplir con la normativa vigente.	Verificar en 2 recetas elegidas aleatoriamente: <ul style="list-style-type: none"> Nombre del paciente Nombre genérico del medicamento 			

		<ul style="list-style-type: none"> • Forma farmacéutica • Concentración • Código del medicamento cuando corresponda • Cantidad • Fecha • Firma, sello con matrícula profesional del médico y especialidad cuando corresponda Indicaciones de uso: <ul style="list-style-type: none"> • Dosis • Frecuencia y Horario • Vía de administración • Duración del tratamiento Resultados de Auditorías de recetas:			
3	Existe un protocolo que establece las limitaciones de prescripción en caso de sustancias controladas, habituales, de investigación y otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Manual de Procesos, operaciones y procedimientos • Auditoría de recetas 			
4	El personal autorizado para prescribir y recetar medicamentos es conocido por el servicio de farmacia y personas que suministran medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en firmada lista de personal autorizado para prescripción de medicamentos • Entregar al personal de farmacia 			

APP.13.2.2. Existen normas y procedimientos para regular la automedicación del paciente, el control de las muestras de medicamentos, el uso de medicamentos llevados al establecimiento por el paciente o su familia y la entrega de medicamentos al alta. (OPCIONAL)

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"> • Verificar en el Reglamento de derechos y deberes del paciente • Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2	La prohibición del autoconsumo y uso de muestras de medicamentos está regulado por normas y procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos operaciones y procedimientos 			
3	Normas y procedimientos regulan el registro y utilización de cualquier medicamento que lleva el paciente consigo al establecimiento para uso propio.	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos operaciones y procedimientos 			
4	El suministro de medicamentos cuando el paciente recibe el alta está definido en las normas y los procedimientos establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			

APP.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)

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"> • Protocolo de Nutrición enteral y parenteral • Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			

AAP.13.2.4 El almacenamiento, la distribución, el manejo y el suministro de medicamentos radiactivos, de investigación y otros medicamentos están definidos por normas y procedimientos. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El almacenamiento, manejo, distribución y dispensación de medicamentos radiactivos están regulados por normas y procedimientos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos de medicamentos radiactivos. Registros de almacenamiento, manejo, distribución y suministro 			
2. El almacenamiento, manejo, distribución y suministro de medicamentos de investigación están regulados por normas y procedimientos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos de medicamentos de investigación Registros de almacenamiento, manejo, distribución y suministro 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los medicamentos se almacenan de acuerdo a normas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Observación in situ 			
2. Los medicamentos se dispensan en áreas limpias y seguras.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de procesos, operaciones y procedimientos Observación in situ 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Un profesional calificado supervisa los inventarios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Recursos Humanos el título de Regente farmacéutico Manual de organización y funciones Manual de cargos 			
2. Se supervisa la dispensación de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de supervisión 			
3. La dispensación de sustancias controladas es objeto de una supervisión, monitorización y registros exactos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documentación respaldatoria de supervisión, monitorización y registro de dispensación de sustancias controladas en base a la norma. Libro de registro del movimiento de medicamentos controlados 			

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"> Verificar dispensación de fármacos Resultados de Auditoría de recetas 			
2. Existe un proceso para, en caso de duda, contactar con la persona que receta un medicamento.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a 3 funcionarios de farmacia y 3 médicos 			

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 Nº 0476.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la presencia de las disposiciones contempladas en el POA (permuta o contingencia) 			
2. Se aplican normas y procedimientos que regulan el uso de medicamentos a punto de caducar.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar informe técnico de productos a disponer (caducados o vencidos) 			
3. Se aplican normas y procedimientos que regulan la destrucción de medicamentos venenos, descompuestos, alterados, o deteriorados.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe técnico de productos vencidos, descompuestos, alterados o deteriorados Informe de destrucción de baja aprobada Aprobación de la resolución Acta de destrucción y verificación 			
4. Se implementan las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar lista de productos a disponerse en formato establecido según reglamento. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un sistema uniforme de suministro y distribución de medicamentos en el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos de suministro y distribución de fármacos 			
2. El sistema permite el suministro preciso, puntual y oportuno a la farmacia y unidades o servicios autorizados para controlar un stock de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos de suministro y distribución de fármacos Cumplimiento de tiempos y unidades entre el pedido y dotación de medicamentos a farmacia y unidades autorizadas Stock de medicamentos en servicios autorizados 			
3. Los medicamentos se suministran y distribuyen de tal forma que minimicen la manipulación.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manual de Procesos de suministro y distribución de fármacos 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se identifica a los pacientes antes de administrar el medicamento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar procesos de administración de medicamentos en sitio (enfemenia) 			

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

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

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento determina un mecanismo para la identificación, registro y notificación de reacciones adversas	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Manual de procesos, procedimientos y ordenamientos 			
2. Se registra y comunica los efectos adversos de los medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en expediente clínico Verificar la tarjeta de notificación de reacciones adversas. 			

AAP.13.5.2 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 determina un Reglamento y procedimiento para definir, detallar e informar errores de medicación	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Reglamento y Manual de procesos, operaciones y procedimientos correspondiente Existe el sistema de registro de errores de medicación 			
2. Los errores de medicación se informan oportunamente mediante un procedimiento establecido.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos Verificar registro de los errores 			
3. El establecimiento utiliza los informes de errores de medicación para mejorar los procesos de medicación	<ul style="list-style-type: none"> 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 			

- Verificación de acciones preventivas y correctivas

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 propio o a través de un servicio con servicios habilitados	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar resolución Ministerial de instalación, habilitación y funcionamiento • Convenio vigente con servicio habilitados 			
2. El servicio de transfusión cuenta con los ambientes adecuados conforme a la norma vigente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar ambientes, áreas y equipamiento de acuerdo a Anexo 			
3. Cumple con medidas de bioseguridad, higiene y salud ocupacional	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Higiene de los ambientes • Reacción de esterilización de todo el personal para hepatitis B y tétanos • Control de antígenos de salud • Uso de guantes, gorros o batas • Verificar manejo adecuado del flujo de personal en ambientes bioseguros 			
4. Cuenta con un jefe responsable de atención a paciente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En file que el personal cumple el perfil • Memorando en el file de personal en recursos humanos 			
5. Cuenta con personal operativo profesional habilitado	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En file que el personal cumple el perfil • Memorando en el file de personal en recursos humanos 			
6. Cuenta con técnicos de laboratorio para la atención en forma simultánea	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el día número que garantiza 24 horas de servicio 			
7. Se realizan pruebas pre transfusión tales como grupo sanguíneo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros 			
8. Cuenta con sueros hemáticos específicos A, B, O, RhD y Rhesus control, pruebas de Coombs	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad • Fecha de vencimiento • Almacenamiento 			
9. Cuenta con instalaciones de control de calidad de los reactivos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros 			
10. Se emiten los resultados previa a la transfusión de sangre segura	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en expediente número de pacientes receptores 			
11. Se toma el consentimiento informado previo a la transfusión	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en expediente número de pacientes receptores 			
12. Cuenta con la documentación y registros exigidos por la norma vigente	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Libro de registro de pacientes • Libro de registro de solicitudes • Libro de registro de pruebas pretransfusionales • Formulario para reporte de resultados • Libro de registro de componentes 			

13.	Cuenta con un Manual de normas y procedimientos operativos	<ul style="list-style-type: none"> informado de autorización de transfusión Formularios para registro de transfusión Formulario para registro de reacciones transfusionales 		
14.	Cuenta con convenio firmado con el Banco de Galapagos, del cual se provee de unidades de sangre y hemocomponentes aprobado por el Centro de Referencia Nacional/Programa Nacional de Sangre	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia de Manual de Organización y funciones y Manual de Procesos, procedimientos, operaciones Verificar convenios 		
15.	El manejo, uso, conservación de sangre y hemocomponentes está regida por normas y procedimientos, en concordancia con normas en vigencia.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de documentos normativos vigentes Manual de procesos, operaciones y procedimientos para servicios de transfusión Manual de uso de componentes y derivados de la sangre Manual de normas de higiene y bioseguridad para servicios de transfusión Protocolos de atención 		
16.	Las solicitudes de transfusión son realizadas por el médico responsable del tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registro de las solicitudes de transfusión sanguínea 		
17.	La administración, seguimiento y cierre de la transfusión se realiza por personal profesional o técnico en Hemoterapia bajo la supervisión del médico hematólogo o responsable de la unidad transfusional	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en expediente clínico del paciente receptor firma y sello de los responsables de la transfusión 		
18.	Se registra en el expediente clínico del paciente la procedencia y número de bolsa	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en expediente clínico del paciente receptor 		
19.	Se registra las reacciones transfusionales y sus actuaciones por el médico responsable	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en expediente clínico del paciente receptor 		
20.	El Establecimiento informa mensualmente sobre sus actividades al Banco de Sangre de referencia Regional o departamental	<ul style="list-style-type: none"> verificar copia informe con registro de recepción 		

ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con personal profesional en nutrición o dietética y personal de apoyo	<p>Verificar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> firmas responsables del servicio y personal 			

		de apoyo: formación y cumplimientos de normas sanitarias (cámaras sanitarias, vacunas y exámenes clínico-laboratoriales periódicos y actualizados)			
2.	En caso de compra de servicios el personal cumple con la norma establecido	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de responsable del servicio y personal de apoyo tomar zaco, exámenes y cumplimientos de normas sanitarias (cámaras sanitarias, vacunas y exámenes clínico-laboratoriales periódicos y actualizados) 			
3.	El servicio se encuentra organizado y normado	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Reglamento de higiene y bioseguridad 			
4.	Se dispone de dietas establecidas adecuadas en estado del paciente (nutricional y enfermedad).	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de dietas en el servicio de nutrición o en el expediente del servicio 			
5.	Todas las dietas cuentan con una prescripción dietética	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar órdenes médicas en 5 expedientes clínicos 			
6.	La prescripción se basa en las necesidades y el estado nutricional del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en expediente clínico prescripción de médico y validación por el nutricionista 			
7.	Los pacientes cuentan con una variedad amplia de alimentos que se ajusta a las necesidades de su atención y a su cultura.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en unidad de nutrición y dietética 			
8.	Si las familias lo solicitan cuentan con información acerca de las y dietas en la dieta del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente y su familia (1) 			

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
9. Los alimentos se preparan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro de estos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de preparación de alimentos • Cumplimiento de normas de bioseguridad y manejo de residuos 			
10. Los alimentos se almacenan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro de estos.	<ul style="list-style-type: none"> • verificar proceso de almacenamiento de alimentos 			
11. La distribución de alimentos se realiza oportuna y puntual mente atendiendo a las necesidades específicas del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar proceso de distribución de alimentos y bebidas 			
12. Las prácticas de manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos cumplen las normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			

AAP.16 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"> • Verificar en expediente clínico 			

2. Se trabaja en equipo para planificar, evaluar y controlar la terapia de nutrición.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en expediente clínico participación multidisciplinaria 			
3. Se monitorea y registra la respuesta de paciente a la terapia nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar seguimiento en expediente clínico 			

AAP.17 Fomento a la lactancia materna (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento aplica la de Fomento a la Lactancia Materna	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> La existencia de la ley con espondiente en el servicio materno-infantil del establecimiento Entrevista al personal involucrado Existencia de material educacional sobre lactancia materna 			
2. El establecimiento cuenta con normas de la Iniciativa de Hospitales Amigos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que las normas están visuales, disponibles y escritas en el idioma más utilizado por el personal y pacientes. 			
3. El establecimiento cuenta con un Comité de Lactancia Materna	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Modalidades de designación de los miembros Plan de acción del Comité, de la gestión Acta de reuniones del Comité de Lactancia Materna 			
4. El establecimiento ha implementado los 11 pasos para una lactancia exitosa	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Informes del Comité Seguimiento a recomendaciones 			
5. El comité de calidad incluye la documentación de los resultados y acciones correctivas	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documentación respaldatoria 			

AAP. 18. RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA

El Establecimiento cuenta con un servicio para el tratamiento por radioterapia y quimioterapia, o compra servicios a terceros (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con instalaciones de acuerdo a normas establecidas para el tratamiento de radioterapia y quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> Verificar infraestructura y equipamiento de acuerdo a anexo 			
2. El establecimiento cuenta con licencia de funcionamiento y cumple con las disposiciones legales vigentes	<ul style="list-style-type: none"> Verificar licencia de funcionamiento Verificar cumplimiento de disposiciones legales 			
3. Existe personal de salud calificado para realizar los tratamientos específicos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Requisitos humanos asociados a este servicio. Perfil en File personal 			

4	Existe personal de salud capacitado en el manejo de fuentes radiactivas y seguridad radiológica	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ejecución de programas de capacitación a los recursos humanos del servicio 			
5	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"> Verificar convenios Verificar controles de calidad a servicios externos 			
6	El servicio cuenta con un plan anual de control de calidad interna y externa	<ul style="list-style-type: none"> Verificar plan de control de calidad Verificar los controles internos y externos realizados 			

