



**MINISTERIO DE SALUD  
Y DEPORTES**

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

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

**Serie: Documentos Técnico Normativos**

**LA PAZ - BOLIVIA  
2008**





**MINISTERIO DE SALUD  
Y DEPORTES**

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

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

**Serie: Documentos Técnico Normativos**

**LA PAZ - BOLIVIA  
2008**



R-BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Proyecto  
WX15 Reforma de Salud, Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).  
M665g Guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud: segundo nivel de  
2007 atención/Ministerio de Salud y Deportes. La Paz: Gacely,2007.

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

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

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

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

Depósito Legal N° 4-1-67-08 P.O.  
ISBN 978-99905-966-3-2

### **Autores:**

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

### **Edición:**

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

### **Coordinación:**

|                           |      |
|---------------------------|------|
| Dr. Javier Luna Orosco E. | MSyD |
|---------------------------|------|

### **Contribuciones y revisión técnica:**

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

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

© Ministerio de Salud y Deportes 2008

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

**Impreso en Bolivia**

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

Dr Walter H Selum Rivero  
**MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES**

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado  
**VICEMINISTRO DE SALUD**

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

Sr. Miguel Aguilar Egüez  
**VICEMINISTRO DE DEPORTES**

Dr, Roberto Tardío Lara  
**DIRECTOR GENERAL DE SALUD**



## **AGRADECIMIENTO**

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

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

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

---

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

## PRESENTACIÓN

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

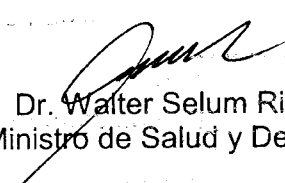
Hasta hace unos años, la calidad era una orientación y luego una política de salud, en la actualidad se constituye en una responsabilidad ineludible del Estado, en procura de afianzarla como condición intrínseca o esencial de los servicios de salud, y que junto a condiciones de equidad, solidaridad,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

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

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

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

La Paz, marzo de 2008



Dr. Walter Selum Rivero  
Ministro de Salud y Deportes



# Resolución Ministerial 0090

26 FEB. 2008

## VISTOS Y CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

## POR TANTO,

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

## RESUELVE,

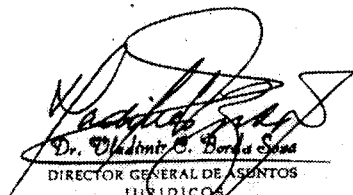
**ARTICULO PRIMERO.-** Aprobar y poner en vigencia los siguientes documentos, que en anexos forman parte integrante de la presente Resolución:

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

- OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
- REGLAMENTO GENERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
- MANUAL DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PRIMER NIVEL
- MANUAL DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGUNDO NIVEL
- MANUAL DE 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. Vladimir C. Borja Sosa**  
 DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS  
 JURIDICOS  
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

  
**Dr. Juan A. Nogales Rocabado**  
 VICEMINISTRA DE SALUD  
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

  
**Dr. Walter Delum Rivero**  
 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) .....                            | 22 |
| Derechos del paciente y de su familia (DPF).....                | 43 |
| Educación y comunicación al paciente y su familia (EPF).....    | 51 |
| Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento (GLD) ..... | 53 |
| Formación y calificaciones del personal (FCP) .....             | 55 |
| Gestión y mejora de la calidad (GMC) .....                      | 59 |
| Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) .....                | 65 |
| - Prevención y Control de Infecciones (CIES) .....              | 65 |
| - Manejo de residuos (MRES).....                                | 71 |
| - Bioseguridad (BIOS) .....                                     | 72 |
| Gestión de la información (GIN) .....                           | 73 |
| Gestión de seguridad de las Instalaciones (GSI) .....           | 80 |
| Resumen de Estandares por nivel de Atención .....               | 87 |

### **ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)**

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

| <b>Parámetros de evaluación</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>Medios de verificación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>Observaciones</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------|
| 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"><li>• Guía de información al usuario</li><li>• Línea telefónica gratuita</li><li>• Boletines informativos</li><li>• Página Web</li><li>• Panel informativo gráfico</li><li>• Medios de información audio visuales</li></ul> (El cumplimiento de uno de los medios de verificación califica el estándar) |           |           |                      |
| 2. Durante el primer contacto, se proporciona al paciente y a la población información referente a su requerimiento o necesidad.                                                                                                                    | Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Unidad de informaciones</li><li>• Funcionario encargado con capacitación técnica y en relaciones humanas, preferentemente con conocimiento del idioma de la región</li></ul>                                                                                                                      |           |           |                      |
| 3. En base al primer contacto, se comprueba que las necesidades del paciente se adaptan a la misión y nivel de atención.                                                                                                                            | Verificar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos acordes a la misión y al nivel de atención</li></ul>                                                                                                                                                                                                           |           |           |                      |
| 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"><li>• Registro de admisión</li><li>• Registro de referencia</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |           |           |                      |

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

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

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

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

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

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

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

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)(OBLIGATORIO si cuenta con el servicio).

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



|    |                                                                                                            |                                                                  |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 3. | El procedimiento incluye información acerca de aquellos gastos que deberá asumir el paciente o su familia. | Verificar:<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos |  |  |  |
| 4. | Los pacientes reciben la suficiente información para poder tomar decisiones.                               | • Entrevista a 5 pacientes recién ingresados                     |  |  |  |

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

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

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                                               | Medios de verificación                                       | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Existe un proceso que facilita los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de decidir el ingreso, el traslado o la referencia del paciente. | • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos |    |    |               |
| 2.                       | Existen criterios que determinan qué pruebas diagnósticas son necesarias antes del ingreso.                                                                   | • 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. | • Verificar en protocolos de atención los criterios de ingreso a estos servicios especializados                                  |    |    |               |
| 2.                       | En la elaboración de estos criterios participan profesionales especializados.                                                            | • Verificar quienes participaron en la elaboración de los protocolos                                                             |    |    |               |
| 3.                       | Se educa al personal en la aplicación de los criterios.                                                                                  | • Verificar proceso de capacitación<br>• Entrevista al personal capacitado (3)                                                   |    |    |               |
| 4.                       | Los pacientes trasladados o ingresados en servicios o unidades de cuidados especializados o intensivos cumplen estos criterios.          | • 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).                                    | • 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 :<br>• Reglamento de investigación<br>• 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<br>• 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:<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos                                                                                                                                                                                                                |    |    |               |
| 2. La indicación de transferencia dentro del establecimiento se determina mediante normas o criterios establecidos.                                    | Verificar:<br>• Reglamento de Transferencia<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos                                                                                                                                                                               |    |    |               |
| 3. La continuidad y coordinación son evidentes a lo largo de todas las fases de atención al paciente.                                                  | Verificar atención 24 horas de:<br>• Admisión o Vigencia de derechos<br>• Rol de turnos de personal de salud:<br>- Urgencias<br>- Emergencia de especialidades<br>- Servicios de diagnóstico<br>- Servicios de tratamiento<br>- Insumos y medicamentos<br>- Servicios generales |    |    |               |
| 4. Se coordina la atención entre el servicio de urgencias y las unidades de hospitalización.                                                           | Verificar:<br>• Manual de procesos<br>• Expediente clínico (5)<br>• Actas del comité de Auditoría Médica                                                                                                                                                                        |    |    |               |
| 5. Se coordina la atención entre los servicios de diagnóstico y de tratamiento.                                                                        | Verificar:<br>• Manual de procesos<br>• Expediente clínico (5)<br>• Actas del comité de Auditoría Médica                                                                                                                                                                        |    |    |               |

|    |                                                                                                 |                                                                                                                          |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 6. | Se coordina la atención entre los servicios quirúrgicos y no quirúrgicos.                       | Verificar:<br>• Manual de procesos<br>• Expediente clínico (5)<br>• Actas del comité de Auditoría Médica                 |  |  |  |
| 7. | Se coordina la atención entre el establecimiento de salud y otros establecimientos de atención. | • Verificar en expediente clínico<br>• Formularios de referencia y contrarreferencia<br>• Convenios interinstitucionales |  |  |  |
| 8. | Se identifica a los responsables de la coordinación con otros establecimientos de atención.     | • Verificar:<br>• 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.                          | • Verificar en 5 expedientes clínicos sello y firma del responsable |    |    |               |
| 2.                       | El o los profesionales responsables están calificados para asumir la responsabilidad de la atención.         | • Verificar documentos en el file de personal                       |    |    |               |
| 3.                       | El o los profesionales responsables de la atención están identificados ante el personal del establecimiento. | • 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.                  | • Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos<br>• 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. | • Verificar en 5 Expedientes clínicos                                                          |    |    |               |
| 3.                       | La información intercambiada incluye el estado de salud del paciente.                                                                     | • Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)                          |    |    |               |
| 4.                       | La información intercambiada incluye un informe de la atención prestada.                                                                  | • Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)                          |    |    |               |
| 5.                       | La información intercambiada incluye la evolución del paciente.                                                                           | • Verificar en 5 Expedientes clínicos (sello y firma del responsable)                          |    |    |               |
| 6.                       | Cuando se produce una transferencia, se registra el motivo de la misma.                                                                   | • 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. | • 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:<br>• Reglamento de manejo y uso del Expediente Clínico<br>• Entrevista al personal (3) |  |  |  |
| 3. | Para garantizar la transmisión de la información más reciente se actualizan adecuadamente los expedientes clínicos. | • 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 del establecimiento de salud.                                                                               | • Verificar en 5 expedientes clínicos el resumen de información     |    |    |               |
| 2.                       | En el resumen se registra:<br>- El motivo del ingreso.<br>- Hallazgos significativos.<br>- Diagnóstico realizado<br>- Cualquier procedimiento realizado<br>- Medicación y otros tratamientos<br>- El estado del paciente en el momento del traslado. | • Verificar en 5 expedientes clínicos en el resumen de información. |    |    |               |

**ALTA, REFERENCIA Y SEGUIMIENTO**

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                           | Medios de verificación                                                | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Existe un proceso organizado para dar el alta o referir a los pacientes.                  | Verificar:<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos      |    |    |               |
| 2.                       | El alta o la referencia considera las necesidades de continuidad de atención al paciente. | Verificar:<br>• En 5 Expedientes Clínicos<br>• Protocolos de atención |    |    |               |
| 3.                       | Se utilizan criterios para determinar que el paciente está preparado para el alta.        | Verificar:<br>• Protocolos de atención<br>• 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:<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos<br>• Protocolos de atención<br>• 5 Expedientes Clínicos |    |    |               |
| 2.                       | El establecimiento conoce los establecimientos de referencia de su entorno.                                                   | Verificar:<br>• Listas de establecimientos de referencia (Isocronas)                                                     |    |    |               |

|    |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|    |                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Convenios y contratos sujetos a las normas vigentes.</li></ul>                                                                              |  |  |  |
| 3. | Las referencias se realizan a establecimientos específicos de la misma zona de procedencia del paciente, siempre que sea posible. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"><li>• En 5 expedientes clínicos copia del formulario de referencia, con constancia de recepción por el paciente o familiares</li></ul> |  |  |  |

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

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

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                               | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Existe un ejemplar original de la epicrisis en el expediente clínico del paciente                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |
| 2.                       | La epicrisis contiene los parámetros especificados                                                                                            | Verificar que contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de ingreso, egreso</li> <li>• Diagnósticos de ingreso y egreso (CIE-10)</li> <li>• Motivo de alta</li> <li>• Resumen de la evolución</li> <li>• Lista de problemas clínicos pendientes</li> <li>• Plan de manejo y tratamiento</li> <li>• Recomendaciones para vigilancia ambulatoria (Instrucciones para el seguimiento).</li> <li>• Enfermedades colaterales y hábitos</li> <li>• En caso de defunción causa de muerte acorde a certificado de defunción y si se solicito y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.</li> </ul> |    |    |               |
| 3.                       | Existe ejemplar original del Resumen de egreso o nota de alta en el expediente clínico del paciente, que incluye los parámetros especificados | Verificar en nota de alta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos generales del paciente</li> <li>• Fecha de ingreso y egreso</li> <li>• Diagnósticos de ingreso y egreso</li> <li>• Resumen de exámenes complementarios relevantes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |               |

|                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento realizado</li> <li>• Recomendaciones</li> <li>• Nombre, firma y sello del responsable</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| 4. En caso de alta solicitada verificar la existencia de la misma en el expediente clínico | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 5. La nota de alta solicitada incluye los parámetros especificados                         | Verificar en nota de alta solicitada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha y hora del alta solicitada</li> <li>• Nombre completo del paciente</li> <li>• Detalle de las consecuencias que dicho acto puede originar</li> <li>• Nombre completo del familiar más cercano, tutor o representante legal solicitante</li> <li>• Firma y N° de documento de identificación del paciente o persona solicitante</li> <li>• Firma y sello del médico tratante</li> </ul> |  |  |  |

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

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

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)

| 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 contrarreferencia                                             |    |    |               |
| 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 contrarreferencia contara con un responsable intrahospitalario                                                     | • Verificar en Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos<br>• Entrevista con funcionario responsable |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                      | Medios de verificación                                                                                                                             | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Todos los pacientes reciben supervisión durante el traslado de acuerdo a la gravedad de su estado clínico. | • Verificar en el Manual de procesos, operaciones y procedimientos<br>• Hoja de referencia<br>• Nombre, firma y sello del responsable del traslado |    |    |               |
| 2. La formación del personal que supervisa el paciente se ajustan al estado de salud de éste.                 | • 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:<br>- La constancia de coordinación con el establecimiento que acogerá al paciente.<br>- Los motivos de la referencia.<br>- Cualquier circunstancia especial de traslado.<br>- Cualquier cambio en la condición o el estado del paciente durante el traslado. | • 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 por el establecimiento de destino. | • Verificar en archivo clínico |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|

ACA.5 El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte de éste. (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:<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos |    |    |               |
| 2.                       | El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.                                       | Verificar:<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos |    |    |               |
| 3.                       | El proceso de alta de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.                                           | Verificar:<br>• 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:<br>• 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 habrá que obtener sobre los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios. | Verificar :<br>• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos |    |    |               |
| 2.                       | Normas o procedimientos del establecimiento de salud definen al responsable de realizar la evaluación.                                                    | • Identificar al responsable de realizar la evaluación            |    |    |               |
| 3.                       | Normas del establecimiento identifican la información y al responsable para documentar el ingreso del paciente en el servicio de salud.                   | • Verificar Registro de pacientes atendidos y admitidos           |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                           | Medios de verificación                                                                              | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Los médicos y las autoridades del establecimiento cumplen con las Normas y protocolos de atención médica.                 | Verificar:<br>• Instructivo de aplicación<br>• En 5 expedientes clínicos                            |    |    |               |
| 2.                       | Los médicos y los directores de los hospitales adaptan las Normas según los pacientes y los recursos del establecimiento. | • Verificar Protocolos de Atención al Paciente                                                      |    |    |               |
| 3.                       | Los protocolos se revisan regularmente                                                                                    | • Verificar que las actualizaciones de los Protocolos de Atención se realizan mínimo cada tres años |    |    |               |



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

| Parámetros de evaluación                                                                                                 | Medios de verificación                                                          | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Los plazos adecuados para realizar la atención en las distintas especialidades se establecen para todos los servicios | • Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos                 |    |    |               |
| 2. Las evaluaciones se completan en los plazos establecidos por el establecimiento                                       | • Verificar tiempos ejecutados en Expediente Clínico                            |    |    |               |
| 3. Los resultados de las evaluaciones realizadas fuera del hospital se verifican al ingreso del paciente en ésta.        | • Verificar Notas de Referencia, contrarreferencia en el Expediente Clínico (5) |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                             | Medios de verificación                                                                     | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. A cada paciente que ingresa se le realiza una evaluación inicial siguiendo las normas del establecimiento.                        | • Verificar en 5 Expedientes clínicos                                                      |    |    |               |
| 2. A cada paciente se le realiza a una evaluación física inicial.                                                                    | • 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 | • Verificar evaluación por Trabajo Social<br>• 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 dentro de las 24 horas posteriores al ingreso.      | • Verificar en 5 Expedientes Clínicos |    |    |               |
| 2. Cualquier cambio significativo en el estado del paciente desde el ingreso se anota en el expediente clínico del paciente. | • Verificar en 5 Expedientes Clínicos |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                                             | Medios de verificación                | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Para los pacientes de urgencias, la evaluación médica se ajusta a su estado físico y sus necesidades, por el médico de guardia o especialistas con presencia física o ha llamado. | • 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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. La evaluación inicial de enfermería se documenta en el expediente clínico del paciente en un plazo de tiempo que cumple las normas del establecimiento. | • Verificar en 5 Expedientes Clínicos |    |    |               |

EDP.2.2 Se examina el estado nutricional y las necesidades 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 abandono y otros) (OPCIONAL)

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

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

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

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

|    |                                                                                                           |                                       |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 3. | Se reevalúa a los pacientes a intervalos según su condición, plan de atención y necesidades individuales. | • Verificar en 5 expedientes clínicos |  |  |  |
| 4. | La reevaluación se documenta en el expediente clínico del paciente                                        | • Verificar en 5 expedientes clínicos |  |  |  |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                | Medios de verificación                                                 | Si |  | Observaciones |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----|--|---------------|
| 1.                       | Se identifica a los profesionales calificados para realizar evaluaciones clínicas y reevaluaciones dentro del establecimiento. | • Verificar en 5 expedientes clínicos la firma y sello del profesional |    |  |               |
| 2.                       | Las evaluaciones de urgencias las realizan profesionales calificados                                                           | • Verificar en 5 expediente clínico la firma y sello del profesional   |    |  |               |
| 3.                       | Las evaluaciones de enfermería las realizan profesionales calificados                                                          | • Verificar en 5 expedientes clínicos la firma y sello del profesional |    |  |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                 | Medios de verificación                                             | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Las responsabilidades de los profesionales calificados para realizar evaluaciones y reevaluaciones están definidas por escrito. | • Verificar Manual de Organización y Funciones y Manual de Puestos |    |    |               |

**ANALISIS E INTEGRACION DE LAS EVALUACIONES**

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                        | Medios de verificación                                                             | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Se integran y analizan todos los datos y la información de la evaluación del paciente. | • Verificar en el expediente clínico el registro de juntas médicas, interconsultas | 2. |    |               |
| 3.                       | Los responsables de la atención al paciente toman parte en el proceso                  | • Verificar firmas y sellos del personal responsable de la atención                |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                          | Medios de verificación                                                                    | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Las necesidades del paciente se priorizan en función de los resultados de la evaluación. | • 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"> <li>Verificar la autorización de habilitación y funcionamiento del laboratorio de acuerdo a normas establecidas</li> </ul> |    |    |               |