AAP. 19 MEDICINA NUCLEAR (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	El establecimiento cuenta con instalaciones y equipamiento de acuerdo a normas establecidas para el funcionamiento de servicio	<ul style="list-style-type: none"> Verificar infraestructura y equipamiento de acuerdo anexo 			
2	El establecimiento cuenta con licencia de funcionamiento y cumplimiento de disposiciones legales vigentes	<ul style="list-style-type: none"> Verificar licencia de funcionamiento Verificar cumplimiento de disposiciones legales 			
3	Existe personal médico capacitado para realizar los estudios e tratamientos específicos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar fines de recursos humanos asignados a este servicio 			
4	Existe personal de salud capacitado en el manejo de fuentes radiactivas y normas de bioseguridad	<ul style="list-style-type: none"> Verificar fines de recursos humanos asignados a este servicio Verificar cumplimiento de normas de bioseguridad 			
5	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"> Verificar convenios Verificar controles de calidad a servicios externos 			
6	Cuenta con manuales de procedimientos y protocolos de atención estandarizados	<ul style="list-style-type: none"> Verificar manuales de procedimientos y protocolos estandarizados 			

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"> Verificar infraestructura y equipamiento de acuerdo anexo 			
2	Existe personal médico capacitado para realizar los estudios especializados	<ul style="list-style-type: none"> Verificar fines de recursos humanos asignados a este servicio 			
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"> Verificar convenios Verificar controles de calidad a servicios externos 			
4	Cuenta con manuales de procedimientos estandarizados	<ul style="list-style-type: none"> Verificar manuales de procedimientos estandarizados 			

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se facilita información a los pacientes y sus familias sobre el acceso y los servicios que se ofrecen en el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Papel de atención gráfico. Información verbal presentada en el idioma del paciente. 			
2. Cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios momentos de acceso a su capacidad resolutiva, se informa sobre las fuentes y servicios alternativos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Lista de establecimientos de referencia (Escuelas, Clinicas, Teléfono) 			

DPF-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 el potencial para adoptar e incorporar los valores y creencias del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar modo de prácticas culturales y creencias de la comunidad. 			

2.	El establecimiento de adherencia y respeto a las prácticas, valores y creencias clínicas (OPCIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> Verificar listado de adherencia y respeto de prácticas, valores y creencias (infraestructura y equipamiento) (OPCIONAL) 			
3.	El personal de salud respeta los valores y creencias de paciente que contribuyen a estilo de vida saludables.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Programas y plan de capacitación para desarrollar el respeto de valores y creencias Listado de participantes 			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Exposición directa sobre el derecho de privacidad en la atención de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Reglamento de Ordenes de los pacientes y familiares Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2.	La necesidad de privacidad en la atención al paciente es adecuada en la prestación de servicios	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> La disponibilidad física de los consultorios, salas de hospitalización y exámenes complementarios Estrategia a 3 niveles para verificar espacio de su ambiente en la atención Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			

DPF.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
1.	El establecimiento determina su nivel de responsabilidad con respecto a las pertenencias de los pacientes	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> El manual de procesos, operaciones y procedimientos Indicación en cartilla de derechos y deberes de los pacientes Entrevista a 3 pacientes 			
2.	Los pacientes reciben información acerca de la responsabilidad del establecimiento en la protección de sus pertenencias				
3.	Se salvaguardan las pertenencias de los pacientes cuando el establecimiento asume la responsabilidad de ellas cuando el paciente es incapaz de asumir	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el lugar, conservación de inventario y custodia Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			

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 posee un procedimiento para proteger a los pacientes contra las agresiones físicas y psicológicas	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Seguridad Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			

2.	Los niños, ancianos y personas incapacitadas de protegerse están incluidos en este proceso.	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Seguridad Si existen procesos para grupos vulnerables en Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
3.	Se investiga a las personas que no llevan identificación	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Seguridad Existe un procedimiento de identificación y registro de personas al ingreso a los centros de salud. 			
4.	Se controlan zonas remotas o aisladas de las instalaciones	Verificar en: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Seguridad Manual de procesos, operaciones y procedimientos. 			

OPF 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 a sus grupos de pacientes vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> 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 considerados vulnerables por ésta.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Seguridad Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes. In situ Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
3.	Los miembros del personal conocen su responsabilidad en estos procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal (3 funcionarios) para verificar conocimiento de reglamentos de Seguridad y de Derechos y deberes de los pacientes 			

OPF.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: <ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Manejo y uso de expediente clínico Reglamento de derechos de los pacientes y su familia Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2.	El establecimiento resalta la información sobre la salud del paciente y la considera confidencial	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal (3 funcionarios) respecto a los Reglamentos de Manejo y uso de expediente clínico Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se elaboran normas y procedimientos que apoyan y promueven la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Reglamento de derechos y deberes del paciente 			
2. Se induce al personal acerca de las normas y procedimientos, y su papel de apoyo a la participación en los procesos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar si existe plan de capacitación Verificar si el personal ha sido capacitado en los dos últimos años (control de asistencia, fecha). Entrevista a 3 funcionarios 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los pacientes, su familia o la persona responsable sabe su estado y cuándo se les informará acerca del estado clínico y de tratamiento propuesto.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de Procesos, normativas y procedimientos Reglamento de derechos y deberes de paciente Entrevista a 3 pacientes 			
2. Los pacientes, su familia o la persona responsable sabe el proceso utilizado para obtener consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Reglamento de derechos y deberes del paciente (aplicación consentimiento informado). Entrevista a 3 pacientes 			
3. Los pacientes, su familia o la persona responsable participan en las decisiones de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a 3 familiares 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento informa a los pacientes su familia o la persona responsable de sus derechos a rechazar o interrumpir un tratamiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente Entrevista a 3 pacientes Constancia en Expediente clínico (nombre, firma, C.I. del paciente, familiar o persona responsable) 			
2. El establecimiento informa a los pacientes, su familia o la persona responsable de las consecuencias de sus decisiones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente Entrevista a 3 pacientes 			

<p>3. El establecimiento informa a los pacientes su familia o la persona responsable de las responsabilidades relativas a estas decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constancia en expediente clínico (nombre, firma, C.I. del paciente, familiar o persona responsable) (S) • Verificar. • Incorporación en Reg. Amort. de derechos y cobros del paciente • Entrevista a 3 pacientes • Constancia en expediente clínico (S). 			
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

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 ampara el derecho del paciente a una evaluación y un tratamiento adecuado del dolor.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de protocolo de manejo de dolor • En el expediente clínico aplicación de protocolo 			
2. El establecimiento informa a los pacientes con dolor durante el proceso de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el expediente clínico (S) 			
3. El establecimiento sensibiliza a los profesionales de salud en la evaluación y el tratamiento del dolor	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Plan de capacitación y constancia de participación • Entrevista a 3 profesionales de salud 			

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 sus pacientes terminales.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de atención del paciente terminal • En 5 expedientes clínicos aplicación de protocolo 			
2. El personal es consciente de las necesidades especiales de los pacientes al final de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en atención de paciente terminal 			
3. El personal presta una atención respetuosa y compasiva a los enfermos terminales.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a 3 pacientes o familiares 			
4. El personal de salud presta apoyo emocional a los familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de consejería 			

DPF.3 El establecimiento informa a los pacientes y a familiares acerca de la decisión de donación de órganos y otros tejidos. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existen normas y procedimientos que regulan el proceso de donación de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar las normas y procedimientos para la donación compatibles con las leyes vigentes 			
2. Se educa al personal en las normas y los procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al personal (3 funcionarios) 			
3. El establecimiento brinda información para apoyar esta decisión.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de consejería 			
4. El establecimiento apoya las decisiones del paciente y de su familia de donar órganos y otros tejidos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que existan normas para donación de órganos y tejidos 			

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

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"> Existencia de normas y protocolos de investigación Constancia de información en expediente de investigación 			
2. Los pacientes invitados a participar son informados sobre sus beneficios esperados.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos Constancia de información en expediente de investigación 			
3. Los pacientes invitados a participar son informados sobre los posibles riesgos e inconvenientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos Constancia de información en expediente de investigación 			
4. Los pacientes invitados a participar son informados sobre posibles alternativas que podrían ser también de ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos Constancia de información en expediente de investigación 			
5. Los pacientes invitados a participar son informados sobre los procedimientos a seguir.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos Constancia de información en expediente de investigación 			
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"> Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos Constancia de información en expediente clínico de investigación 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los pacientes conocen su derecho a realizar reclamos y del procedimiento a seguir.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Registro de reclamos Carta de derechos y deberes del paciente Reglamento de derechos y deberes de paciente Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
2. Los reclamos se resar según la mecánica establecida por las normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia de un Comité de gestión de calidad y auditoría médica Acta de conformación, manual de funcionamiento y Reglamento del Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Actos de reuniones del Comité con constancia de actividades referidas a análisis y resolución de quejas y reclamos. 		
3) Las dilemas que se originan durante el proceso de atención se resuelven de acuerdo a Requerimiento del Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar y registrar y se implementan acciones correctivas. 		
4) El personal debe estar capacitado para orientar al paciente desde presentar y analizar su queja o reclamo por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar capacitación del personal. 		

DPF. 6 El consentimiento informado del paciente, se obtiene mediante un procedimiento definido por el establecimiento y conducido por personal capacitada. (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"> • Verificar la existencia de normas y procedimientos para el proceso de consentimiento informado. • Verificar existencia del formulario de consentimiento informado en el expediente clínico. 			
2) Los médicos están capacitados para interpretar las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de capacitación y constancia de participación. 			
3) Los pacientes firman el consentimiento informado en concordancia con las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en 5 expedientes clínicos. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1) Se informa a los pacientes de su estado clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			
2) Se informa a los pacientes sobre la propuesta de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			
3) Se informa a los pacientes sobre beneficios potenciales e inconvenientes del tratamiento propuesto.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			
4) Se informa a los pacientes de posibles alternativas al tratamiento propuesto.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			
5) Se informa a los pacientes de las probabilidades de éxito del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			
6) Se informa a los pacientes de posibles riesgos y problemas relacionados con el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			
7) Se informa a los pacientes de las consecuencias de no tratarse.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			
8) Los pacientes conocen la identidad del médico o profesionales responsable de su atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			
9) Cuando se clarifican los tratamientos o procedimientos, los pacientes conocen a las personas autorizadas para intervenir.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en formulario de consentimiento informado. 			

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

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	La información se facilita al paciente de manera sencilla y clara.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 formularios de consentimiento informado. 			

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

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	El establecimiento tiene un proceso que prevé la concesión de consentimiento informado por parte de una persona distinta al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos. 			
2	El proceso respeta la normativa vigente, la cultura y las tradiciones.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos. 			
3	La identidad de las personas distintas al paciente que dan consentimiento informado se documenta en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en formulario del 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 o invasivos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico. 			
2	Se obtiene el consentimiento informado antes de la anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico. 			
3	Se obtiene el consentimiento informado antes de análisis de sangre y derivados sanguíneos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico. 			
4	Se obtiene el consentimiento informado antes de prácticas o procedimientos de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico. 			

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

	Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1	El establecimiento confecciona una lista de los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento específico en base a protocolos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la lista de procedimientos que requieren consentimiento específico. 			
2	La lista se elabora en colaboración con todos los que facilitan tratamientos y realizan los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el acta de elaboración de la lista. 			