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

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

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

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

|    |                                                                                                                                      |                                                                            |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 8. | Se educa al personal de laboratorio sobre nuevos procedimientos y sobre materiales peligrosos reconocidos o de reciente adquisición. | Verificar:<br>• Programa de Capacitación continua<br>• 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:<br>• Estructura organizacional (organigrama),<br>• Manual de Organización y Funciones<br>• Designación del responsable de laboratorio                                                                                |    |    |               |
| 2.                       | Profesionales y técnicos con la experiencia y formación adecuada realizan las pruebas.                              | Verificar:<br>• En Manual de Cargos el perfil de personal asignado de profesionales patólogos clínicos, bioquímicos y técnicos en laboratorio<br>• Documentos que acrediten formación profesional o técnica en files personales |    |    |               |
| 3.                       | El laboratorio cuenta con personal auxiliar capacitado                                                              | • Verificar capacitación específica en los files personales                                                                                                                                                                     |    |    |               |
| 4.                       | Profesionales con experiencia y formación adecuadas interpretan y reportan los resultados de pruebas de laboratorio | • Verificar en Manual de Cargos el perfil de personal asignado<br>• 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.                                                             | • 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 | • Verificar en 5 expedientes clínicos<br>• Verificar hora de solicitud y hora de entrega del resultado de la prueba |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                      | Medios de verificación                                                | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Existe un programa de gestión del equipo de laboratorio.                                             | • Verificar Programa de gestión de equipo                             |    |    |               |
| 2.                       | El programa incluye la selección y adquisición de equipos.                                           | • Verificar Programa de gestión de equipo                             |    |    |               |
| 3.                       | El programa incluye el inventariado del equipo.                                                      | • Verificar Programa de gestión de equipo                             |    |    |               |
| 4.                       | El programa incluye la inspección y las pruebas de funcionamiento del equipo                         | • Verificar Programa de gestión de equipo                             |    |    |               |
| 5.                       | El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo.                                    | • Verificar Programa de gestión de equipo                             |    |    |               |
| 6.                       | Se realiza un seguimiento del programa                                                               | • Verificar Informes de seguimiento del Programa de gestión de equipo |    |    |               |
| 7.                       | Se documentan adecuadamente las pruebas de funcionamiento, de mantenimiento y calibración del equipo | • 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"> <li>• Verificar la lista de reactivos y suministros esenciales</li> </ul>                                                              |    |    |               |
| 2. El responsable de laboratorio participa en el proceso de adquisición de los reactivos y suministros en base a la norma vigente, para garantizar la disponibilidad oportuna y adecuada de los mismos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar participación de jefe de laboratorio en el último proceso de adquisición</li> <li>• Existencia de reactivos</li> </ul> |    |    |               |
| 3. Todos los reactivos están almacenados y son distribuidos de acuerdo con las directrices del servicio.                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de Procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Verificar Manual de distribución de insumos</li> </ul>     |    |    |               |
| 4. Todos los reactivos se evalúan periódicamente para valorar su precisión y sus resultados.                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de evaluación periódica</li> </ul>                                                                           |    |    |               |
| 5. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados de forma completa y precisa                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en sitio nombre del reactivo o solución, fecha de vigencia y responsable de su preparación</li> </ul>                  |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                                                             | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El laboratorio ha establecido rangos de referencia para cada prueba que se realiza                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar existencia de Rangos de referencia</li> </ul>                                                   |    |    |               |
| 2. El rango se incluye en el expediente clínico como parte del informe de los resultados de la prueba.                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar inclusión de rangos de referencia en informe de resultados</li> </ul>                           |    |    |               |
| 3. Cuando las prueba las realizan laboratorios externos, se incluyen los rangos correspondientes                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar inclusión rangos de referencia en el informe de resultados</li> </ul>                           |    |    |               |
| 4. Los rangos se ajustan a la edad, género, las características geográficas de residencia de los pacientes que atiende el establecimiento. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar inclusión de rangos de referencia en el informe de resultados de acuerdo al paciente</li> </ul> |    |    |               |
| 5. Estos rangos se revisan y se actualizan periódicamente                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar actualización mínima anual</li> </ul>                                                           |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                  | Medios de verificación                                                                                                                                                                            | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El laboratorio clínico está bajo la dirección de profesionales calificados en la especialidad                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar cumplimiento de perfil profesional del jefe de laboratorio en file de recursos humanos</li> </ul>                                              |    |    |               |
| 2. Las responsabilidades incluyen el desarrollo, actualización, socialización y archivo de normas y procedimientos.                       | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de organización y funciones de Laboratorio</li> <li>• Manual de Procesos y Procedimientos</li> <li>• Archivo de laboratorio</li> </ul> |    |    |               |
| 3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de supervisión administrativa</li> </ul>                                                                                             |    |    |               |
| 4. Las responsabilidades incluyen el mantenimiento de programas de control de calidad                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de control de calidad vigentes</li> </ul>                                                                                            |    |    |               |
| 5. Las responsabilidades incluyen la participación en el proceso de contratación de servicios de laboratorio de establecimientos externos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar actas de proceso de contratación</li> </ul>                                                                                                    |    |    |               |
| 6. Las responsabilidades incluyen el control y seguimiento de los servicios de laboratorio                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de control y seguimiento periódico y actualizado de los servicios de laboratorio</li> </ul>                                          |    |    |               |

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

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

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

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



**EDP.6.11 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios de laboratorio externos de los que se compra servicios. (OBLIGATORIO)**

| Parámetros de evaluación                                                                                   | Medios de verificación                                                                                              | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El laboratorio externo entrega con regularidad los resultados del control de calidad al establecimiento | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar registros de control periódico de laboratorios externos</li> </ul> |    |    |               |

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

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

## IMAGENOLÓGIA

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                               | Medios de verificación                                                                                              | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Los servicios de imagenología se ajustan a las normas, la legislación y los parámetros de evaluación locales y nacionales vigentes. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar si se cumple la normas y la legislación correspondiente</li> </ul> |    |    |               |
| 2. Cuenta con licencia institucional del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear (IBTEN)                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar licencia actualizada otorgada por el IBTEN</li> </ul>              |    |    |               |
| 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"> <li>Verificar licencias individuales otorgadas por el IBTEN</li> </ul>           |    |    |               |

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

**EDP.7.2 Existe un programa de seguridad contra la radiación que se controla y se documenta. (OBLIGATORIO) En caso de contar con el servicio.**

| Parámetros de evaluación                                                           | Medios de verificación                                                                                                                       | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Existe un programa de seguridad y prevención de riesgos y peligros de radiación | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar existencia de programa seguridad y prevención de riesgos y peligros de radiación</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El programa se coordina con el de gestión de la seguridad del establecimiento   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar coordinación con programa de gestión de seguridad</li> </ul>                                |    |    |               |

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

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

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

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

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

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

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

|    |                                                                                                      |                                                                          |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 2. | El programa incluye la selección y adquisición de equipos de acuerdo a normas vigentes.              | • Verificar programa de equipamiento                                     |  |  |  |
| 3. | El programa incluye el inventariado del equipo                                                       | • Verificar inventarios actualizados                                     |  |  |  |
| 4. | El programa incluye la inspección y la prueba del equipo                                             | • Verificar registros de inspección y prueba del equipo                  |  |  |  |
| 5. | El programa incluye la calibración, mantenimiento, reparación o sustitución del equipo o sus partes. | • Verificar registros calibración, mantenimiento o reparación del equipo |  |  |  |
| 6. | El programa incluye la monitorización y su seguimiento de los equipos.                               | • Verificar registros de monitorización y seguimiento de los equipos     |  |  |  |

**EDP.7.6 Se dispone de manera regular de material e insumos para el servicio de imagenología. (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. | • Verificar registro de identificación de materiales e insumos necesarios                          |    |    |               |
| 2.                       | Se dispone de los materiales e insumos necesarios                                                               | Verificar:<br>• Existencia de materiales e insumos necesarios<br>• Proceso de solicitud y dotación |    |    |               |
| 3.                       | Todos los reactivos se almacenan y administran según normas                                                     | • Verificar Manual de procesos, procedimientos y operaciones de almacenamiento                     |    |    |               |
| 4.                       | Todos los reactivos se evalúan de manera periódica para comprobar la precisión de los resultados.               | • Verificar registros de evaluación periódica                                                      |    |    |               |
| 5.                       | Todos los reactivos y soluciones tienen un registro completo y detallado.                                       | • Verificar registro de reactivos y soluciones                                                     |    |    |               |
| 6.                       | Se controlan las placas en cuanto a su vencimiento                                                              | • Verificar registros de vencimiento de placas                                                     |    |    |               |
| 7.                       | Se cuenta con registros de valores de revelado de las placas                                                    | • Verificar registro                                                                               |    |    |               |
| 8.                       | Se elabora informe mensual de los procedimientos realizados.                                                    | • Verificar una muestra aleatoria del informe consolidado                                          |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                          | Medios de verificación                                        | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El control de calidad incluye la validación de los métodos de exámenes                   | • Verificar registro de validación de los métodos de exámenes |    |    |               |
| 2.                       | El control de calidad incluye la supervisión diaria de resultados.                       | • Verificar registro de supervisión diaria de resultados      |    |    |               |
| 3.                       | El control de calidad incluye la intervención rápida en caso de detectarse deficiencias. | • Verificar registro de acciones correctivas                  |    |    |               |
| 4.                       | El control de calidad incluye pruebas de los reactivos y soluciones.                     | • Verificar registro de pruebas de reactivos y soluciones     |    |    |               |
| 5.                       | El control de calidad incluye la documentación de los resultados y acciones correctivas  | • Verificar documentación respaldatoria                       |    |    |               |

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

| 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"> <li>Verificar registro de revisión de resultados de control de calidad</li> </ul> |    |    |               |
| 2. Los resultados del control de calidad son revisados por personal calificado (IBTEN)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar reportes</li> </ul>                                                 |    |    |               |

EDP.7.9 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario. (OPCIONAL)

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

### **ATENCIÓN A LOS PACIENTES (AAP)**

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                                  | Medios de verificación                                                                                                                                                                             | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Las instancias responsables de la gestión en salud y las autoridades del establecimiento determinan procesos de atención uniformes, basados en la legislación vigente. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones</li> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Normas y protocolos de atención</li> </ul> |    |    |               |
| 2. La calidad de la atención es uniforme en los diferentes servicios.                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar las actas de Comité de Gestión de calidad y auditoria médica.</li> <li>Resultados de supervisión por autoridad competente</li> </ul>              |    |    |               |

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

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

| Parámetros de evaluación                                                            | Medios de verificación                                                                | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se planifica la atención para cada paciente.                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul> |    |    |               |
| 2. La atención planificada para cada paciente se registra en el expediente clínico. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en 5 expedientes clínicos</li> </ul> |    |    |               |

|    |                                                                           |                                       |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 3. | Se lleva a cabo la atención planificada.                                  | • Verificar en 5 expedientes clínicos |  |  |  |
| 4. | La atención facilitada 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 hacerlas el personal autorizado.                                         | • Verificar en 5 expedientes clínicos firma y sello del médico tratante |    |    |               |
| 3.                       | Las órdenes se hallan en un lugar específico en el expediente clínico del paciente. | • 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<br>• Entrevista al personal médico (3 mínimo) |    |    |               |

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

| 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 especialidades, horarios de atención y asignación de consultorios. | Verificar:<br>• Panel de información respecto a los profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios. |    |    |               |
| 2.                       | Existe un sistema de señalización visible y comprensible.                                                                               | Verificar:<br>• Sistema de señalización<br>• Entrevista a 3 pacientes                                                 |    |    |               |
| 3.                       | Existe una sala de recepción, espera y baños con el mobiliario necesario                                                                | • Verificar ambientes por muestreo                                                                                    |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                               | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Existe el servicio de consulta externa en las especialidades que correspondan al nivel de complejidad.              | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Panel de información respecto a las especialidades</li> <li>• Observación directa de la existencia de atención</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          |    |    |               |
| 2. El consultorio externo debe contar con ambientes adecuados para proporcionar privacidad y tranquilidad al paciente. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes por muestreo de acuerdo a anexo</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |               |
| 3. El consultorio externo cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo a la especialidad           | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de inventario actualizado</li> <li>• Comprobar existencia y funcionamiento aleatoriamente (10 ítems)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         |    |    |               |
| 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"> <li>• Listado de personal del servicio en recursos humanos</li> <li>• File de personal (2 por disciplina)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                     |    |    |               |
| 5. El servicio de consulta externa cuenta con normas de organización y funcionalidad                                   | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de organización y funciones</li> <li>• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> <li>• Manual de cargos</li> <li>• Rol de turnos de personal que garantice funcionamiento continuo</li> <li>• Memorando de designación del responsable del servicio</li> <li>• Instrumentos de registros de atención</li> </ul> |    |    |               |

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

## ODONTOLOGÍA

AAP.4 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"> <li>• Panel de información respecto a los profesionales, horarios de atención y asignación de consultorios.</li> </ul> |    |    |               |
| 2. | Existe un sistema de señalización adecuado, visible y comprensible.                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar sistema de señalización</li> <li>• Entrevistar a 3 – 5 pacientes</li> </ul>                                       |    |    |               |
| 3. | Existe una sala de recepción, espera y baños con mobiliario necesario.                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes por muestreo</li> </ul>                                                                                 |    |    |               |

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

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

|    | Parámetros de evaluación                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                                                                               | Si | No | Observaciones |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. | El consultorio de odontología debe contar con ambientes adecuados para proporcionar privacidad y tranquilidad al paciente. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes por muestreo</li> </ul>                                                                                 |    |    |               |
| 2. | El consultorio de odontología cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo al nivel y especialidad     | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de inventario actualizado</li> <li>• Aleatoriamente existencia y funcionamiento (10 items)</li> </ul> |    |    |               |
| 3. | El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo al nivel de atención                                 | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de personal del servicio en recursos humanos</li> <li>• File de personal</li> </ul>                      |    |    |               |
| 4. | El servicio de consulta odontológica cuenta con normas de organización y funcionalidad                                     | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de organización y funciones</li> <li>• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos</li> </ul>        |    |    |               |

|                                                                                            |                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de cargos</li> <li>Memorando de designación del responsable del servicio</li> <li>Instrumentos de registros</li> </ul> |  |  |  |
| 5. La atención de pacientes de consulta odontológica está regulada por normas y protocolos | Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Normas y Protocolos de atención</li> <li>Actas de auditoria del expediente clínico</li> </ul>        |  |  |  |

## ENFERMERÍA

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                                                      | Medios de verificación                                                                                                                                            | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento cuenta con una Jefe de Enfermería (seleccionadas preferentemente por Concurso de Meritos).                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documentos en file de RRHH</li> </ul>                                                                            |    |    |               |
| 2. Existe un ambiente para la jefatura de Enfermería con mobiliario necesario                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar ambiente</li> </ul>                                                                                              |    |    |               |
| 3. Existe un rol de turno mensual y anual y rol de vacaciones del personal de enfermería                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar rol de turnos y de vacaciones</li> </ul>                                                                         |    |    |               |
| 4. El establecimiento cuenta con protocolos de enfermería, manuales de procedimientos y manual de funciones actualizados y están a disposición del personal de enfermería.                    | Verificar <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de protocolos de enfermería</li> <li>Manual de funciones</li> <li>Manual de procedimientos</li> </ul> |    |    |               |
| 5. Se supervisa la correcta aplicación de los protocolos, manuales de procedimientos y funciones.                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar informe de supervisión</li> </ul>                                                                                |    |    |               |
| 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"> <li>Verificar 5 expedientes clínicos</li> </ul>                                                                                |    |    |               |
| 7. El establecimiento cuenta con un área específica de enfermería, que reúne los requisitos para dar una atención garantizada y libre de riesgo tanto para el paciente como para el personal. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar área de enfermería</li> </ul>                                                                                    |    |    |               |
| 8. En caso necesario, el personal de enfermería cuenta con acceso a vestuario, baño, ducha para el personal de turno.                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar acceso a vestuario, baño y ducha</li> </ul>                                                                      |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                   | Medios de verificación                                                                                          | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Existe el servicio de hospitalización en las especialidades que correspondan al nivel de complejidad.   | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Panel de información respecto a las especialidades</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El servicio de hospitalización debe contar con ambientes para proporcionar la atención correspondiente. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar ambientes por muestreo</li> </ul>                              |    |    |               |



|    |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 3. | El servicio de hospitalización cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo al grado de complejidad     | Verificar:<br>• Existencia de inventario actualizado<br>• Comprobar existencia aleatoriamente (10 items)                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| 4. | El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados de acuerdo a nivel de atención en el servicio de hospitalización | Verificar:<br>• Listado de personal del servicio en recursos humanos<br>• File de personal (2 por disciplina)                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| 5. | El servicio de hospitalización cuenta con normas de organización y funcionalidad                                            | Verificar:<br>• Manual de organización y funciones<br>• Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos<br>• Manual de cargos<br>• Rol de turnos de personal que garantice funcionamiento continuo<br>• Memorando de designación del responsable del servicio<br>• Instrumentos de registros de atención |  |  |  |
| 6. | La atención de pacientes hospitalizados está regulada por normas y protocolos                                               | Verificar existencia de:<br>• Normas y Protocolos de atención<br>• 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:<br>• Manual de organización y funciones<br>• Manual de Procesos, operaciones y procedimientos<br>• Normas y Protocolos de atención                             |    |    |               |
| 2.                       | Los profesionales médicos identifican a los pacientes de alto riesgo.                                | Verificar:<br>• Manual de Procesos, operaciones y procedimientos<br>• Normas y Protocolos de atención                                                                     |    |    |               |
| 3.                       | Las autoridades elaboran los procedimientos de estos servicios a través de un proceso participativo. | • Instructivo para la elaboración de Manual de Procesos, operaciones y procedimientos<br>• Listado de participantes<br>• Manual de Procesos, operaciones y procedimientos |    |    |               |
| 4.                       | Se capacita al personal y se utilizan los procedimientos preestablecidos.                            | Verificar:<br>• Listado de participantes a cursos de capacitación<br>• 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 norma. | • Verificar ambientes  |    |    |               |

|    |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 2. | Existe el equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios.                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar in situ</li> </ul>                                                                                              |  |  |  |
| 3. | La atención de pacientes de terapia intermedia o intensiva está regulada por normas y procedimientos.                                   | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos</li> <li>• Protocolos de atención</li> </ul>                                                |  |  |  |
| 4. | Los pacientes reciben atención de acuerdo a las normas y los procedimientos.                                                            | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas de Comité de auditoría médica</li> </ul>                                                                 |  |  |  |
| 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"> <li>• Rol de turnos de personal de salud</li> <li>• Funcionamiento de servicios auxiliares de diagnóstico</li> </ul> |  |  |  |

**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"> <li>• Verificar ambientes</li> </ul>                                                                                                                                                 |    |    |               |
| 2.                       | Existe el equipamiento, instrumental, insumos y materiales necesarios.                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar de acuerdo a anexo</li> </ul>                                                                                                                                        |    |    |               |
| 3.                       | La atención de pacientes de emergencias está regulada por normas y procedimientos.                                                       | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos de emergencias</li> <li>• Protocolos de atención</li> </ul>                                                                                      |    |    |               |
| 4.                       | Los pacientes reciben atención de acuerdo a las normas y los procedimientos.                                                             | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas de Comité de auditoría médica</li> </ul>                                                                                                                      |    |    |               |
| 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"> <li>• Rol de turnos de personal de salud</li> <li>• Funcionamiento de servicios auxiliares de diagnóstico</li> <li>• Panel de información accesible al usuario</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                                                        | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El uso uniforme de procedimientos de reanimación en el establecimiento está regulado por normas y procedimientos. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos y procedimientos</li> <li>• Normas y Protocolos de atención</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                        | Medios de verificación                                                                        | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 2.                       | La atención a pacientes en coma está regulada por normas y protocolos.                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Normas y Protocolos de atención</li> </ul> |    |    |               |
| 3.                       | La atención a pacientes con mantenimiento vital está regulada por normas y protocolos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Normas y Protocolos de atención</li> </ul> |    |    |               |

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

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

**AAP.7.6 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes en 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 esta regulada por normas y protocolos de atención                                                                           | • Verificar Normas y protocolos de atención                                    | 3. |    |               |
| 4. Si el establecimiento no cuenta con el servicio, establece convenios con establecimientos reconocidos y autorizados, verificando la calidad del servicio externo | • Verificar convenios<br>• Verificar controles de calidad a servicios externos |    |    |               |

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

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

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

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

**ANESTESIA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**AAP.9.3 El estado fisiológico del paciente durante la administración de la anestesia se 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 intra anestésica. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar nota de evolución intra-anestésica en 5 expedientes clínicos</li> </ul> |    |    |               |

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

## CIRUGÍA

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

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

**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"> <li>• Datos generales del paciente</li> <li>• Fecha</li> <li>• Hora de inicio y finalización de la cirugía</li> <li>• Diagnóstico preoperatorio</li> <li>• Diagnóstico postoperatorio</li> <li>• Cirugía planeada</li> <li>• Cirugía realizada</li> <li>• Descripción de la técnica quirúrgica</li> <li>• Hallazgos transoperatorios</li> <li>• Reporte de gasas y compresas</li> <li>• Incidentes y accidentes</li> <li>• Cuantificación de sangrado si hubo</li> <li>• Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorio</li> <li>• Nombre de ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulantes</li> <li>• Estado postquirúrgico inmediato</li> <li>• Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato</li> <li>• Envío de piezas quirúrgicas para examen histopatológico</li> <li>• Nombre completo, sello y firma del cirujano</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                        | Medios de verificación                                                                               | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se controla el estado del paciente durante la cirugía.                                       | • Verificar registro en protocolo operatorio                                                         |    |    |               |
| 2. Se controla el estado del paciente durante el período inmediatamente posterior a la cirugía. | • Verificar registro de nota postoperatoria en 5 expedientes clínicos con firma y sello del cirujano |    |    |               |
| 3. Se incluyen los hallazgos y procedimientos realizados en el expediente clínico del paciente. | • 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. | • Verificar órdenes médicas en 5 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 almacenamiento) destinado al servicio de esterilización, contiguo a quirófano, con circulación restringida. | • Verificar ambientes                                                                                                                                                                              |    |    |               |
| 2. El servicio tiene un responsable y personal de apoyo.                                                                                                                                                                          | Verificar:<br>• Responsable del servicio<br>• Servicio de 24 horas (rol de turnos)                                                                                                                 |    |    |               |
| 3. Cuenta con normas y procedimientos establecidos                                                                                                                                                                                | Verificar:<br>• Manuales de Organización y funciones,<br>• Manual de Procesos, operaciones y procedimientos<br>• Flujograma de procedimientos visible                                              |    |    |               |
| 4. Cuenta con sistemas de esterilización                                                                                                                                                                                          | Verificar sistemas de esterilización in situ:<br>• Calor seco,<br>• Calor húmedo,<br>• Óxido de etileno con autoclave<br>• Desinfección de alto nivel cumpliendo de recomendaciones del fabricante |    |    |               |
| 5. Se realiza control de calidad periódico del procedimiento de esterilización                                                                                                                                                    | • Verificar registro de control de calidad químico y biológico                                                                                                                                     |    |    |               |
| 6. Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos.                                                                                                                                                                            | • Verificar registro de mantenimiento preventivo de los equipos                                                                                                                                    |    |    |               |
| 7. El personal cumple con las normas de bioseguridad.                                                                                                                                                                             | • Verificar actas del Comité de bioseguridad                                                                                                                                                       |    |    |               |
| 8. Los empaques deben tener fecha del día de esterilización y fecha de vencimiento no mayor a 7 días.                                                                                                                             | • Verificar fechas en 5 empaques                                                                                                                                                                   |    |    |               |

|    |                                                                               |                                                                                                                          |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 9. | Cuenta con lista de desinfectantes a ser utilizados y especificaciones de uso | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar listado actualizado y especificaciones de uso del fabricante</li> </ul> |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