DPF. 6.5 Antes de que el paciente tome parte en estudios clínicos, trabajos de investigación y ensayos clínicos se obtiene un consentimiento informado. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)

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	<ul style="list-style-type: none"> 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 suministrada en el parámetro de evaluación DPF 4.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar formulario de consentimiento informado específico en el expediente de investigación 			
3. La identidad de la persona que facilita la información se anota en el consentimiento informado de expediente clínico del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar formulario de consentimiento informado específico en el expediente de investigación 			

DPF 6.5: El establecimiento de salud cuenta con un comité de bioética que supervisa las investigaciones, que implican a seres humanos. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con un comité de bioética que supervisa las investigaciones	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Acta de conformación, memorandums, cronograma y Resolución de Comité de bioética Actas de reuniones del Comité con constancia de actividades referidas a investigaciones 			
2. El Comité elabora una declaración de propósitos para las actividades de supervisión	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el Reglamento del comité 			
3. Las actividades de supervisión incluyen un proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar cumplimiento de protocolo de investigación y en el expediente de investigación 			
4. Las actividades de supervisión incluyen un proceso que evalúa riesgos y beneficios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar cumplimiento de protocolo de investigación y en el expediente de investigación 			
5. Las actividades de supervisión incluyen procesos que aseguran la confidencialidad y la seguridad de la información de investigación.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar cumplimiento de protocolo de investigación 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las autoridades hacen pública la declaración de la misión de establecimiento que contemple el marco ético-legal	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a misión de la institución en lugar visible 			
2. Las autoridades del establecimiento aplican normas éticas y legales vigentes que protegen a los pacientes y sus derechos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia de Código de ética y Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes 			
3. El establecimiento presta de manera clara sus servicios a los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> Verificar funcionamiento de servicios en función a la oferta 			

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento planifica la educación según su misión, sus servicios y los pacientes que atiende.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la misión (Institucional) Verificar el plan de educación anual y la población protegida 			
2. Existe una estructura o mecanismo adecuado para la educación en todo el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Organigrama que contemple la unidad de enseñanza e investigación Programa local de educación en salud (curriculum, arsenal, material educativo, etc.) 			
3. Los recursos educativos se organizan de manera eficiente y eficiente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> POA Instrumentos de educar 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se evalúan las necesidades educativas del paciente y de su familia	Verificar en el Expediente Clínico: <ul style="list-style-type: none"> Los valores culturales y creencias del paciente y su familia Su grado de alfabetización, nivel educativo y dominio de la lengua. Sus limitaciones físicas Su predisposición a recibir información Verificar instrumentos 			
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 convengan al nivel de atención del paciente: el uso seguro de medicamentos, las posibles interacciones entre medicamentos y alimentos, una guía nutricional, uso de equipo médico de acuerdo a la patología (termómetros, glucómetros, tensiómetros y otros) y técnicas de rehabilitación. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se educa al paciente y a su familia en el uso seguro y eficaz de medicamentos y sus posibles reacciones adversas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Entrevista al paciente o su familia (3) Material educativo Indicaciones en receta Raficaciones de medicaciones por personal de salud Entrevista al paciente o la familia (3) 			
2. Cuando necesario, se educa al paciente y a su familia en la utilización segura y eficaz del equipo médico.				
3. Se educa al paciente y a su familia para prevenir interacciones entre medicamentos y alimentos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Entrevista al paciente o la familia (3) Verificar registro de indicaciones en receta 			

4.	En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en una dieta y nutrición adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al paciente o a familia Verificar en expediente clínico 			
5.	Se educa al paciente y a su familia en técnicas de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al paciente o a familia (3) 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
6. Los métodos educativos se seleccionan en función de los valores culturales y preferencias del paciente y de su familia.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar los métodos empleados (videos, rota folios, afiches, etc.) 			
7. La interacción entre el personal, el paciente y la familia confirma que la información se ha entendido.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a 2 pacientes o familiares sobre la información recibida 			
8. E. Se educa al paciente y a su familia en un lenguaje que sea entendible	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al paciente y su familia (3) Material educativo de acuerdo a su cultura, idioma y nivel de educación 			

EPF.3.1 El personal de salud que atiende al paciente o alfo de su familia, posee los conocimientos y habilidades necesarios para ofrecer educación. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La educación del paciente y de la familia es interactiva cuando sea necesario.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a 3 pacientes o familiares. 			
2. Los que realizan la educación poseen los conocimientos y sus habilidades de comunicación necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> Observación directa de conocimiento del tema, uso de material, idioma 			

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. Las responsabilidades de los órganos de gestión están descritas en documentos	<ul style="list-style-type: none"> Verificar regamentos y normas 			
2. Existe un organograma	<ul style="list-style-type: none"> 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 determinada a misor	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la misión del establecimiento 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe el plan estratégico y de gestión, reglamentos y manuales operativos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia de estos documentos aprobados por autoridad competente 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con un presupuesto asignado.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la aprobación del presupuesto del establecimiento. Verificar en el PCA. 			
2. El establecimiento solicita los recursos necesarios para cumplir con la misión.				

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las autoridades apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programa de gestión en el PCA. 			

LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las autoridades tienen la formación y la experiencia para desarrollar sus responsabilidades.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el file de recursos humanos de acuerdo al organograma. 			
2. Las autoridades elaboran el plan estratégico, plan operacional anual y presupuesto del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar vigencia y aprobación de: <ul style="list-style-type: none"> Plan estratégico. Programa operacional anual. Presupuesto. 			
3. Las autoridades elaboran y preparan normas de organización y procedimientos internos a las mismas correspondientes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manuales de organización y funciones. Manuales de procesos, operaciones y procedimientos. Manuales de cargos. 			
4. Las autoridades implementan y hacen seguimiento de plan estratégico, PMA, presupuesto y las normas nacionales e internas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Instrucciones de implementación. Informes periódicos de acuerdo a normas vigentes. 			
5. Las autoridades responden a la solicitud de informes de los órganos de fiscalización o control.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar copias de respuesta a informes solicitados. 			

GLD.3 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 comité de asistencia técnica de acuerdo al grado de complejidad y normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Manuales de Organización y Funciones. 			

2.	Los miembros de los comités están designados de acuerdo a normas.	Verificar: • Memorandos de designación			
3.	Los Comités de asesoramiento son responsables efectivamente de implementar las normas y los procedimientos necesarios para llevar a cabo la gestión institucional.	Verificar: • Actas de reuniones • Reglamento interno de cada comité			
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: • Informes de recomendaciones de los comités a la dirección • Instructivos de la dirección • Seguimiento en el libro de actas			

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: • Plan estratégico institucional • Manual de organización y funciones • Verificar si el Programa Operativo Anual está acorde con el Plan Estratégico Institucional • Indicadores de rendimiento por servicio			
2.	La atención y los servicios brindados son congruentes con el nivel de complejidad, capacidad resolutiva y normativa vigente.				

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Las autoridades del establecimiento reciben formación en los conceptos y los métodos de gestión y mejora de la calidad.	Verificar en file de las autoridades: • Certificados de formación relacionados con la gestión de la calidad			
2.	Las autoridades participan en los procesos de gestión de la calidad.	• Verificar en el Programa de Gestión de la Calidad			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La institución fomenta la comunicación entre las autoridades, el personal y los servicios.	Verificar: • Estrategias de Comunicación Institucional • Medios de comunicación			
2.	Las autoridades fomentan la coordinación entre los servicios.	• Verificar actas de reuniones de coordinación de Comité Técnico Administrativo • Seguimiento a las recomendaciones			

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. A) Clasificar el requerimiento de personal, se tomó en cuenta la complejidad, nivel de atención, misión de establecimiento, a perfil epidemiológica y a tecnología.	Verificar: • Plan estratégico institucional • POA de gestión (Formulación de recursos humanos)			
2. La planificación incorpora las leyes y a normativa vigente	Verificar: • Plan Estratégico Institucional			
3. Se determina el tipo de profesionales requeridos, los conocimientos, habilidades y destrezas, y otros requisitos	Verificar: • Manual de cargos			
4. En la descripción del puesto de trabajo, se determinan las responsabilidades de cada miembro del personal	Verificar: • Manual de cargos			

FCP.2 Los directivos del establecimiento implementa 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: • Reglamento Específico de administración de personal • Reglamento interno de personal • POA institucional de gestión			

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 de 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 del 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, específica 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 de personal del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en la Dirección del establecimiento. 			
2	Las autoridades de gestión de establecimiento y las autoridades de salud desarrollan un plan conjuntamente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el plan la participación de los que lo desarrollaron. 			
3	El número, el tipo y la calificación del personal requerido se detallan en el plan a través del uso de matrices y estándares establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar manual de inducción. 			
2	Los trabajadores de empresas subcontratadas, profesionales (residentes) y alumnos de pregrado reciben orientación sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo y sus funciones específicas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar manual de inducción. 			
3	Los grupos de voluntarios reciben orientación sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo y sus atribuciones específicas.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a miembros de estos grupos si es que existen en el establecimiento. 			

FCP.6 El personal recibe capacitación continua en el propio establecimiento o fuera de él, para mantener o mejorar sus habilidades y conocimientos. (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"> Verificar programas de educación continua. 			
2	Se realizan sesiones técnicas en todos los servicios y entre ellas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar actas de sesiones técnicas. 			
3	Se dispone en apoyo de la formación del personal las instalaciones, los docentes y los materiales necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar recursos en programa de educación continua. 			
4	La formación se ajusta a las capacidades del personal para atender a las necesidades del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar los programas y sus contenidos. Verificar lista de asistencia. 			

FCP.6.1 El personal que presta atención al paciente y otro personal especializado 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 detalla al personal que recibe capacitación en mantenimiento vital cardíaco.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la norma de personal a capacitar. 			
2	Se cumple el nivel adecuado de capacitación.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar los contenidos de programas. 			
3	Se ofrece capacitación anual.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el cumplimiento del programa. Verificar lista de participantes. 			

4.	Existen pruebas que evalúan si el personal ha superado con éxito los objetivos de la capacitación.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar resultados de evaluaciones 			
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

FCP.6.2 Los 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 identificar las necesidades de capacitación del personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar instrumentos de recojo de información y datos. 			
2. Los programas de capacitación se planifican en función de estos datos e información.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programás en función de las necesidades. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con la Unidad de enseñanza e investigación, de acuerdo a su complejidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En el organigrama • Programa de investigación • Programa anual de actividades de la gestión • Actas de reunión 			
2. El establecimiento facilita los recursos y las instalaciones para la capacitación del personal.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • PDA de la unidad de enseñanza e investigación • Ambientes (audiovisivo y biblioteca) de acuerdo a complejidad • Recursos tecnológicos 			
3. El establecimiento facilita los horarios adecuados para que todo el personal pueda tomar parte en las actividades de capacitación.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Cronograma de actividades que permitan 			

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: <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de comunicación • Entrevista al personal 			
2. El establecimiento apoya la participación del personal en estas iniciativas de acuerdo con su misión y recursos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Lista de personal capacitado por este medio 			

PERSONAL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO

PCP.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 que 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 requerida 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 provisión nacional por Universidad correspondiente • Fotocopia del Certificado o diploma de postgrado, especialización legalizada por el Colegio de profesionales • Fotocopia de Matrícula profesional del Ministerio de Salud • Fotocopia de inscripción en los Colegios de Profesionales o asociación específica • Cronograma 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)			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los derechos del personal médico establecidos en la Ley del ejercicio profesional del médico y su Decreto reglamentario están expuestos en forma visible al alcance de los pacientes y público en general.	• Verificar publicación de derechos del médico en lugar visible			
2. El establecimiento respeta los Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia.	• verificar existencia de Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico vigentes • Entrevista a los médicos			
3. Los derechos del personal están registrados en el Manual de cargos y se cumplen	• Verificar en Manual de Cargos			

GESTIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)**PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD****GMC.1 Las autoridades del establecimiento participan en la planificación y monitorización del programa de gestión de la calidad. (OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1. Las autoridades del establecimiento participan en la planificación y la monitorización del programa de gestión y mejora de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Programa de gestión de la calidad aprobado por las autoridades del establecimiento, incorporado en el POA. • Informes de seguimiento del Programa. 			

GMC.1.1 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.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Memorandos de designación de los miembros del Comité de Gestión de la Calidad. • Actas de reuniones de Comité. • Informes de seguimiento de las recomendaciones. 			

GMC.1.1.1 Existe un programa de gestión de la calidad en el ámbito de todo el establecimiento. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1. El programa de gestión y mejora de la calidad involucra a todo el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar las actas de reuniones del Comité la participación de todos los servicios del establecimiento. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1. El programa de gestión de la calidad contempla todos los componentes.	Verificar en el programa: <ul style="list-style-type: none"> • Organización del programa. • Responsables. • Políticas y objetivos. • Monitorización. • Supervisión de la calidad. • Estrategia de mejora continua. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los líderes identifican procesos críticos de atención y de gestión.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el Programa de gestión de la calidad el listado de procesos críticos. 			
2. Se priorizan los procesos que serán sujetos de monitorización.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el Programa de gestión de la calidad las prioridades de monitorización. 			
3. Los líderes priorizan las actividades de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el Programa de gestión de la calidad las actividades de mejora programadas. 			

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.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar informes de seguimiento del Programa de Gestión de la Calidad. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se coordina el programa de gestión y de mejora de la calidad en el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Actas de reuniones del comité de gestión de la calidad. Informes de seguimiento a las recomendaciones. 			
2. Se informa regularmente al personal sobre el avance y logros del programa.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documentos de información y difusión del programa al personal del establecimiento. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe un programa de capacitación para el personal que participa en el programa de gestión y de mejora de la calidad.	verificar: <ul style="list-style-type: none"> Programa de capacitación del personal. Lista de asistencia. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Tanto el personal de salud como el de gestión que presta a las autoridades que se van a monitorizar, participan y mejoran su participación en las actividades de gestión y mejora de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal de servicio comprometido en el programa para verificar su participación. 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en actas de Comité la participación de todo el personal en el seguimiento de actividades de mejora. 			
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los principios y herramientas de mejora de la calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar contenido de los principios y herramientas de mejora de la calidad contemplados en el Programa de Gestión de Calidad con el diseño de los procesos. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se seleccionan indicadores para evaluar el proceso modificado o de reciente creación buscando el cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar selección de indicadores para evaluar el correcto funcionamiento de procesos. 			

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

La monitorización del área de salud incluye:

GMC.3.1 La evaluación del paciente. (OBLIGATORIO)

GMC.3.2 Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio. (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 estratamiento.