#### GESTION DE MEDICAMENTOS – FARMACIA

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                          | Medios de verificación                                                                                                                                                                             | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El establecimiento de salud cuenta con un responsable del servicio de farmacia, preferentemente por concurso de méritos. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura organizacional (organigrama),</li> <li>Manual de Organización y Funciones</li> <li>Designación del responsable de farmacia</li> </ul> |    |    |               |
| 2.                       | La farmacia cuenta con personal auxiliar capacitado                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar capacitación específica en los files personales</li> </ul>                                                                                        |    |    |               |
| 3.                       | Existe un número adecuado de profesionales para atender la demanda del servicio de acuerdo a normas                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rol de turnos</li> </ul>                                                                                                                                    |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                     | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                              | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Se regula la gestión de medicamentos en el establecimiento para atender las necesidades de medicación del paciente. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Existencia de una lista de medicamentos concordante con la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales LINAME</li> </ul>  |    |    |               |
| 2.                       | La farmacia y la gestión de medicamentos cumplen las leyes y normas vigentes.                                       | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia Reglamento de gestión de medicamentos en base a la Ley del Medicamento, Manual de Farmacia Institucional Municipal, y sistema Nacional Único de Suministros</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                                                                                                                              | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | La lista de medicamentos se ajusta a los Protocolos de atención, a las necesidades del paciente y a los servicios que se prestan. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Lista de medicamentos en función de Protocolos de atención, servicios ofertados y prevalencia de enfermedades concordante con la LINAME</li> </ul>                 |    |    |               |
| 2.                       | Existe registro de medicamentos en stock y de los que puede accederse rápidamente a través de fuentes externas.                   | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de medicamentos en stock y su existencia física por muestreo</li> <li>Listado de proveedores inmediatos de medicamentos que no están en stock</li> </ul> |    |    |               |

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

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                          | Medios de verificación                                                                                                                                                                                      | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Existe un método para supervisar el uso de medicamentos en el establecimiento.           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar actas del Comité de farmacia y terapéutica</li> <li>• Protocolos de atención</li> <li>• Resultados de Auditorias de recetas</li> </ul>                   |    |    |               |
| 2.                       | Se protegen los medicamentos contra pérdida o robo.                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Manual de Organización y Funciones</li> <li>• Verificar mecanismos de seguridad de farmacia</li> </ul> |    |    |               |
| 3.                       | El control de calidad incluye la intervención rápida en caso de detectarse deficiencias. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registro de acciones correctivas</li> </ul>                                                                                                              |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                           | Medios de verificación                                                                 | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Existe un procedimiento para obtener los medicamentos necesarios que no estén en stock o que habitualmente provengan de fuentes externas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el manual de procesos</li> </ul>    |    |    |               |
| 2.                       | El personal conoce el procedimiento.                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista al personal de farmacia</li> </ul> |    |    |               |

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

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

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

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



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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Sólo los médicos y odontólogos autorizados por el establecimiento, pueden prescribir o recetar medicamentos según las normas y procedimientos vigentes. | Verificar:<br>Firma y sello del médico en las recetas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |               |
| 2. La prescripción debe cumplir con la normativa vigente                                                                                                   | Verificar en 3 recetas elegidas aleatoriamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del paciente</li> <li>• Nombre genérico del medicamento</li> <li>• Forma farmacéutica</li> <li>• Concentración</li> <li>• Código del medicamento cuando corresponda</li> <li>• Cantidad</li> <li>• Fecha</li> <li>• Firma, sello con matricula profesional del medico y especialidad cuando corresponda</li> </ul> Indicaciones de uso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis</li> <li>• Frecuencia y Horario</li> <li>• Vía de administración</li> <li>• Duración del tratamiento</li> </ul> Resultados de Auditorias de recetas |    |    |               |
| 3. Existe un procedimiento que establece los límites de prescripción en caso de sustancias controladas, radioactivas, de investigación y otros.            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Manual de Procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Auditoria de recetas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |               |
| 4. El personal autorizado para prescribir y recetar medicamentos es conocido por el servicio de farmacia y por otros que suministran medicamentos.         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en farmacia listado de personal autorizado para prescripción de medicamentos</li> <li>• Entrevista al personal de farmacia</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |

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)

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

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)

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

#### AAP.13.2.4 (NO APLICA)

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

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

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

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

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

#### 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.                                               | • Verificar dispensación de fármacos<br>Resultados de Auditoría de recetas |    |    |               |
| 2. Existe un proceso para, en caso de duda, contactar con la persona que recetó un medicamento. | • 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 N° 0478          | • Verificar la previsión de las disposiciones contempladas en el POA (permuta o enajenación)                                                                                                                                                                                           |    |    |               |
| 2. Se aplican normas y procedimientos que regulan el uso de medicamentos a punto de caducar.                                         | • Verificar informe técnico de productos a disponer (próximos a vencer u obsoletos)                                                                                                                                                                                                    |    |    |               |
| 3. Se aplican normas y procedimientos que regulan la destrucción de medicamentos vencidos, descompuestos, alterados, o deteriorados. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe técnico de productos vencidos, descompuestos, alterados o deteriorados.</li> <li>• Informe de instrucción de baja aprobada</li> <li>• Aprobación de la resolución</li> <li>• Acta de destrucción y verificación</li> </ul> |    |    |               |
| 4. Se implementan las normas y los procedimientos.                                                                                   | • Verificar lista de productos a disponerse en formato establecido según reglamento.                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                           | Medios de verificación                                                                                               | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se identifica a los pacientes antes de administrar el medicamento.              | • Verificar 3 procesos de administración de medicamentos en sitio (enfermería)                                       |    |    |               |
| 2. Se verifican si los medicamentos a administrarse correspondan a la prescripción | • Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería |    |    |               |
| 3. La cantidad de las dosis se verifica con la prescripción                        | • 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                     | • Verificar 3 procesos de administración de medicamentos (enfermería) con expediente clínico y tarjeta de enfermería |    |    |               |
| 5. Los medicamentos se administran en la hora indicada                             | • 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.  | • Verificar indicaciones médicas diarias en 5 expedientes clínicos              |    |    |               |
| 2. La administración de medicamentos se registra por cada dosis. | • 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 | • Verificar en Manual de procesos, operaciones y procedimientos                                     |    |    |               |
| 2. Se registra y comunica los efectos adversos de los medicamentos.                                                 | • Verificar en expediente clínico<br>• 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, identificar e informar errores de medicación | • Verificar en Reglamento y Manual de procesos, operaciones y procedimientos correspondiente<br>• Formulario de registro de errores de medicación |    |    |               |
| 2. Los errores de medicación se informan oportunamente mediante un procedimiento establecido.                            | • Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos<br>• 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"> <li>• Verificar actas de los Comités de Farmacia y Terapéutica, Expediente Clínico y auditoría Médica referente al análisis de errores de medicación para mejorar los procesos de medicación</li> <li>• Verificación de acciones preventivas y correctivas</li> </ul> |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

## MEDICINA TRANSFUSIONAL

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

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                     | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El Establecimiento cuenta con el servicio de transfusión propio o a través de convenios con servicios habilitados | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar resolución Ministerial de instalación, habilitación y funcionamiento.</li> <li>• O convenio vigente con servicios habilitados</li> </ul>                                                                |    |    |               |
| 2.                       | El servicio de transfusión cuenta con los ambientes adecuados conforme a la norma vigente                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes, áreas y equipamiento de acuerdo a anexo</li> </ul>                                                                                                                                           |    |    |               |
| 3.                       | Cumple con medidas de bioseguridad, higiene y salud ocupacional                                                   | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene de los ambientes</li> <li>• Registros de vacunación de todo el personal para hepatitis B y tétanos</li> <li>• Controles anuales de salud</li> <li>• Uso de guantes, pijamas o batas</li> </ul> |    |    |               |
| 4.                       | Cuenta con un jefe responsable de acuerdo a norma                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar memorando en el file de personal en recursos humanos</li> </ul>                                                                                                                                         |    |    |               |
| 5.                       | Cuenta con personal operativo profesional habilitado                                                              | Verificar : <ul style="list-style-type: none"> <li>• En file que el personal cumpla el perfil</li> <li>• Memorandó en el file de personal en recursos humanos</li> </ul>                                                                                   |    |    |               |
| 6.                       | Cuenta con técnicos de laboratorio para la atención en forma ininterrumpida                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar rol de turnos que garantice 24 horas de servicio</li> </ul>                                                                                                                                             |    |    |               |
| 7.                       | Se realizan pruebas pre – transfusionales de acuerdo a normas                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>                                                                                                                                                                                    |    |    |               |
| 8.                       | Cuenta con sueros hemoclasificadores A, B, O, RhD y Rhesus control, pruebas de Coombs                             | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad</li> <li>• Fecha de vencimiento</li> <li>• Almacenamiento</li> </ul>                                                                                                                          |    |    |               |
| 9.                       | Cuenta con certificados de control de calidad de los reactivos                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>                                                                                                                                                                                    |    |    |               |
| 10.                      | Se emiten resultados previa a la transfusión de sangre segura                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico de pacientes receptores</li> </ul>                                                                                                                                                |    |    |               |
| 11.                      | Se llena el consentimiento informado previa a la transfusión                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico de pacientes receptores</li> </ul>                                                                                                                                                |    |    |               |