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La monitorización de áreas de salud incluye los procesos identificados en el estándar.	Verificar los indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del paciente • Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio • Procedimientos quirúrgicos. • Uso de antibióticos, otros medicamentos, y otros de medicina. • Utilización de anestesia • Utilización de sangre y derivados sanguíneos. • Esperabilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos. • Control, vigilancia y notificación de las infecciones • Investigación médica (OPCIONAL) 			

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 referida 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 identificados en el estándar.	Verificar indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de suministros rutinarios y de medicamentos • Gestión del riesgo referida a episodios no esperados • Satisfacción del paciente y de su familia. • Satisfacción del personal. • Epidemiológicos. • Gestión financiera. • La vigilancia, el control y la prevención de 			

	<ul style="list-style-type: none"> • incidentes que pongan en peligro la seguridad física de los pacientes, sus familias y el personal • Auditoría médica. 			
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

ANÁLISIS DE DATOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Los datos se consolidan, analizan y transforman en información útil.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informes del Comité de Gestión de la Calidad 			
2. Personal con experiencia y conocimientos participan en el proceso.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Memorandos de designación de los miembros del Comité de Gestión de la Calidad • Actas de reuniones, conclusiones y recomendaciones. 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La frecuencia de análisis de datos se ordena al proceso en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar frecuencia de análisis en el Manual de Gestión de la Calidad. 			
2. La frecuencia de análisis de datos cumple las determinaciones del Manual de Gestión de la Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informes de análisis conformes con las determinaciones del Manual. 			

GMC.4.2 Los datos se evalúan exhaustivamente cuando se producen incidentes inesperados, tendencias inesperables y cuando aparecen variaciones significativas (gestión de riesgo). (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se realiza un análisis exhaustivo de datos cuando se presentan incidentes inesperados en los procesos de atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en informes del Comité de Gestión de la Calidad el análisis de tendencias o patrones negativos. 			
2. El establecimiento determina los incidentes con consecuencias significativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en informes del Comité de Gestión de la Calidad la comparación de comportamiento de incidentes con estándares propios, de otros establecimientos similares y determinados oficialmente. 			
3. El establecimiento ha determinado los procedimientos para el análisis exhaustivo de estos incidentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en documentos del Comité de Gestión de la Calidad los protocolos de investigación de los incidentes identificados. 			

MEJORA DE LA CALIDAD

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento utiliza un proceso de planificación e implementación de mejoras de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programa de mejora de calidad 			
2. El establecimiento documenta las mejoras logradas y mantenidas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en informes del Comité de gestión de la calidad el registro de mejoras logradas y mantenidas 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Las áreas prioritarias identificadas por el Comité de gestión de la calidad se incluyen en las actividades de mejora	<ul style="list-style-type: none"> Verificar áreas priorizadas en el programa de mejora de la calidad 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se involucra a personal y servicios del área seleccionada en el programa de mejora de la calidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Documento de designación del responsable y el equipo de área seleccionada 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se realizan los cambios de normativa necesarios para desarrollar las mejoras.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar instructivos de las autoridades en base a las recomendaciones del comité 			
2. Se asignan los recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> Verificar asignación en el presupuesto y POK 			

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"> Verificar en Informes del Comité el resultado de la implementación de pruebas piloto 			
2. Se verifica la implementación de los cambios que producen mejoras	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Documentos de aprobación por autoridades del establecimiento de nuevos procesos mejorados Documentos de difusión de nuevos procesos 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se dispone de datos para documentar el mantenimiento de las mejoras.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Informes de seguimiento del Comité de Gestión de la Calidad. 			

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

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

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SYE)

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 infecciones en los establecimientos de salud, en pacientes y personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia de un programa de la presente gestión y sus reglamentos, en vigencia o mayor a 3 años. 			
2. El programa se ajusta a la complejidad y características del establecimiento, a los servicios y a los pacientes, en base a las normas vigentes nacionales.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la coherencia del programa con la complejidad del establecimiento y en base a las normas vigentes. 			
3. El proceso de control de la infección está integrado en el programa global de gestión y mejora de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el Manual de Gestión de Calidad. 			
4. El Programa Operativo Anual de la gestión incluye presupuesto para las actividades de prevención y control de infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el POA del establecimiento. 			

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

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento ha diseñado el enfoque del programa para prevenir o reducir la incidencia de infecciones en base al comportamiento epidemiológico. Se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> Infecciones de las vías respiratorias Infecciones en tubo digestivo Infección de vía urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programa de prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud, actualizado en la presente gestión y concordante con el comportamiento epidemiológico. 			

- Procedimientos invasivos intravasculares
- Heridas quirúrgicas
- Parto, puerperio (se incluye cesárea)
- Quemados

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 implementado estrategias para reducir el riesgo de infección en los procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Verificar tasas de incidencia y prevalencia de infecciones 			
2. El personal del establecimiento cumple con las normas de lavado de manos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de norma • Existencia de lavamanos e insumos operables (jabón líquido y toallas de papel) • Observación de la práctica in situ 			
3. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la inspección, limpieza, desinfección y esterilización del equipo y material, de manera especial el equipo invasivo y su almacenamiento en el servicio de esterilización.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Observación directa de todo el proceso 			
4. Los equipos y material tienen control de calidad de la esterilización, fecha de esterilización y su caducidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de esterilización y caducidad • Registro de control químico (carta) y biológico (capsulas de fáciles subtrís) 			
5. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la gestión de la lavandería y la ropa de cama	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos de lavado de ropa • Observación directa del proceso 			
6. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la eliminación de residuos sólidos, fluidos corporales y control de vectores	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de manejo de residuos sólidos • Observación directa del proceso 			
7. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la eliminación de objetos cortopunzantes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Observación directa en tres servicios diferentes (quirófano, laboratorio, enfermería) 			
8. Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la manipulación y la eliminación de sangre y hemocomponentes	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Observación directa del proceso en 3 servicios (quirófano, laboratorio, enfermería) 			
9. Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la limpieza de la cocina y la preparación y manipulación de alimentos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Observación directa del proceso 			

10. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la habilitación del área del depósito de cadáveres y área post mortem	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar área de depósito de cadáveres • Verificar manual de procesos, operaciones y procedimientos • Entrevista a personal encargado 			
11. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la separación de los pacientes con enfermedades infecciosas de otros pacientes y personal con más riesgo debido a inmunodeficiencias u otras afecciones	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de aislamiento • Área de aislamiento acorde con la norma establecida 			
12. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la atención a pacientes con hemorragias.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención • Entrevista a personal (3 a 5) 			
13. Las prácticas para la reducción de riesgo incluyen la atención a pacientes que sangran	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención • Entrevista al personal (3 a 5) 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento identifica las situaciones y áreas en las que se requiere el uso de barreras físicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos • Verificar a través de observación directa 			
2. Las barreras físicas se utilizan correctamente en salas de atención y servicios.				
3. El establecimiento identifica aquellas áreas en que se llevan a cabo procedimientos de desinfección y lavado de manos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procesos, operaciones y procedimientos 			
4. Los procedimientos de desinfección y lavado de manos se realizan correctamente en aquellas áreas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a través de observación directa 			
5. Los desinfectantes y jabones están dispuestos en áreas accesibles a quienes los necesitan.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de jabones (jabón líquido), toallas de papel, alcohol desinfectante 			
6. Se capacita al personal en los procedimientos de desinfección y lavado de manos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a través de entrevista al personal 			
7. Existe un programa de inmunizaciones para el personal de salud.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de inmunizaciones • Registro de inmunizaciones al personal de salud 			

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. A partir de brotes de infecciones en el establecimiento se genera la toma de muestras de aquellas áreas del establecimiento y personal vinculados al brote.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de cultivos • Evidencias de investigación del brote • Verificar identificación del agente causante del brote 			

2.	El establecimiento implementa medidas de control frente al brucelosis.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar plan de control del brucelosis. 			
----	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

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"> Designaciones de los miembros del Sub-Comité Actas de reuniones 			
2.	Los profesionales están calificados según el alcance y la complejidad del programa.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en Recursos Humanos la cualificación de los miembros del Comité Verificar asistencias a cursos de capacitación 			
3.	Un profesional epidemiólogo supervisa el programa de control de la infección.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Designación del epidemiólogo Manual de Cargos Perfil del profesional en recursos humanos Informes mensuales de supervisión 			
4.	Un profesional calificado realiza la vigilancia epidemiológica a través de un comité o completo de acuerdo a la complejidad del establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de cargos Designación del profesional encargado de vigilancia con asignación de carga horaria a la función Perfil del profesional en recursos humanos 			

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 al servicio de hospitalización: Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, UTI, UTEM, quimioterapia, anestesiología, hemodinámica, endoscopia digestiva, ginecología.	<ul style="list-style-type: none"> 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 			
2.	La coordinación de las actividades de control de la infección incluye al área de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en actas de reunión del sub-comité de infecciones en establecimientos de salud la participación de este servicio Entrevista al personal del servicio 			
3.	La coordinación de las actividades de control de la infección incluye al área de esterilización.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en actas de reunión del sub-comité de infecciones en establecimientos de salud la participación del servicio Entrevista al personal del servicio 			
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"> Verificar en actas de reunión del sub-comité de infecciones en establecimientos de salud la participación de los servicios 			

<p>3. La composición de las comisiones de control de la infección incluye al Sub-Comité de Reservas Médicas y Sub-Comité de Bioseguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal de las comisiones. Verificar en actas de reunión de las sub-comisiones. 			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

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
<p>1. El Manual de control de la infección se basa en la normativa vigente.</p>	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Coherencia entre el Manual y las normas vigentes actualizadas. Existencia de la misma versión. 			

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
<p>1. Se conocen los factores de riesgo de infecciones relacionadas con el establecimiento de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en la Hoja de registro de vigilancia de factores de riesgo de infecciones en establecimientos de salud. 			
<p>2. Se evalúan las tasas y la tendencia de infecciones relacionadas con el establecimiento de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en los Informes mensuales de vigilancia. 			

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
<p>1. El establecimiento utiliza indicadores para la vigilancia de la infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verificar los indicadores en los Informes mensuales de vigilancia. Indicadores obligatorios: Neumonía relacionada con la atención médica, neumonía nosocomial, infección de herida quirúrgica, infección de tracto urinario relacionada con uso de catéter, sepsis relacionada con uso de catéter, endocarditis, infección de prótesis, accidentes punto cortantes laborales. Indicadores opcionales de acuerdo a la complejidad y características del establecimiento. Registros mensuales de mortalidad, mortalidad por infección y estadísticas por infecciones relacionadas con el establecimiento. 			
<p>2. El manual de control de infecciones prevé riesgos en el ámbito epidemiológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el programa anual en el establecimiento. 			

1.	El personal de laboratorio elabora mapas microbiológicos y de resistencia a antimicrobianos (OPCIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar mapas microbiológicos por servicios y su actualización • Verificar mapa de resistencia a antimicrobianos 			
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

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 de análisis de los factores de riesgo, tasas, tendencias y mapas microbiológicos y de resistencia	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones del Comité • Socialización de recomendaciones con el servicio involucrado • Informe de supervisión de aplicación de recomendaciones 			

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"> • Verificar en informes de comité de análisis de información hospitalaria (CAIH) 			

CIES.9.5 Los resultados de la vigilancia de la infección en el establecimiento se comunican a la Dirección quien le 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"> • Verificar • Comunicación escrita • Instrucciones correctivas de la Dirección 			
2. Se comunican al personal de salud de los servicios los resultados de la vigilancia y recomendaciones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación escrita • Implementación de las instrucciones 			

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 del programa de control de la infección se comunican al SNIS	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar constancia de comunicación al SNIS 			

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 temas, procedimientos y las pruebas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa de capacitación de la gestión • Contenido del programa en concordancia 			

		con el Manual de control de infecciones relacionadas con el establecimiento.			
2.	El establecimiento desarrolla el programa de capacitación para prevención y control de las infecciones e incluye al personal de salud, familiares y a otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar implementación del programa de capacitación. • Verificar lista de asistentes. 			

CIES.10.1 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"> • Programa de actualización. • Periodicidad de la capacitación. 			
2.	La capacitación periódica del personal se realiza en respuesta a riesgos y tendencias significativas de los datos de infección.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar contenido del programa de capacitación. 			

MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MRES)

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1.	Existe el Sub-Comité o responsable de manejo de residuos generados en el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Designación de miembros del Sub-comité o responsable. • Informes de la gestión evaluada. 			
2.	El establecimiento cuenta con 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"> • Norma interna. • Manuales de procesos, operaciones y procedimientos. • Plan institucional de contingencia en el EOA. Verificar que el plan contenga: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico actualizado de residuos generados. • Clasificación y separación en origen, almacenamiento primario, tratamiento, recolección y transferencia, almacenamiento intermedio y almacenamiento final. • Existencia de convenio vigente para la recolección, transporte externo y disposición final de residuos. 			
3.	Si el establecimiento tiene tercerizado el servicio de limpieza deberá cumplir con la normativa aplicable.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar participación del Sub-comité en proceso de contratación del servicio. • Existencia de convenio vigente. • Informes de gestión sobre limpieza. 			

		<ul style="list-style-type: none"> realizadas por el Sub-comité Cobertura de seguro de corto plazo de su personal 		
7	El establecimiento cuenta con infraestructura, equipamiento e insumos para el manejo de residuos generados	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Existencia de espacios físicos para almacenamiento primario (donde se generan los residuos), intermedio (almacenamiento temporal) y terminal (deposito final de establecimiento). Recipientes de plásticos identificados Ballos de polietileno de colores establecidos por la norma Balances digitales para contrapesantes Cajas de cartón para residuos especiales Cartas de recolección propia 		
5	El establecimiento implementa un programa de capacitación continua a todo el personal	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Programa de capacitación Ejecución del programa Registro de participantes 		
7	El personal que manipula los residuos cuenta y cumple con las normas de Bioseguridad	verificar: <ul style="list-style-type: none"> Identificación de personal Ropa de trabajo Equipo e insumos de trabajo Entrevista al personal 		
7	Se realizan evaluaciones internas	<ul style="list-style-type: none"> Verificar informes y resultados de evaluaciones internas 		

BIOSSEGURIDAD (BIOS)

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"> Verificar programa 			
2	Se realiza control de laboratorio a todo el personal de salud del establecimiento por lo menos una vez al año	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros 			
3	Todo el personal de salud recibe vacuna anti hepatitis B en esquema completo.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros 			
4	Todo el personal femenino en edad fértil recibe vacuna contra la rubéola materna	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros 			
5	El personal que manipula residuos sólidos recibe vacuna anti tetánico	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros 			
6	El establecimiento cuenta con ambientes estériles para resucitamiento, salas higiénicas, duchas, dormitorio para médicos y enfermeras.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar ambientes 			
7	El establecimiento cuenta manuales de Organización y Funciones, Procesos, Operaciones y Procedimientos para	<ul style="list-style-type: none"> Verificar manuales Entrevista al personal 			

seguridad e higiene laboral, que son de cumplimiento del personal				
8. El establecimiento de salud proporciona a su personal ropa de trabajo una vez al año	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar registros 			
9. Todo el personal lleva una placa de identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el personal 			

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)

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

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"> • Verificar en el Sistema de información 			
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"> • Verificar en el Sistema de información 			
3. La planificación del sistema de información contempla, los requisitos y necesidades de información de las personas y las instituciones externas al establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Sistema de información 			
4. El establecimiento implementa un sistema de información acorde con las normas vigentes	verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Reportes del Sistema de información • Concordancia con las normas vigentes • Verificar que los reportes incluyan todos los servicios del establecimiento 			
5. El sistema de información se ajusta a la complejidad y características del establecimiento				

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

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El sistema de información cuenta con instrumentos de captación	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Formularios de expediente clínico, • Carnets de salud, • Certificado de defunción 			
2. El sistema de información cuenta con instrumentos de sistematización	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar existencia de Cuadernos de registro por servicios y entidades 			
3. El sistema de información cuenta con instrumentos de consolidación	Verificar informes de: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia epidemiológica 			

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

GIN. 1.2 El Sistema cuenta los mecanismos para mantener la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El sistema incluye los mecanismos de mantener la confidencialidad de la información y los datos	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Normativa de manejo de la información 			
2. El sistema incluye los mecanismos de mantener la seguridad para cada categoría de datos y de la información	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • La seguridad del sistema de archivo • Existencia de archivos por categorías 			
3. El sistema incluye los mecanismos para mantener la integridad de los datos y de la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la seguridad del sistema • Copias de seguridad 			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El sistema determina las personas a las que se les permite el acceso a cada categoría de datos e información.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Normativa de manejo de la información que determine el personal autorizado para el acceso a cada categoría de datos e información 			

GIN. 1.3.1 La normativa del establecimiento especifica el personal autorizado para introducir datos en el expediente clínico del paciente y establece el contenido y el formato de los archivos. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. La normativa del establecimiento determina el personal autorizado para introducir datos en los diferentes instrumentos de sistema de información.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la normativa determine a persona autorizada para la introducción de datos en cada uno de los instrumentos 			
2. La normativa del establecimiento determina el formato y la ubicación de los datos en base a la norma nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la normativa determine la ubicación de datos en cada uno de los instrumentos 			

GIN 1.3.2 Solo el personal autorizado puede introducir datos en el expediente clínico del paciente. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Existe una norma que asegura que solamente introduce información en el expediente clínico el personal autorizado	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Reglamento de manejo de expediente clínico • Entrevista a 3 funcionarios sobre el conocimiento de este Reglamento 			

GIN. 1.3.3 En cada registro del expediente clínico se debe especificar el responsable, la fecha y la hora. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. En cada registro se identifica al profesional que introduce datos en el expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos, firma y sello. 			
2. Identificar la fecha y hora de cada registro en el expediente clínico de paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en 5 expedientes clínicos, fecha y hora de cada registro. 			

GIN.1.4 El establecimiento tiene una normativa sobre el tiempo y confidencialidad en la conservación de los expedientes clínicos y documentos administrativos. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento cuenta con una normativa para archivar los expedientes clínicos y documentos administrativos, de acuerdo a normas vigentes.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Normativa de archivo de documentación Reglamento de archivo del Expediente Clínico. 			
2. El establecimiento cumple con el tiempo de conservación de los expedientes clínicos y documentos administrativos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Normativa de archivo de documentación. 			
3. Este proceso de archivo es vital para la confidencialidad y la seguridad de los datos.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar Reglamento de archivo del Expediente Clínico. 			
4. Todos los Archivos y/o documentos administrativos se destruyen adecuadamente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Normativa de archivo de documentación 			

GIN. 1.5 El Sistema de archivo del expediente clínico y los documentos administrativos se implementa y se mantiene mediante personal adecuado y otros recursos necesarios. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. El establecimiento implementa el sistema de archivo de expedientes clínicos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Existencia de archivo clínico en el Organigrama e implementación en el Programa Operativo Anual. Manuales de organización y funciones de la Unidad. Manuales de Procesos, operaciones y procedimientos de la Unidad. Observación directa de excluir la existencia de manuales existentes. 			
2. El establecimiento implementa el sistema de archivo de documentación administrativa.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de organización y funciones. Manuales de Procesos, operaciones y procedimientos. Observación directa de archivo en función de manuales existentes. 			
3. El establecimiento designa a un responsable de la unidad de archivo clínico, con la capacitación correspondiente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Resolución de designación. Programa de inducción y capacitación en el puesto. 			

4.	El sistema cuenta con el personal necesario y capacitado de acuerdo a la complejidad del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Manual de Cargos • Memorando de designación • Proceso de inducción 		
5.	La implementación del sistema cuenta con la tecnología y los recursos necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el Programa Operativo Anual • Evaluación de cumplimiento del POA 		

GIN 1.6 Se protege la información y los Expedientes clínicos de la pérdida, la destrucción y el acceso o uso indebido o no autorizado. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Se protegen los Expedientes Clínicos y la documentación administrativa contra la pérdida o destrucción.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente de archivo • Organización de archivo • Observación directa 			
2.	Se protegen los Expedientes Clínicos y la documentación administrativa contra la manipulación y el acceso o uso indebido o no autorizado.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • En el Reglamento de archivo • Entrevista al personal • Registro de movimiento de expedientes clínicos y documentación administrativa 			

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

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

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 administrativos, de cargos intermedios, participa en la definición de la tecnología de la información del establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Registro de participación en los actos del Comité Técnico Administrativo 			

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 sus tareas.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos, operaciones y procesos de los de la unidad 			

2.	El acceso respeta las normas de seguridad y confidencialidad del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista al personal responsable de Servicio 			
----	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

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 tiempo real.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Informes por unidades. Información procesada y analizada por unidades con determinada periodicidad. 			
2.	Se cumple con el flujo de la información solicitada por el SRS a través de los canales correspondientes y de acuerdo a matrices establecidas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros de envío de información al SRS con conformidad de recepción. 			
3.	Se cubren los datos estadísticos referenciados en los formatos de información obligatoria y se informa en los tableros que corresponden.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar registros de envío de información de información de información obligatoria con conformidad de recepción. 			

GIN. 1.11 Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación sobre el sistema de información. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación en el sistema de gestión de la información.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Programa actualizado de capacitación elaborado por el sub-comité del CAIH. Registro de participantes. 			
2.	La formación se aplica a las distintas unidades y niveles jerárquicos correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar: Programa actualizado de capacitación por unidades y niveles jerárquicos. Registro de participantes. 			

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

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento cuenta con el sub-comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH).	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Memorandos de designaciones. Actas de reuniones del sub-comité. 			
2.	El sub-comité CAIH realiza análisis periódicos de la información e indicadores para evaluar el comportamiento y tendencias de los mismos.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Resultados de análisis periódico de la información e indicadores. Recomendaciones emanadas del análisis. Seguimiento de cumplimiento de recomendaciones. 			
3.	El sub-comité CAIH controla y hace cumplir las normas y procedimientos del SRS relacionados con el tablero de indicadores e información.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Manual de Procedimientos, normas y procedimientos actualizados de los SRS. Instrumentos de evaluación periódica. Resultados de la evaluación. 			

4	El subcomité prepara y realiza el CAIH del establecimiento e informes para las autoridades superiores	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Informe de resultados del CAIH de la gestión 		
5	El subcomité participa en la capacitación del personal en el manejo de la información	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Programa de capacitación vigente Registro de participantes en la capacitación Resultados de evaluación de capacitación 		

EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE

GIN. 2 El establecimiento inicia y conserva el expediente clínico de cada paciente diagnosticado o tratado. **(OBLIGATORIO)**

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"> Concordancia del registro de pacientes con existencia de expedientes clínicos individuales 			
2. Los expedientes clínicos se archivan a través de una clasificación única para cada paciente de acuerdo a normas	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Clasificación en archivo de expedientes clínicos. 			

GIN. 2.1 El Expediente Clínico contiene la información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los profesionales en salud. **(OBLIGATORIO)**

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	No	Observaciones
1. El establecimiento cumple con la norma vigente que determina el contenido específico del expediente clínico	Verificar aleatoriamente en 3 expedientes clínicos de pacientes egresados existencia de: <ul style="list-style-type: none"> Informe de ingreso y egreso Exáctis Historia clínica Hojas de evolución Hojas de órdenes médicas Informes de laboratorio y gabinete Consentimiento informado Registro pre, intra y post anestesia Protocolo quirúrgico Informe de anatomía patológica Gráficas de temperatura y signos vitales Hoja de medicamentos Notas de enfermería Otros de acuerdo a normas 			
2. El expediente clínico contiene la información adecuada para identificar al paciente.	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> En todas las hojas del expediente clínico 			
3. El expediente clínico contiene la información adecuada para apoyar el diagnóstico	Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria:			

4	El expediente clínico contiene la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento prestado.	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica (estado de diagnósticos) • Resultados de exámenes auxiliares al diagnóstico 			
5	El expediente clínico contiene la información adecuada para documentar la evolución y los resultados de tratamiento prestado.	<p>Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hojas de evolución 			
6	El expediente clínico promueve la continuidad de la atención.	<p>Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados de interconsultas, exámenes auxiliares y otros • Hojas de evolución • Indicaciones de alta al 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.	<p>Verificar en 5 expedientes clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hoja de atención de urgencias. 			
2	Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen el tratamiento y las conclusiones al final del tratamiento en esa unidad.	<p>Verificar en el expediente clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hoja de atención de urgencias. 			
3	Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen el estado del paciente al alta de la unidad.	<p>Verificar en el expediente clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hoja de atención de urgencias. 			
4	Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen instrucciones de atención para la continuidad de la atención.	<p>Verificar en el expediente clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hoja 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 está 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 interno de trabajo del expediente clínico.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memorandum de designación • Programa y programa de trabajo de la gestión • Reglamento de manejo del expediente clínico • Actas de reunión 			
2	El Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica cumple con el programa y el programa de trabajo de acuerdo a normas vigentes.	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficios del Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica • Reuniones de mesa • Seguimiento de cumplimiento de resoluciones 			

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 atienden al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a los profesionales de salud. (3) 			

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 o clasificación internacional de enfermedades (CIE- vigente), así como abreviaturas y símbolos de acuerdo a normativa actualizada.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> En 5 Expedientes Clínicos En los formularios de 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 las instalaciones.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Entrevista a las autoridades Plan de gestión de seguridad 			
2. Las autoridades cumplen con la normativa vigente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar concordancia a plan de seguridad con la normativa vigente 			
3. Las autoridades garantizan que el establecimiento cumple los procesos de inspección.	<ul style="list-style-type: none"> Verificación en otras entidades 			

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 continuar operando en un entorno seguro y eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el POA 			

GSI.2 El establecimiento planifica e implementa un programa para gestionar el riesgo sísmico. (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.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programa de mantenimiento, mejoras y reformas o sustituciones 			
2. El programa es eficaz para evaluar riesgos y mantener las condiciones de seguridad para los pacientes, las familias, el personal y las visitas.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar contenido del programa 			