|     |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 12. | Cuenta con la documentación y registros exigidos por la norma vigente                                                                                                                                     | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libro de registro de pacientes</li> <li>• Libro de registro de solicitudes</li> <li>• Libro de registro de pruebas pretransfusionales</li> <li>• Formulario para reporte de resultados</li> <li>• Libro de registro de consentimiento informado de autorización de transfusión</li> <li>• Formularios para registro de transfusión</li> <li>• Formulario para registro de reacciones transfusionales</li> </ul> |  |  |  |
| 13. | Cuenta con un Manual de normas y procedimientos operativos                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar existencia de Manual de Organización y funciones y Manual de Procesos, procedimientos, operaciones</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 14. | Cuenta con convenio firmado con el Banco de habilitado, 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"> <li>• Verificar convenios</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| 15. | El manejo, uso, conservación de sangre y hemocomponentes está regulado por normas y procedimientos, en concordancia con normas en vigencia.                                                               | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de documentos normativos vigentes</li> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos para servicios de transfusión</li> <li>• Manual de uso de componentes y derivados de la sangre</li> <li>• Manual de normas de higiene y bioseguridad para servicios de transfusión</li> <li>• Protocolos de atención</li> </ul>                                                                        |  |  |  |
| 16. | Las solicitudes de transfusión son realizadas por el médico responsable del tratamiento del paciente                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registro de las solicitudes de transfusión sanguínea</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| 17. | La administración, seguimiento y 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"> <li>• Verificar en expediente clínico del paciente receptor firma y sello de los responsables de la transfusión</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| 18. | Se registra en el expediente clínico del paciente la procedencia y número de bolsa                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico del paciente receptor</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| 19. | Se registran las reacciones transfusionales y las actuaciones por el médico responsable                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en expediente clínico del paciente receptor</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| 20. | El Establecimiento informa mensualmente sobre sus actividades al Banco de Sangre de referencia Regional o departamental                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar copia informes con registro de recepción</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |

## ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                       | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento cuenta con personal profesional en nutrición y dietética y personal de apoyo                         | Verificar en:<br>• File de responsable del servicio y personal de apoyo: formación y cumplimientos de normas sanitarias (carnet sanitario, vacunas y exámenes clínico-laboratoriales periódicos y actualizados)              |    |    |               |
| 2. En caso de compra de servicios el personal cumple con la norma establecida                                              | Verificar en:<br>• Files de responsable del servicio y personal de apoyo terciarizado: exámenes y cumplimientos de normas sanitarias (carnet sanitario, vacunas y exámenes clínico-laboratoriales periódicos y actualizados) |    |    |               |
| 3. El servicio se encuentra organizado y normado                                                                           | Verificar:<br>• Manual de organización y funciones<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos<br>• Reglamento de higiene y bioseguridad                                                                           |    |    |               |
| 4. Se dispone de dietas establecidas adecuadas el estado del paciente (nutricional y enfermedad).                          | • Verificar Manual de dietas en el servicio de Nutrición o en el proveedor del servicio                                                                                                                                      |    |    |               |
| 5. Todos los pacientes cuentan con una prescripción dietética.                                                             | • Verificar órdenes médicas en 5 expedientes clínicos                                                                                                                                                                        |    |    |               |
| 6. La prescripción se basa en las necesidades y el estado nutricional del paciente.                                        | • Verificar en expediente clínico prescripción del médico y valoración por la nutricionista                                                                                                                                  |    |    |               |
| 7. Los pacientes cuentan con una variada oferta de alimentos que se ajusta a las necesidades de su atención y a su estado. | • Verificar en unidad de nutrición y dietética                                                                                                                                                                               |    |    |               |
| 8. Si las familias facilitan comida, reciben información acerca de las restricciones en la dieta del paciente              | • Entrevista al paciente y su familia (3)                                                                                                                                                                                    |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                               | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Los alimentos se preparan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro de éstos.                  | Verificar:<br>• Proceso de preparación de alimentos<br>• Cumplimiento de normas de bioseguridad y manejo de residuos |    |    |               |
| 2. Los alimentos se almacenan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro de éstos.                 | • Verificar proceso de almacenamiento de alimentos                                                                   |    |    |               |
| 3. La distribución de alimentos se realiza oportuna y puntualmente, atendiendo a las necesidades específicas del paciente. | • Verificar proceso de distribución de alimentos y horarios                                                          |    |    |               |

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

**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 familiares sobre el acceso y los servicios que se ofrecen en el establecimiento | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Panel informativo gráfico</li> <li>• Información verbal preferentemente en el idioma del paciente</li> </ul> |    |    |               |
| 2.                       | Cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios necesarios de acuerdo a su capacidad                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas de establecimientos de referencia (Isocronas, dirección, teléfono)</li> </ul>                                    |    |    |               |

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

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

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

**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 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 4. El establecimiento determina su nivel de responsabilidad con respecto a las pertenencias de los pacientes.                                               | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En manual de procesos, operaciones y procedimientos.</li> <li>• Incorporación en cartilla de derechos y deberes de los pacientes</li> </ul> |    |    |               |
| 5. Los pacientes reciben información acerca de la responsabilidad del establecimiento en la protección de sus pertenencias.                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista a 3 pacientes</li> </ul>                                                                                                                    |    |    |               |
| 6. Se salvaguardan las pertenencias de los pacientes cuando el establecimiento asume la responsabilidad de ello o cuando el paciente es incapaz de asumirla | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el lugar, documentación de inventario y custodia</li> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>                   |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                      | Medios de verificación                                                                                                                              | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento dispone de un procedimiento para proteger a los pacientes contra las agresiones físicas y psicológicas. | Verificar en:<br>• Reglamento de Seguridad<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos                                                    |    |    |               |
| 2. Los niños, ancianos y personas imposibilitadas de protegerse están incluidos en este proceso.                              | Verificar en:<br>• Reglamento de Seguridad<br>• 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:<br>• Reglamento de Seguridad<br>• 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:<br>• Reglamento de Seguridad<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos.                                                   |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                          | Medios de verificación                                                                                                                                             | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables                                                                              | • Verificar si existe el registro de identificación de estos grupos vulnerable                                                                                     |    |    |               |
| 2. El establecimiento toma medidas de protección de los niños, los discapacitados, los ancianos y otros grupos considerados vulnerables por ésta. | Verificar:<br>• Reglamento de Seguridad<br>• Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes.<br>• In situ<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos |    |    |               |
| 3. Los miembros del personal conocen su responsabilidad en estos procedimientos.                                                                  | • Entrevista al personal (3 funcionarios) para verificar conocimiento de reglamentos de Seguridad y de Derechos y deberes de los pacientes                         |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                             | Medios de verificación                                                                                                                                                            | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Para evitar el uso indebido y la pérdida de la información sobre el paciente se elaboran normas y procedimientos. | Verificar:<br>• Reglamento de Manejo y uso de expediente clínico<br>• Reglamento de derechos de los pacientes y su familia.<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos |    |    |               |
| 2. El establecimiento respeta la información sobre la salud del paciente y la considera confidencial.                | Verificar:<br>• 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"> <li>• Verificar Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> </ul>                                                                                                                                        |    |    |               |
| 2. Se educa al personal acerca de las normas y procedimientos, y su papel de apoyo a la participación en los procesos de atención.    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar si existe plan de capacitación</li> <li>• Verificar si el personal ha sido capacitado en los dos últimos años (control de asistencia- fecha).</li> <li>• Entrevista a 3 funcionarios</li> </ul> |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                 | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                               | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento informa a los pacientes su familia o la persona responsable de su derecho a rechazar o interrumpir un tratamiento. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> <li>• Entrevista a 3 pacientes</li> <li>• Constancia en expediente clínico (nombre, firma, C.I. del paciente, familiar o persona responsable) (5)</li> </ul> |    |    |               |
| 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"> <li>• Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> <li>• Entrevista a 3 pacientes</li> <li>• Constancia en expediente clínico (5)</li> </ul>                                                                    |    |    |               |
| 3. El establecimiento informa a los pacientes su familia o la persona responsable de las responsabilidades relativas a estas decisiones. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación en Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> </ul>                                                                                                                                                        |    |    |               |

|  |                                                                                                                          |  |  |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a 3 pacientes</li> <li>Constancia en expediente clínico (5)</li> </ul> |  |  |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

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

| Parámetros de evaluación                                                                                            | Medios de verificación                                                                                                                                             | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y un tratamiento adecuado del dolor. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de protocolo del manejo de dolor</li> <li>En el expediente clínico aplicación de protocolo</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El establecimiento identifica a los pacientes con dolor durante el proceso de evaluación.                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el expediente clínico (5)</li> </ul>                                                                           |    |    |               |
| 3. El establecimiento sensibiliza a los profesionales de salud en la evaluación y el tratamiento del dolor.         | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de capacitación y constancia de participación</li> <li>Entrevista a 3 profesionales de salud</li> </ul>     |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                         | Medios de verificación                                                                                                                                               | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento reconoce y respeta las necesidades únicas de los pacientes terminales.     | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo de atención del paciente terminal</li> <li>En 5 expedientes clínicos aplicación del protocolo</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El personal es consciente de las necesidades especiales de los pacientes al final de la vida. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación en atención de paciente terminal</li> </ul>                                                                      |    |    |               |
| 3. El personal presta una atención respetuosa y compasiva a los enfermos terminales.             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a 3 pacientes o familiares</li> </ul>                                                                              |    |    |               |
| 4. El personal de salud presta apoyo emocional a los familiares                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de consejería</li> </ul>                                                                                             |    |    |               |

**DPF.3 El establecimiento informa a los pacientes y a familiares acerca de la decisión de donación de órganos y otros tejidos. (NO APLICA)**