1.	El programa incluye la seguridad, la vigilancia y los materiales peligrosos.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 estén bien documentadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informes de inspección de la gestión 			
2. El establecimiento cuenta con un plan de mejoramiento basado en la inspección para reducir riesgos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar coherencia de planes con informes de inspección 			
3. El establecimiento muestra progresos en el desarrollo de plan.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 humo 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 reducción de los riesgos de incendio.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa contra incendios 			
2. El programa incluye la minimización de los riesgos de incendio en construcciones de áreas de instalación adyacentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el programa contra incendios 			
3. El programa incluye la pronta detección de fuego y humo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa contra incendios 			
4. El programa incluye la extinción de fuego y la contención del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa contra incendios • Verificar existencia de extintores de incendios 			
5. El programa incluye la salida segura de la instalación en caso de fuego u otras emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar programa contra incendios • Verificar salidas de emergencia 			

GSI.3.2 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)

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 realiza su mantenimiento con la frecuencia que fue el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Informes de supervisión • Fecha de vigencia de los extintores 			
2. Se comprueba el plan de seguridad de evacuación contra el fuego y el humo por lo menos una vez al año.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa contra incendios • Acta de simulación 			
3. Se capacita al personal para participar en el plan de seguridad contra el fuego y el humo.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de capacitación específico • Lista de asistentes 			
4. El personal participa al menos en un simulacro anual para salir por las salidas de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar acta de simulacro 			

5.	Se documentan las inspecciones, los simulacros y el mantenimiento del equipo y los sistemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar informes de inspección, de mantenimiento y actos de simulacro 			
----	----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

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 eliminar el consumo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar plan y normativa 			
2.	El plan se aplica a los pacientes, las familias, las visitas y el personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar control de ingreso del plan 			

GSI.3.4 El establecimiento cuenta con sistemas de emergencia para proteger a sus ocupantes, en caso de avería del sistema eléctrico o de falta de abastecimiento de agua, contaminación o alteración de funcionamiento. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El establecimiento ha identificado las áreas y los servicios de mayor riesgo en caso de avería eléctrica o de contaminación o interrupción de suministro de agua.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar identificación de áreas y servicios de mayor riesgo en el programa de gestión de emergencias 			
2.	El establecimiento cuenta con planes de contingencia de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar plan de contingencias dentro del programa de gestión de las instalaciones 			
3.	El establecimiento plantea fuentes alternativas de suministro de agua y electricidad en caso de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar existencia y funcionamiento de generador o estrogénica y tanques de suministro de agua 			

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"> • Verificar registro de prueba de operación de generador eléctrico mínimo una vez a la semana • Verificar en su lugar 			

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"> • Verificar en el lugar 			
2.	Se dispone de suministro eléctrico las 24 horas del día y los siete días de la semana	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el lugar 			

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.	• Verificar documentación de inspección regular			
2. Se comprueba el funcionamiento de los sistemas generales de manera regular.	• Verificar documentación de comprobación de sistemas			
3. Se realiza un mantenimiento de los sistemas generales de manera regular.	• Verificar registro de mantenimiento			

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

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1. Se controla la calidad de agua (ph, color, cantidad de bacterias y otros) de manera regular en áreas especiales (quirófanos, hemodiálisis, etc.)	• Verificar documentos de control			
2. La responsabilidad de la supervisión se asigna a un funcionario o empresa	• Verificar los cuadros de funcionamiento 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
1. El establecimiento cuenta con 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
1. Se revisa y se comprueba el plan de contingencias	• Verificar informe de simulación y recomendaciones			

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

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

GST.5 Uno o más profesionales capacitados se encargan de facilitar instalaciones físicas seguras y adecuadas. (OPCIONAL)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	La seguridad de las instrucciones se asigna a uno o más funcionarios	<ul style="list-style-type: none"> Verificar designación de funcionarios o confirmación de comité de acuerdo a complejidad del establecimiento 			
2.	El o los funcionarios están capacitados por experiencia o entrenamiento	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en río personal 			
3.	El comité supervisa la seguridad de las instalaciones	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia del Comité y actas de reuniones 			
4.	Se registra por escrito los aspectos relevantes de la seguridad de las instalaciones	<ul style="list-style-type: none"> Verificar actas del Comité referentes a seguimiento de las recomendaciones que se emitan 			

EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES

GST.6 El establecimiento planifica e implementa un programa para supervisar, evaluar y mantener el equipamiento médico y documentar los resultados. (OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación		Medios de verificación	Si	No	Observaciones
1.	El equipamiento médico del establecimiento se gestiona según un plan	<ul style="list-style-type: none"> Verificar plan de gestión de equipamiento RGA de la gestión 			
2.	Existe un inventario del equipamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar inventario de la gestión 			
3.	El equipamiento médico se inspecciona regularmente.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar documentos de inspección regular del equipo 			
4.	El equipo médico se comprueba cuando es nuevo y se revisa posteriormente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar revisión del equipo al ingreso y periódicamente 			
5.	Existe un programa de mantenimiento preventivo	<ul style="list-style-type: none"> Verificar programa de mantenimiento preventivo 			
6.	Profesionales calificados del establecimiento o a través de compañías serias facilitan el mantenimiento del equipamiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> Perfil del profesional del encargado de mantenimiento Convenio con empresas o profesionales que brinden el servicio de mantenimiento 			

GST.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"> Verificar documentación de monitorización (hoja de vida del equipamiento, facturas, etc) 			
2.	Los datos de la monitorización se utilizan para propósitos de planificación y mejora	<ul style="list-style-type: none"> Verificar concordancia entre la monitorización y el plan 			

CAPACITACION AL PERSONAL EN SEGURIDAD**GSI.7 El establecimiento capacita al personal para facilitar instalaciones seguras y eficaces. (OBLIGATORIO)**

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

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

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"> Entrevista al personal (10) 			

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 a personal del servicio para manipular el equipamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar capacitación para manejo de equipamiento médico. 			
2. Se capacita al personal correspondiente para realizar el mantenimiento del equipamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar capacitación de mantenimiento de equipamiento médico. 			
3. En caso de no contar con un sistema de mantenimiento propio se realiza con obra o servicio a terceros.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar contrato o convenio. 			

RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCION

RESUMEN DE ESTÁNDARES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Nº	ESTANDAR	NIVEL III	NIVEL II	NIVEL I
ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)				
1	ACA.1 Los pacientes tienen acceso a los servicios del establecimiento de salud en función de sus necesidades de atención y de acuerdo a la misión, el nivel y los recursos del establecimiento.	OBIGATORIO	OPCIONAL	OPCIONAL
2	ACA.1.1 El establecimiento tiene un proceso de admisión de pacientes.	OBIGATORIO	OPLEGATORIO	OPCIONAL
3	ACA.1.1.1 Los pacientes con necesidades urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento.	OBIGATORIO	OPLEGATORIO	OPLEGATORIO
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.	OBIGATORIO	OPLEGATORIO	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 posibles gastos que deberá asumir el paciente o su familia.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
6	ACA.1.3 El establecimiento procura reducir las barreras físicas, idiomáticas, socioculturales u otras que impidan el acceso y la provisión de atención.	OPLEGATORIO	OPLEGATORIO	OBIGATORIO
7	ACA.1.4 Para determinar si el paciente debe ser ingresado, se realiza una valoración clínica integral de acuerdo a procedimientos establecidos.	OPLEGATORIO	OPCIONAL	OPCIONAL
8	ACA.1.5 El ingreso o el traslado a unidades que prestan servicios especializados, cuidados intermedios o intensivos viene determinado por criterios establecidos, según el nivel de complejidad.	OPLEGATORIO	OPLEGATORIO	NO APLICA
9	ACA.1.6 El ingreso o el traslado a investigación y a otros programas diseñados para atender las necesidades especiales de los pacientes se determina mediante protocolos y criterios establecidos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN				
10	ACA.2 El establecimiento de salud oferta 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.	OPLEGATORIO	OPLEGATORIO	OPLEGATORIO
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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPLEGATORIO
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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPLEGATORIO
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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPLEGATORIO
14	ACA.2.4 La información relacionada con la atención al paciente se transfiere con éste al interior del establecimiento.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
ALTA, REFERENCIA Y SEGUIMIENTO				
15	ACA.3 En el Reglamento de manejo del expediente clínico existe un procedimiento para dar el alta o referir a los pacientes.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPLEGATORIO
16	ACA.3.1 El establecimiento coordina con otros profesionales y otros establecimientos de salud para garantizar referencia oportuna y adecuada o la necesidad de otro tipo de apoyo posterior al alta.	OBIGATORIO	OPLEGATORIO	OPLEGATORIO
17	ACA.3.2 Los pacientes y su familia reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la referencia o del alta.	OBIGATORIO	OPLEGATORIO	OBIGATORIO
18	ACA.3.3 Los Expedientes clínicos de los pacientes incluyen una copia del informe del alta (epicrisis), resumen de egreso (nota de alta) o la nota de alta verbalizada.	OBIGATORIO	OPLEGATORIO	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.	OPLEGATORIO	OPLEGATORIO	OBIGATORIO
20	ACA.4.1 El establecimiento de origen se asegura que el establecimiento de destino puede atender las necesidades de atención del paciente a referir y firma acuerdos o convenios de manera formal para garantizar la continuidad de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

2	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
3	ACA.4.3 Durante el traslado, un médico supervisa el estado del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
23	ACA.4.4 El proceso de traslado se documenta en el expediente clínico del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
24	ACA.5 El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte de este.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
EVALUACIÓN DEL PACIENTE (ATENCIÓN INICIAL). (EDP)				
25	EDP. 1 Todos los pacientes atendidos en el establecimiento tienen necesidades de atención identificadas mediante un proceso de evaluación.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
26	EDP. 1.1 El establecimiento debe adoptar y utilizar las Normas y protocolos de atención médica para facilitar la evaluación del paciente y disminuir así la variabilidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
27	EDP. 1.2 Las evaluaciones se completan en el periodo establecido por el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
28	EDP. 1.3 Los resultados de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente y se ponen a disposición de los responsables de su atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
29	EDP. 2. La evaluación inicial de cada paciente incluye la evaluación física, psicológica, social y económica. Incluyendo un expediente clínico completo (anamnesis, exploración física, diagnóstico presuntivo y plan de estudios).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
30	EDP. 2.1 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican desde la evaluación inicial.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
31	EDP. 2.1.1 La evaluación médica inicial se documenta en el expediente clínico del paciente dentro de las primeras 24 horas después de su ingreso.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
32	EDP. 2.1.2 La evaluación médica inicial se documenta antes de la anestesia o de la cirugía.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
33	EDP. 2.1.3 La evaluación médica inicial de los pacientes de urgencias se ajusta a sus necesidades y condiciones.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
34	EDP. 2.1.4 La evaluación inicial de enfermería se documenta en el expediente clínico del paciente en el espacio de tiempo que fija el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
35	EDP. 2.2 Se examina el estado nutricional y las necesidades funcionales del paciente y se le deriva en caso de necesitar una evaluación y un tratamiento específico.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
36	EDP. 2.3 El establecimiento realiza evaluaciones iniciales individualizadas de los grupos de pacientes especiales (etnia, extremas, terminales, drogodependientes, alcohólicos, víctimas de abuso o abandono y otros).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
37	EDP. 2.4 La evaluación inicial incluye establecer la necesidad de planificar la conducta a seguir luego el alta y necesidad de otras evaluaciones especializadas.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
38	EDP. 3 Todos los pacientes se reevalúan en determinados intervalos para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar un tratamiento continuado o el alta.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
39	EDP. 4 Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por profesionales calificados.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
40	EDP.4.1 Las responsabilidades para evaluar y reevaluar son definidas por escrito.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LAS EVALUACIONES				
41	EDP.5 Personal médico, de enfermería y otros profesionales y servicios responsables de la atención al paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
42	EDP.5.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes e inmediatas.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
LABORATORIO				
43	EDP. 6 El establecimiento cuenta con laboratorio, que tiene los servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes, y que cumplen con las normas y la legislación nacional y departamental.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
44	EDP. 6.1 El establecimiento dispone de servicios de laboratorio para atender a los pacientes, o bien puede acceder a ellos mediante acuerdos con laboratorios externos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