**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)**

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

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

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                                    | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Los pacientes conocen su derecho a realizar reclamos y del procedimiento a seguir.                                                                 | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de reclamos</li> <li>• Cartilla de derechos y deberes del paciente</li> <li>• Reglamento de derechos y deberes del paciente</li> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>                                                                                                                        |    |    |               |
| 2.                       | Los reclamos se revisan según el mecanismo establecido por las normas vigentes.                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de un Comité de gestión de calidad y auditoría médica</li> <li>• Acta de conformación, memorandums, cronograma y Reglamento del Comité Gestión de Calidad y Auditoría Médica</li> <li>• Actas de reuniones del Comité con constancia de actividades referidas a análisis y resolución de quejas y reclamos</li> </ul> |    |    |               |
| 3.                       | Los dilemas que se originan durante el proceso de atención se revisan de acuerdo a Reglamento del Comité de gestión de calidad y auditoría médica. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar si se emiten y se implementan acciones correctivas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |               |
| 4.                       | El personal debe estar capacitado para orientar al paciente donde presentar y canalizar su queja o reclamo por escrito.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar capacitación del personal</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                           | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                 | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado, que se describe en las normas y los procedimientos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de normas y procedimientos para el proceso de consentimiento informado</li> <li>• Verificar existencia del formulario de consentimiento informado en el expediente clínico</li> </ul> |    |    |               |
| 2.                       | Los médicos reciben formación para implementar las normas y los procedimientos.                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de capacitación y constancia de participación</li> </ul>                                                                                                                                             |    |    |               |

|    |                                                                                                       |                                       |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 3. | Los pacientes firman el consentimiento informado en concordancia con las normas y los procedimientos. | • Verificar en 5 expedientes clínicos |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                           | Medios de verificación                                | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | informa a los pacientes de su estado clínico.                                                                             | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |
| 2.                       | Se informa a los pacientes sobre la propuesta de tratamiento.                                                             | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |
| 3.                       | Se informa a los pacientes sobre beneficios potenciales e inconvenientes del tratamiento propuesto.                       | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |
| 4.                       | Se informa a los pacientes de posibles alternativas al tratamiento propuesto.                                             | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |
| 5.                       | Se informa a los pacientes de las probabilidades de éxito del tratamiento.                                                | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |
| 6.                       | Se informa a los pacientes de posibles riesgos y problemas relacionados con el tratamiento.                               | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |
| 7.                       | Se informa a los pacientes de las consecuencias de no tratarse.                                                           | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |
| 8.                       | Los pacientes conocen la identidad del médico o profesional responsable de su atención.                                   | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |
| 9.                       | Cuando se planifican los tratamientos o procedimientos, los pacientes conocen a las personas autorizadas para intervenir. | • Verificar en formulario de consentimiento informado |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                   | Medios de verificación                                   | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | La información se facilita al paciente de manera sencilla y clara | • Verificar en 5 formularios de consentimiento informado |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                         | Medios de verificación                                                          | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El establecimiento tiene un proceso que prevé la concesión de consentimiento informado por parte de una persona distinta al paciente.   | • Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos.                   |    |    |               |
| 2.                       | El proceso respeta la normativa vigente, la cultura y las tradiciones.                                                                  | • Verificar en Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos.                |    |    |               |
| 3.                       | La identidad de las personas distintas al paciente que dan consentimiento informado se documenta en el expediente clínico del paciente. | • Verificar en formulario del consentimiento informado en el expediente clínico |    |    |               |

**DPF. 6.3 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.   | • Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico |    |    |               |
| 2. Se obtiene el consentimiento informado antes de la anestesia.                             | • Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico |    |    |               |
| 3. Se obtiene el consentimiento informado antes del empleo de sangre y derivados sanguíneos. | • Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico |    |    |               |
| 4. Se obtiene el consentimiento informado antes de prácticas o procedimientos de riesgo.     | • Verificar formulario de consentimiento informado en el expediente clínico |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                       | Medios de verificación                                                         | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento confecciona un listado de los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento específico en base a protocolos de atención. | • Verificar la lista de procedimientos que requieren consentimiento específico |    |    |               |
| 2. La lista se elabora en colaboración con todos los que facilitan tratamientos y realizan los procedimientos.                                                 | • Verificar el acta de elaboración de la lista                                 |    |    |               |

**DPF. 6.5 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. | • Verificar formulario de consentimiento informado específico en el expediente de investigación |    |    |               |
| 2. Las decisiones de consentimiento se documentan, se anota la fecha y se basan en la información identificada en el parámetro de evaluación DPF.4. | • Verificar formulario de consentimiento informado específico en el expediente de investigación |    |    |               |
| 3. La identidad de la persona que facilita la información se anota en el consentimiento informado del expediente clínico del paciente.              | • Verificar formulario de consentimiento informado específico en el expediente de investigación |    |    |               |

**DPF. 6.5.1 El establecimiento de salud cuenta con un comité de bioética que supervisa las investigaciones, que implican a seres humanos. (OPCIONAL, APLICABLE 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:<br>• Acta de conformación, memorandums, cronograma y Reglamento del Comité de bioética<br>• 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.                                                 | • Verificar en el Reglamento del comité                                                    |  |  |  |
| 3. | Las actividades de supervisión incluyen un proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación.                                           | • 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.                                                  | • 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. | • 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 del establecimiento que contemple el marco señalado.            | • Verificar la misión de la institución en lugar visible                                       |    |    |               |
| 2.                       | Las autoridades del establecimiento aplican normas éticas y legales vigentes que protegen a los pacientes y sus derechos. | • Verificar existencia de Código de ética y Reglamento de Derechos y deberes de los pacientes. |    |    |               |
| 3.                       | El establecimiento presenta de manera veraz sus servicios a los pacientes.                                                | • Verificar funcionamiento de servicios en función a la oferta                                 |    |    |               |

#### **EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)**

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                       | Medios de verificación                                                                                                                                                      | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El establecimiento planifica la educación según su misión, sus servicios y los pacientes que atiende. | • Verificar la misión Institucional<br>• Verificar el plan de educación anual a la población protegida                                                                      |    |    |               |
| 2.                       | Existe una estructura o mecanismo adecuado para la educación en todo el establecimiento.              | Verificar:<br>• Organigrama que contemple la unidad de enseñanza e investigación<br>• Programa local de educación en salud (cronograma, personal, material educativo, etc.) |    |    |               |
| 3.                       | Los recursos educativos se organizan de manera efectiva y eficiente.                                  | Verificar:<br>• POA<br>• Instrumentos de educación.                                                                                                                         |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                     | Medios de verificación                                                                                                                                    | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Se evalúan las necesidades educativas del paciente y de su familia. | Verificar en 3 Expedientes clínicos:<br>• Los valores culturales y creencias del paciente y su familia<br>• Su grado de alfabetización, nivel educativo y |    |    |               |

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

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

| 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"> <li>Entrevista al paciente o la familia (3)</li> <li>Material educativo</li> <li>Indicaciones en receta</li> <li>Ratificación de indicaciones por personal de salud</li> </ul> |    |    |               |
| 2. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en la utilización segura y eficaz del equipo médico.       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al paciente o la familia (3)</li> </ul>                                                                                                                                    |    |    |               |
| 3. Se educa al paciente y a su familia para prevenir interacciones entre medicamentos y alimentos.                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al paciente o la familia (3)</li> <li>Verificar registro de indicaciones en receta</li> </ul>                                                                              |    |    |               |
| 4. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en una dieta y nutrición adecuadas.                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al paciente o la familia</li> <li>Verificar en expediente clínico</li> </ul>                                                                                               |    |    |               |
| 5. Se educa al paciente y a su familia en técnicas de rehabilitación.                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al paciente o la familia (3)</li> </ul>                                                                                                                                    |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                                                                                     | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Los métodos educativos se seleccionan en función de los valores culturales y preferencias del paciente y de su familia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los métodos empleados (videos, rota folios, afiches, etc.)</li> </ul>                                                     |    |    |               |
| 2. La interacción entre el personal, el paciente y la familia confirma que la información se ha entendido.                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a 3 pacientes o familiares sobre la información recibida.</li> </ul>                                                     |    |    |               |
| 3. Se educa al paciente y a su familia en un lenguaje que sea entendible                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al paciente y su familia (3)</li> <li>Material educativo de acuerdo a su cultura, idioma y nivel de educación</li> </ul> |    |    |               |

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

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

**GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (GLD)****GLD.1 Las responsabilidades de los órganos de gestión están descritas en estatutos, normas y procedimientos, o en documentos que regulan su funcionamiento. (OBLIGATORIO)**

| Parámetros de evaluación                                                      | Medios de verificación                               | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. La responsabilidad de los órganos de gestión están descritas en documentos | • Verificar reglamentos y normas                     |    |    |               |
| 2. Existe un organigrama                                                      | • Verificar el organigrama actualizado 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 la misión | • Verificar la misión del establecimiento |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                       | Medios de verificación                                                        | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Existe el plan estratégico y de gestión, reglamentos y manuales operativos. | • Verificar existencia de estos documentos aprobados por autoridad competente |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                           | Medios de verificación                                        | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento cuenta con un presupuesto asignado                           | • Verificar la aprobación del presupuesto del establecimiento |    |    |               |
| 2. El establecimiento solicita los recursos necesarios para cumplir con la misión. | • Verificar en el POA                                         |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                               | Medios de verificación                    | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Las autoridades apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad del establecimiento. | • Verificar programa de gestión en el POA |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                 | Medios de verificación                                                                                   | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Las autoridades tienen la formación y la experiencia para desarrollar sus responsabilidades.          | • Verificar en el file de recursos humanos de acuerdo al organigrama                                     |    |    |               |
| 2. Las autoridades elaboran el plan estratégico, plan operativo anual y presupuesto del establecimiento. | Verificar vigencia y aprobación de:<br>• Plan estratégico<br>• Programa operativo anual<br>• Presupuesto |    |    |               |

|    |                                                                                                                            |                                                                                                                                |  |  |  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 3. | Las autoridades elaboran y proponen normas de organización y funcionamiento interno a las instancias correspondientes      | Verificar:<br>• Manual de organización y funciones<br>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos<br>• Manual de cargos |  |  |  |
| 4. | Las autoridades implementan y hacen seguimiento del plan estratégico, POA, presupuesto y las normas nacionales e internas. | Verificar:<br>• Instructivos de implementación<br>• Informes periódicos de acuerdo a normas vigentes                           |  |  |  |
| 5. | Las autoridades responden a la solicitud de informes de los órganos de fiscalización o control.                            | • 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 comités de asesoramiento de acuerdo a su grado de complejidad y normas vigentes.                                                           | • Verificar en Manual de Organización y Funciones                                                                                                 |    |    |               |
| 2.                       | Los miembros de los comités están designados de acuerdo a normas.                                                                                                        | Verificar:<br>• Memorandos de designación                                                                                                         |    |    |               |
| 3.                       | Los Comités de asesoramiento son responsables colectivamente de implementar las normas y los procedimientos necesarios para llevar a cabo la gestión institucional.      | Verificar:<br>• Actas de reuniones<br>• 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:<br>• Informes de recomendaciones de los comités a la dirección<br>• Instructivos de la dirección<br>• 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:<br>• Plan estratégico institucional<br>• Manual de organización y funciones                                                    |    |    |               |
| 2.                       | La atención y los servicios facilitados son coherentes con el nivel de complejidad, capacidad resolutive y normativa vigente. | • Verificar si el Programa Operativo Anual está acorde con el Plan Estratégico Institucional<br>• Indicadores de rendimiento por servicio |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                   | Medios de verificación                                                                                         | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Las autoridades del establecimiento reciben formación en los conceptos y los métodos de gestión y mejora de la calidad. | Verificar en file de las autoridades:<br>• 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:<br>• Estrategias de Comunicación Institucional.<br>• Medios de comunicación                                  |    |    |               |
| 2. Las autoridades fomentan la coordinación entre los servicios.                              | • Verificar actas de reuniones de coordinación del Comité Técnico administrativo<br>• 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. Al planificar el requerimiento de personal, se tiene en cuenta la complejidad, nivel de atención, misión del establecimiento, el perfil epidemiológico y la tecnología. | Verificar:<br>• Plan estratégico institucional<br>• POA de la gestión (Formulario de recursos humanos) |    |    |               |
| 2. La planificación incorpora las leyes y la normativa vigente                                                                                                             | Verificar:<br>• Plan Estratégico Institucional                                                         |    |    |               |
| 3. Se determina el tipo de profesionales requeridos, los conocimientos, habilidades y destrezas, y otros requisitos.                                                       | Verificar:<br>• Manual de cargos                                                                       |    |    |               |
| 4. En la descripción del puesto de trabajo, se determinan las responsabilidades de cada miembro del personal                                                               | Verificar:<br>• Manual de cargos                                                                       |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                            | Medios de verificación                                                                                                                       | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se implementa un procedimiento para el requerimiento de personal | Verificar:<br>• Reglamento Específico de administración de personal<br>• Reglamento interno de personal<br>• POA institucional de la 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:<br>• Formularios de evaluación<br>• Instructivo del procedimiento |    |    |               |