45	EDP. 6.2 Existe un programa de seguridad de laboratorio que se controla y documenta.	REQUERIDO	BLIGATORIO	OPCIONAL
46	EDP.6.3 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuados se encargan de realizar los exámenes de laboratorio y de interpretar los resultados.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
47	EDP. 6.4 El establecimiento define el plazo de tiempo para entrega los resultados de las pruebas de laboratorio.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	BLIGATORIO
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.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
49	EDP.6.6 Se dispone de manera regular de reactivos esenciales y de otros suministros.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
50	EDP.6.7 Se siguen procedimientos de toma, identificación, manejo, transporte seguro y almacenamiento de muestras.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
51	EDP. 6.8 Se utilizan normas y rangos establecidos para interpretar e informar de los resultados del laboratorio clínico.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
52	EDP.6.9 Personal calificado se encarga de la gestión del servicio de laboratorio.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
53	EDP. 6.10 Existen procedimientos de control de calidad que se ejecutan y documentan.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	NO APLICA
54	EDP.6.10.1 Existe un proceso para validación de pruebas.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	NO APLICA
55	EDP.6.11 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios de laboratorio externos de los que se compra servicios.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	NO APLICA
56	EDP.6.12 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
IMAGENOLÓGIA				
57	EDP. 7. Se dispone de servicios de imagenología (Rayos X y ecografía en nivel III) que atienden las necesidades de los pacientes y cumplen las normas, la legislación y los parámetros de evaluación vigentes locales y nacionales.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	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.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
59	EDP.7.2 Existe un programa de seguridad contra la radiación que se controla y se documenta.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
60	EDP. 7.3 Profesionales con formación, habilidades, capacitación y experiencia adecuados realizan los procedimientos técnicos e interpretan los resultados.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
61	EDP.7.4 Los resultados de imagenología se encuentran disponibles puntualmente, tal y como lo ha definido el establecimiento.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	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.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
63	EDP.7.6 Se dispone de manera regular de material consumos para el servicio de imagenología.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	OPCIONAL
64	EDP.7.7 Existen procedimientos de control de calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
65	EDP.7.8 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios diagnósticos de fuentes externas de donde se adquieren servicios.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
66	EDP.7.9 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
ATENCIÓN A LOS PACIENTES (AAP)				
67	AAP.1 La atención brindada a los pacientes está establecida en normas, procedimientos y programas de salud vigentes en la legislación nacional.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	BLIGATORIO
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.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	BLIGATORIO
70	AAP. 2.2 El personal autorizado para realizar órdenes o prescripciones médicas las escribe en un lugar específico del expediente clínico.	BLIGATORIO	BLIGATORIO	BLIGATORIO

71	AAP.2.3 Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	SELECCIONADO
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
CONSULTA EXTERNA				
74	AAP.3 El establecimiento de Salud cuenta con un Servicio organizado de consulta externa de acuerdo a su nivel de complejidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
75	AAP.3 El Sistema de obtención de la atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
76	AAP.3.2 El servicio de consulta externa cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
ODONTOLOGÍA				
77	AAP.4 El establecimiento de Salud cuenta con Servicio de Odontología.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
78	AAP.4.1 Sistema de obtención de la atención	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
79	AAP.4.2 El servicio de odontología cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
ENFERMERÍA				
80	AAP.5 El establecimiento cuenta con personal de enfermería organizado en cumplimiento a normas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
81	AAP.5 El servicio de hospitalización cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO (TERAPIA INTERMEDIA O INTENSIVA, EMERGENCIAS, URGENCIAS MÉDICAS)				
82	AAP.7 Existen normas y procedimientos para guiar la atención a pacientes de alto riesgo (Terapia intermedia o intensiva) y para la provisión de servicios de alto riesgo (emergencias y urgencias médicas).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
83	AAP.7.1 La atención de pacientes de Terapia Intermedia o Intensiva se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
84	AAP.7.2 La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
85	AAP.7.3 La utilización de procedimientos de reanimación se define mediante normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
86	AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital se define en normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
87	AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades crónicas e inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
88	AAP.7.6 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes en diálisis. (OBLIGATORIO EN CASO DE CONTAR CON EL SERVICIO)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
89	AAP.7.7 La atención a los pacientes amonizados está regulada en normas y protocolos de atención del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
90	AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes con heridas de grado avanzado y otras.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
ANESTESIA				
91	AAP.8 La evaluación preanestésica la realiza un profesional especializado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
92	AAP.9 La atención anestésica de cada paciente se planifica y se documenta.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
93	AAP.9.1 Los riesgos, complicaciones potenciales y distintas opciones se discuten con el paciente, su familia o equitas que tomen decisiones por él.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

94	AAP.9.2 El uso de anestesia se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia incorporado en expediente clínico del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
95	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
96	AAP.9.4 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
CIRUGIA				
97	AAP.11.1 Se planifica y se documenta la atención quirúrgica de cada paciente en función de los resultados de la evaluación realizada.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
98	AAP.11.2 La cirugía realizada se registra en el expediente clínico del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
99	AAP.11.2 El estado del paciente se controla durante e inmediatamente después de la intervención, y los hallazgos y procedimientos realizados se registran en el expediente clínico del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
100	AAP.11.3 Se planifica y se documenta la atención al paciente después de la cirugía.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
ESTERILIZACIÓN				
101	AAP.11.4 El establecimiento cuenta con el servicio de esterilización.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
GESTION DE MEDICAMENTOS – FARMACIA				
102	AAP.12 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuadas se encargan de la farmacia, de acuerdo al nivel de atención en base a la normativa vigente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
103	AAP.13 La gestión de medicamentos en el establecimiento se realiza de manera eficiente para atender las necesidades del paciente ajustándose a la ley y las normas vigentes.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
104	AAP.13.1 Se dispone de una selección adecuada de medicamentos para su prescripción o puede accederse a ella.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
105	AAP.13.1.1 Existe un método de supervisión del uso de la medicación y de la guía farmacoterapéutica del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
106	AAP.13.1.2 El establecimiento puede obtener medicamentos que no están en stock o de los que no dispone habitualmente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
107	AAP.13.1.3 Existe un procedimiento de obtención de medicamentos cuando la farmacia o el servicio farmacéutico están cerrados.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
108	AAP.13.1.4 Existen medicamentos de urgencia disponibles que se controlan y se conservan seguros cuando están fuera de la farmacia.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
109	AAP.13.2 La prescripción y dispensación de medicamentos está definida por normas y procedimientos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
110	AAP.13.2.1 El establecimiento identifica a los profesionales calificados y autorizados para la prescripción de medicamentos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
111	AAP.13.2.2 Existen normas y procedimientos para regular la automedicación del paciente, el control de las muestras de medicamentos, el uso de medicamentos llevados al establecimiento por el paciente o su familia, y la entrega de medicamentos al alta.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
112	AAP.13.2.3 La preparación, el manejo, el almacenamiento y la distribución de la nutrición enteral o parenteral están regulados por normas y procedimientos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
113	AAP.13.2.4 El almacenamiento, la distribución, el manejo y el suministro de medicamentos radioactivos, de investigación y otros medicamentos están definidos por normas y procedimientos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
114	AAP.13.3 Los medicamentos se almacenan y se dispensan en un entorno seguro y limpio.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
115	AAP.13.3.1 El Regente Farmacéutico supervisa el almacenamiento y la dispensación de medicamentos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
116	AAP.13.3.2 Se verifican las prescripciones médicas.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
117	AAP.13.3.3 El establecimiento cuenta con un sistema de disposición y baja de medicamentos a insumos médicos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
118	AAP.13.4 Se emplea un sistema de administración de medicamentos en las dosis correctas, al paciente adecuado y en el momento adecuado.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

116	AAP.13.4 Se identifica a los pacientes antes de administrar la medicación y se administra la dosis correcta de medicación en el momento indicado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
117	AAP.13.5 La medicación prescrita y administrada se registra en el Expediente Clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
117.1	AAP.13.5.1 Se registrarán en el Expediente Clínico del paciente las reacciones adversas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
117.2	AAP.13.5.2 Los errores en la medicación se informan dentro de un procedimiento y en el plazo de tiempo que define el establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
MEDICINA TRANSFUSIONAL				
118	AAP.14 El Establecimiento cuenta con un servicio de Transfusión que cumple con los requisitos obligatorios legales y técnicos nacionales.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL				
119	AAP.15 El establecimiento dispone de alimentos adecuados para la atención al paciente, a través de un servicio propio de Nutrición y dietética o conjunto de servicios a terceros. A todos los pacientes se les prescribe una dieta u otros nutrientes en función de su estado o necesidades nutritivas. Incluyendo prescripciones para dieta absoluta, dieta normal, dietas especiales o nutrición enteral o parenteral.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
119.1	AAP.15.1 La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos se realizan de manera segura de acuerdo a normas vigentes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
119.2	AAP.15.2 Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional, que se realiza interdisciplinariamente y cuya respuesta se registra en su expediente clínico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
119.3	AAP.15.3 Fomento a la lactancia materna.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
120	AAP. 18. RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA El Establecimiento cuenta con un servicio para el tratamiento por radioterapia y quimioterapia, u compra servicios a terceros.	OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA
120.1	AAP. 18. NEDICINA NUCLEAR.	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
121	AAP. 20 ANATOMÍA PATOLÓGICA	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)				
122	DPF.1 El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
122.1	DPF.1.1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familias sobre la atención y los servicios ofrecidos, así como la forma de acceder a los mismos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
122.2	DPF.1.2 La atención es considerada y respetuosa con los valores y creencias de los pacientes.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
122.3	DPF.1.3 La atención es respetuosa con la necesidad de intimidad del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
122.4	DPF.1.4 El establecimiento adopta medidas para proteger las pertenencias de los pacientes ante robo o extravío.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
122.5	DPF.1.5 Se protege a los pacientes de agresiones físicas y psicológicas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
122.6	DPF.1.6 Los niños, discapacitados y ancianos reciben la protección adecuada.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
122.7	DPF.1.7 La información sobre el paciente tiene carácter confidencial y está protegida ante pérdida o uso indebido.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
123	DPF.2 El establecimiento apoya los derechos del paciente y de su familia a participar en el proceso asistencial.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
123.1	DPF.2.1 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre el estado clínico y terapéutico de aquellos y la relación en la participación sobre las decisiones a tomar en la atención en la medida en que estén dispuestos a participar.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
123.2	DPF.2.2 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre sus derechos y responsabilidades relacionadas con el rechazo o interrupción del tratamiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

112	DPF.2.3 El establecimiento cuenta con protocolos para evaluar y tratar el dolor adecuadamente.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
113	DPF.2.4 La atención es respetuosa y compasiva al final de la vida.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
114	DPF.3 El establecimiento informa a los pacientes y a familias acerca de la decisión de donación de órganos y otros tejidos.	OPCIONAL	NO APLICA	NO APLICA
115	DPF.4 El establecimiento informa a los pacientes y a sus familias sobre cómo pueden acceder a estudios clínicos, trabajos de investigación o a ensayos clínicos que impliquen a seres humanos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
116	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
117	DPF.6 El consentimiento informado del paciente, se obtiene mediante un procedimiento definido por el establecimiento y contenido por personal capacitado.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
118	DPF.6.1 Los pacientes y sus familias reciben la información pertinente sobre la enfermedad, el tratamiento propuesto y los pronósticos para poder tomar decisiones de atención a través del consentimiento informado.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
119	DPF.6.1.1 La información se facilita en un lenguaje y forma entendible para los que toman decisiones.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
120	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
121	DPF.6.3 El consentimiento informado se obtiene antes de la cirugía, biopsia, la utilización de sangre y derivados sanguíneos, u otros procedimientos o prácticas de riesgo.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
122	DPF.6.4 El establecimiento continuará una lista de las categorías o tipos de tratamientos y procedimientos que requieren un consentimiento informado específico.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
123	DPF.6.5 Antes de que el paciente tome parte en estudios clínicos, trabajos de investigación y ensayos clínicos se obtiene un consentimiento informado. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
124	DPF.6.5.1 El establecimiento de salud cuenta con un comité de bioética que supervisa las investigaciones que implican a seres humanos. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
125	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)				
126	EPF.1 La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las decisiones y los procesos de la atención sanitaria.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
127	EPF.1.1 Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su expediente clínico.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
128	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 dieta saludable, uso de equipo médico de acuerdo a la patología (tensiómetros, glucómetros, tensómetros y otros) y técnicas de rehabilitación.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
129	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	OPCIONAL	OPCIONAL
130	EPF.3.1 el personal de salud que atiende al paciente colabora en la educación, poseen los conocimientos y actitudes necesarios para educar de manera eficaz.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (GLD)				
131	GLD.1 Las responsabilidades de los órganos de gestión están descritas en estatutos, normas y procedimientos, o en documentos que rigen su funcionamiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
132	GLD.1.1 Los responsables del establecimiento aprueban la declaración de la misión del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
133	GLD.1.2 Los responsables del establecimiento aprueban los planes para dirigir el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
134	GLD.1.3 Los responsables del establecimiento elaboran el presupuesto y solicitan los recursos necesarios para cumplir con la misión.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

155	GLB.1.4 Los responsables del establecimiento apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO				
156	GLB.2 Las autoridades tienen la responsabilidad de gestionar el establecimiento y hacer que se cumplan las leyes y normativas vigentes.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
157	GLB.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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
158	GLB.4. Las autoridades del establecimiento identifican y planifican el tipo de servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes del establecimiento.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
159	GLB.5. Las autoridades del establecimiento reciben formación en gestión y mejora de la calidad.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
160	GLB.6 Las autoridades impulsan la comunicación, coordinación e integración del personal y de los servicios del establecimiento.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
FORMACIÓN Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL (FCP)				
161	FCP.1 Las autoridades del establecimiento, definen el tipo de profesionales requeridos, sus conocimientos, habilidades y destrezas, y otros requisitos necesarios, de acuerdo al nivel de atención.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
162	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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
163	FCP.3 El establecimiento utiliza un procedimiento para garantizar que los conocimientos y las habilidades del personal se ajusten al requerimiento (límite de prueba).	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
164	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).	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
165	FCP.4 El establecimiento cuenta con un plan de gestión de recursos humanos, desarrollado en colaboración con las autoridades de salud y de gestión, específicos al número y el tipo de personal necesario y las calificaciones requeridas. Se revisa continuamente y actualiza en caso necesario.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
166	FCP.5 El personal recibe orientación sobre el establecimiento (misión, objetivos) y sobre su responsabilidad específica (funciones, atribuciones) cuando ingresan en la institución (inducción).	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
167	FCP.6 El personal recibe capacitación continua en el propio establecimiento o fuera de él, para mantener o mejorar sus habilidades y conocimientos.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
168	FCP.6.1 El personal que presta atención al paciente y otro personal especificado por el establecimiento reciben capacitación anual en mantenimiento vital (práctico básico o avanzado).	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
169	FCP.6.2 Los datos globales de las necesidades de capacitación del personal son la base del programa de formación continua.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
170	FCP.6.3 El establecimiento cuenta con una unidad de enseñanza e investigación, proporciona instalaciones, recursos y tiempo para la capacitación del personal.	OBIGATORIO	OPCIONAL	NO APLICA
171	FCP.6.4 Al personal se le da la oportunidad de participar en capacitación continua, investiga con y sobre iniciativas de capacitación para adquirir nuevos conocimientos y habilidades que apoyen el progreso en el trabajo.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OPCIONAL
PERSONAL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO				
172	FCP.7 El establecimiento dispone de un procedimiento para obtener, verificar y evaluar las credenciales profesionales (formación, 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.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
173	FCP.8 El establecimiento difunde y respalda los derechos del personal de salud en base a la ley y normativa vigente.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO
GESTIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)				
PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
174	GMC.1 Las autoridades del establecimiento participan en la planificación y implementación del programa de gestión de la calidad. OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO	OBIGATORIO

185	GMC.1.1 En la planificación y el desarrollo del programa de gestión de la calidad participan todos los jefes de servicios de salud y de gestión administrativa del establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
186	GMC.1.2.1 Existe un programa de gestión de la calidad en el ámbito de todo el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
187	GMC.1.2.2 El programa incluye los componentes de organización y responsabilidades 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
188	GMC.1.3 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 deberán llevarse a cabo.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
189	GMC.1.3.1 Las autoridades gestionan y abogan recursos financieros, tecnológicos y otros al programa de gestión y mejora de la calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
190	GMC.1.4 El programa de gestión y mejora de la calidad está coordinado por el Comité de gestión de la calidad y la información del programa se comunica al personal.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
191	GMC.1.5 Se capacita al personal para participar en el programa.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
192	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
DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
193	GMC.2 El establecimiento diseña sistemas y procesos nuevos y modifica los existentes según los principios de mejora de la calidad.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
194	GMC.2.1 El establecimiento define cómo funcionarán los procesos nuevos y los modificados y su evaluación a través de indicadores.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD				
195	GMC.3 Las autoridades del establecimiento identifican indicadores para monitorizar: estructuras, procesos y resultados en el área de salud y de gestión.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
196	GMC.3.1 La evaluación del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
197	GMC.3.2 Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
198	GMC.3.3 Procedimientos quirúrgicos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
199	GMC.3.4 Uso de antibióticos, otros medicamentos, y errores de medicación.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
200	GMC.3.5 Utilización de anestesia.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
201	GMC.3.6 Utilización de sangre y derivados sanguíneos.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
202	GMC.3.7 Disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
203	GMC.3.8 Control, vigilancia y notificación de las infecciones.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
204	GMC.3.9 Investigación médica.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
205	GMC.3.10 El abastecimiento de suministros rutinarios y de medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
206	GMC.3.11 La gestión del riesgo refiere a episodios no esperados definidos por el establecimiento.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
207	GMC.3.12 Las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
208	GMC.3.13 Las expectativas y la satisfacción del personal.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

20	GMC.3.14 Perfil epidemiológico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
210	GMC.3.15 La gestión financiera	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
211	GMC.3.16 La vigilancia, el control y la prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad física de los pacientes, sus familias y el personal.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
212	GMC.3.17 La Auditoría médica.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
ANÁLISIS DE DATOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD				
213	GMC.4 Profesionales con experiencia y conocimiento consolidado y análisis de manera sistemática los datos del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
214	GMC.4.1 La frecuencia del análisis de datos se ajusta al proceso en estudio y cumple los requerimientos del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
215	GMC.4.2 Los datos se evalúan exhaustivamente cuando se producen incidentes inesperados, tendencias indeseables y cuando aparecen variaciones significativas (gestión del riesgo).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
MEJORA DE LA CALIDAD				
216	GMC.5 Se alcanza y mantiene la mejora de la calidad de la atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
217	GMC.5.1 Las actividades de mejora se llevan a cabo en las áreas prioritarias identificadas por el Comité de Gestión de la Calidad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
218	GMC.5.2 Se realizan las actividades asignadas por la dirección del establecimiento y se facilita el apoyo necesario.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
219	GMC.5.3 Se capacita al personal, se realizan los cambios de normativa adecuados y se asignan los recursos necesarios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
220	GMC.5.4 Se planifican, comprueban y llevan a cabo las estrategias de mejora efectivas.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
221	GMC.5.5 El establecimiento recopila datos que demuestran que la mejora se mantiene.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
222	GMC.5.6 El establecimiento documenta su mejora continua y sistemática y utiliza la información para elaborar planes estratégicos de mejora.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIES)				
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIES)				
223	CIES.1 El establecimiento de salud diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
224	CIES.1.1 Todas las áreas de pacientes, personal y visitas del establecimiento se incluyen en el programa de control de la infección.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
225	CIES.2 El establecimiento de salud establece el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OPCIONAL
226	CIES.3 El establecimiento identifica los procesos y procedimientos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
227	CIES.4 Se dispone y se hace buen uso de las básculas físicas (guantes, mascarillas), básculas químicas (jabón y desinfectantes) y básculas biológicas (inmunizaciones).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
228	CIES.5 En situaciones de brote de infecciones en establecimientos de salud, se obtienen cultivos de ambientes vinculados al brote.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
229	CIES.6 El Sub-Comité de Infecciones en establecimientos de salud, supervisa los actividades de prevención y control de la infección. Los integrantes del sub-comité son personas calificadas en prácticas de control de la infección a través de estudios, formación, experiencia o titulación.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
230	CIES.7 La coordinación de las actividades de control de la infección implican a las áreas médica, enfermería, laboratorio, limpieza, lavandería y alimentación según la complejidad del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
231	CIES.8 El Manual de control de la infección se basa en la normativa vigente, los conocimientos científicos actuales y los protocolos de atención.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
232	CIES.9 Los sistemas de Gestión de la Información apoyan al programa de control de la infección.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA

237	CIES.8.1 El establecimiento identifica riesgos de infección, tasas de infección y tendencias en las infecciones en los establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
238	CIES.8.2 La monitorización incluye la utilización de indicadores relacionados con temas de infección importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
239	CIES.9.1 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
240	CTFS.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
241	CTFS.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
242	CTFS.9.6 El establecimiento envía información de infecciones al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
243	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
244	CIES.10.1 Se actualiza al personal en el control de la infección cuando se implementan nuevas normas y cuando se observan tendencias significativas en los datos de vigilancia.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MRES)				
245	MRES.1 El establecimiento cuenta con un sistema de manejo de residuos generados en establecimientos de salud.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
BIOSEGURIDAD (BIOS)				
246	BIOS.1 El establecimiento cuenta con un sistema de bioseguridad.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
GESTION DE LA INFORMACION (GIN)				
247	GIN.1 El establecimiento planifica e implementa un sistema de información que abarca 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 éste. Se ajusta a la complejidad y características del establecimiento y de los servicios brindados. .	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
248	GIN.1.1 El Sistema contempla instrumentos que define el sistema nacional de información.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
249	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
250	GIN.1.3 El Sistema define los niveles de seguridad necesarios.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
251	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
252	GIN.1.3.2 Solo el personal autorizado puede introducir datos en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
253	GIN.1.3.3 En cada registro del expediente clínico se debe especificar el responsable, la fecha y la hora.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
254	GIN.1.4 El establecimiento tiene una normativa sobre el tiempo y confiabilidad en la construcción de los expedientes clínicos y documentos administrativos.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
255	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
256	GIN.1.6 Se protege la información y los Expedientes clínicos de la pérdida, la destrucción y el acceso o uso indebido o no autorizado.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
257	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 obtienen en el momento oportuno, en un formato que cumpla con la norma vigente.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
258	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
259	GIN.1.9 Los miembros del personal tienen acceso al nivel de información que requieren sus necesidades y responsabilidades de trabajo.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	NO APLICA
260	GIN.1.10. La información generada en las distintas unidades está integrada para apoyar la gestión y el gobierno del establecimiento.	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO

257	GIM 1.11 Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación sobre el sistema de información.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
258	GIM 1.12 El establecimiento analiza y toma decisiones a través del Sub - Comité de Análisis de la Información Hospitalaria (CAIH).	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE				
259	GIM 2 El establecimiento inicia y conserva el expediente clínico de cada paciente diagnosticado o tratado.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
260	GIM 2.1 El Expediente Clínico contiene la información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los profesionales en salud.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
261	GIM 2.1.1 El expediente clínico de cada paciente que recibe atención de urgencias incluye la hora de llegada, el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones para la continuidad de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
262	GIM 2.2 Como parte de las actividades de mejora, el establecimiento evalúa regularmente el contenido del expediente clínico del paciente y comprueba que este completo.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
263	GIM 2.3 Los profesionales en salud tienen acceso a la información del expediente clínico del paciente cada vez que le atienden.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
264	GIM 2.4 El establecimiento utiliza procedimientos estandarizados para la codificación de la información.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)				
PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN				
265	GSI 1 El establecimiento cumple la legislación, las regulaciones vigentes y los requisitos de inspección de las instalaciones.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
266	GSI 1.1 El establecimiento planifica y define el presupuesto para mantener, mejorar o sustituir sistemas, edificios o componentes clave.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
267	GSI 1.2 El establecimiento planifica e implementa un programa para gestionar el entorno físico.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
268	GSI 2.1 El establecimiento inspecciona regularmente contra incendios de los edificios y cubre con un plan para reducir riesgos manifiestos y facilitar unas instalaciones físicas seguras para los pacientes, las familias, el personal y las visitas.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
269	GSI 3 El establecimiento incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias.	OPCIONAL	OPCIONAL	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
272	GSI 3.3 El establecimiento cumple con la ley relativa a la prohibición del uso de tabaco en establecimientos de salud.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
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.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
274	GSI 3.5 El establecimiento supervisa regularmente sus sistemas de emergencia eléctricos y de agua y documenta los resultados.	OPCIONAL	OPCIONAL	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.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
276	GSI 3.7 Se revisa, 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.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
277	GSI 3.7.1. Autoridades o profesionales designados se encargan de supervisar regularmente la calidad del agua en servicios de cuidado especial (Ej: quirófano, esterilizadora, hemodiálisis)	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
278	GSI 4 El establecimiento elabora un plan de respuesta ante posibles emergencias en la población, epidemias y desastres naturales, entre otros.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
279	GSI 4.1 El establecimiento ha comprobado su respuesta a emergencias, epidemias y desastres.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA

28	GSI.4.2 El establecimiento tiene acceso a cualquier suministro médico, equipo de comunicación y otros materiales para responder a emergencias, epidemias o desastres.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
29	GSI.5 Uno o más profesionales capacitados se encargan de facilitar instalaciones físicas seguras y eficaces.	OPCIONAL	OPCIONAL	NO APLICA
EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES				
29	GSI.6 El establecimiento planifica e implementa un programa para supervisar, evaluar y mantener el equipamiento médico y documentar los resultados.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
30	GSI.6.1 El establecimiento recopila los datos de la monitorización para el programa de gestión del equipamiento médico. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades del establecimiento a largo plazo para mejorar o sustituir dicho equipamiento.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
CAPACITACION AL PERSONAL EN SEGURIDAD				
34	GSI.7 El establecimiento capacita al personal para facilitar instalaciones seguras y eficaces.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
225	GSI.7.1 Se capacita e informa al personal sobre sus funciones en los planes de seguridad contra incendios, vigilancia, materiales peligrosos y emergencias.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA
226	GSI.7.2 Se capacita al personal del servicio para manipular y realizar el mantenimiento del equipamiento médico y los sistemas generales.	OBIGATORIO	OBIGATORIO	NO APLICA



Bolivia Digna, Soberana y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**