**FCP.3.1 La capacidad del personal del establecimiento, para desarrollar sus responsabilidades en el trabajo se evalúa de manera regular de acuerdo a normativa vigente (evaluación de desempeño). (OBLIGATORIO)**

| Parámetros de evaluación                                                                         | Medios de verificación                                                       | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento utiliza un procedimiento definido para realizar la evaluación de desempeño | Verificar:<br>• Formularios de evaluación<br>• Instructivo 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, especifica el número y el tipo de personal necesario y las calificaciones requeridas. Se revisa continuamente y actualiza en caso necesario. (OBLIGATORIO)**

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                                                                                               | Medios de verificación                                                          | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se orienta al nuevo personal sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo y sobre sus funciones específicas.                                                                              | • Verificar manual de inducción                                                 |    |    |               |
| 2. Los trabajadores de empresas subcontratadas, profesionales (residentes) y alumnos de pregrado reciben orientación sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo, sus funciones específicas | • Verificar manual de inducción                                                 |    |    |               |
| 3. Los grupos de voluntariado reciben información sobre el funcionamiento y normas del establecimiento, sus responsabilidades de trabajo y sus atribuciones específicas.                                                               | • 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"> <li>Verificar programas de educación continua</li> </ul>                                       |    |    |               |
| 2. Se realizan sesiones clínicas en todos los servicios y entre ellos                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar actas de sesiones clínicas</li> </ul>                                            |    |    |               |
| 3. Se disponen en apoyo de la formación del personal las instalaciones, los docentes y los horarios necesarios. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar recursos en programa de educación continua</li> </ul>                            |    |    |               |
| 4. La formación se ajusta a las capacidades del personal para atender a las necesidades del establecimiento.    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los programas y sus contenidos</li> <li>Verificar lista de asistencia</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                              | Medios de verificación                                                                                                               | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se identifica al personal que recibirá capacitación en mantenimiento vital cardíaco.               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la nomina de personal a capacitar</li> </ul>                                        |    |    |               |
| 2. Se facilita el nivel adecuado de capacitación.                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los contenidos de programas</li> </ul>                                              |    |    |               |
| 3. Se ofrece capacitación anual.                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el cumplimiento del cronograma</li> <li>Verificar lista de participantes</li> </ul> |    |    |               |
| 4. Existen pruebas que evalúan si el personal ha superado con éxito los objetivos de la capacitación. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar resultados de evaluaciones</li> </ul>                                               |    |    |               |

**FCP.6.2 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"> <li>Verificar instrumentos de recojo de información y datos</li> </ul> |    |    |               |
| 2. Los programas de capacitación se planifican en función de estos datos e información.                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar programas en función de las necesidades</li> </ul>       |    |    |               |

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

| 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"> <li>En el organigrama</li> <li>Memorando de designación</li> <li>Programa anual de actividades de la gestión</li> <li>Actas de reunión</li> </ul>               |    |    |               |
| 2. El establecimiento facilita los recursos y las instalaciones para la capacitación del personal.    | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>POA de la unidad de enseñanza e investigación</li> <li>Ambientes (auditorio y biblioteca) de acuerdo a complejidad</li> <li>Recursos tecnológicos</li> </ul> |    |    |               |

|    |                                                                                                                                    |                                                                                                       |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 3. | El establecimiento facilita los horarios adecuados para que todo el personal pueda tomar parte en las actividades de capacitación. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronograma de actividades con horarios</li> </ul> |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

**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"> <li>• Mecanismo de comunicación</li> <li>• Entrevista al personal</li> </ul> |    |    |               |
| 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"> <li>• Lista de personal capacitado por este medio</li> </ul>                 |    |    |               |

#### **PERSONAL DEL EQUIPO DE ATENCION EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO**

**FCP.7 El establecimiento dispone de un procedimiento para obtener, verificar y evaluar las credenciales profesionales (titulación, educación y experiencia) del personal autorizado para prestar atención al paciente. El establecimiento, conserva un expediente de las credenciales profesionales de cada funcionario, de acuerdo a normativa vigente. (OBLIGATORIO)**

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                                                                                                             | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Se especifica qué tipo de personal está autorizado por la legislación y ratificado por el establecimiento para prestar atención en salud a los pacientes.                                                                   | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de organización y funciones</li> <li>• Manual de cargos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |               |
| 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 muestreo 5 files: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia del Título académico legalizado por Universidad correspondiente</li> <li>• Fotocopia del Título en provisión nacional por Universidad correspondiente</li> <li>• Fotocopia del Certificado o diploma de postgrado, especialización legalizado por el Colegio de profesionales</li> <li>• Fotocopia de Matrícula profesional del Ministerio de Salud</li> <li>• Fotocopia de inscripción en los Colegio de Profesionales o asociación específica</li> <li>• Certificación de experiencia profesional</li> </ul> |    |    |               |
| 3.                       | Se informa al interior del establecimiento, a las autoridades y a la unidad correspondiente la incorporación de nuevo personal                                                                                              | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismo de comunicación al interior del establecimiento</li> <li>• Entrevista a una autoridad del establecimiento</li> <li>• Memorando de designación (por muestreo)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |               |



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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                                                                      | Medios de verificación                                                                                                                                        | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Los derechos del personal médico establecidos en la Ley del ejercicio profesional del médico y su Decreto reglamentario están expuestos en forma visible al alcance de los pacientes y público en general. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar publicación de derechos del médico en lugar visible</li> </ul>                                               |    |    |               |
| 2. El establecimiento respeta los Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia.                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar existencia de Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico vigentes</li> <li>Entrevista a 5 médicos</li> </ul> |    |    |               |
| 3. Los derechos del personal están registrado en el Manual de cargos y se cumplen                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Manual de Cargos</li> </ul>                                                                               |    |    |               |

**GESTIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)**

**PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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"> <li>• Verificar informes de seguimiento del Programa de Gestión de la Calidad</li> </ul> |    |    |               |

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

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

**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"> <li>Programa de capacitación del personal</li> <li>Listado de asistencia</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                                                    | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                 | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Tanto el personal de salud como el de gestión mas próximo a las actividades que se van a monitorizar, estudiar o mejorar participa en las actividades de gestión y mejora de la calidad. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al personal del servicio incorporado en el programa para verificar su participación</li> <li>Verificar en actas de Comité la participación de todo el personal en el seguimiento de actividades de mejora</li> </ul> |    |    |               |

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

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

| Parámetros de evaluación                                                                                        | Medios de verificación                                                                                                                                                                                          | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 2. Los principios y herramientas de mejora de la calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar coherencia de los principios y herramientas de mejora de la calidad contemplados en el Programa de Gestión de Calidad con el diseño de los procesos</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                          | Medios de verificación                                                                                                                   | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se seleccionan indicadores para evaluar si el proceso rediseñado o de reciente creación funciona correctamente | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar selección de indicadores para evaluar el correcto funcionamiento del proceso</li> </ul> |    |    |               |

**RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD**

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

| Parámetros de evaluación                                                                          | Medios de verificación                                                                                                | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El Comité determina los indicadores para monitorizar las áreas de salud.                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la lista de indicadores determinados</li> </ul>                      |    |    |               |
| 2. El Comité determina los indicadores para monitorizar las áreas de gestión.                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la lista de indicadores determinados</li> </ul>                      |    |    |               |
| 3. La monitorización incluye indicadores relacionadas con estructura, procesos y resultados.      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar indicadores de estructura, procesos y resultados</li> </ul>          |    |    |               |
| 4. Se define el alcance, el método y la frecuencia de obtención de los datos para cada indicador. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en el Manual de Gestión de la calidad del establecimiento</li> </ul> |    |    |               |

La monitorización del área de salud incluye:

**GMC.3.1 La evaluación del paciente. (OBLIGATORIO)**

**GMC.3.2 Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio. (OBLIGATORIO)**

**GMC.3.3 Procedimientos quirúrgicos. (OBLIGATORIO)**

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

**GMC.3.5 Utilización de anestesia. (OBLIGATORIO)**

**GMC.3.6 Utilización de sangre y derivados sanguíneos. (OBLIGATORIO)**

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

**GMC.3.8 Control, vigilancia y notificación de las infecciones. (OBLIGATORIO)**

**GMC.3.9 Investigación médica. (OPCIONAL)**

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

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

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

La monitorización de gestión incluye:

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

**GMC.3.11 La gestión del 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"> <li>Gestión de suministros rutinarios y de medicamentos.</li> <li>Gestión del riesgo referida a episodios no esperados</li> <li>Satisfacción del paciente y de su familia.</li> <li>Satisfacción del personal.</li> <li>Epidemiológicos.</li> <li>Gestión financiera.</li> <li>La vigilancia, el control y la prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad física de los pacientes, sus familias y el personal.</li> <li>Auditoría médica.</li> </ul> |    |    |               |

**ANÁLISIS DE DATOS DE LA GESTION 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"> <li>Verificar informes del Comité de Gestión de la calidad.</li> </ul>                                                                                               |    |    |               |
| 2. Personal con experiencia y conocimientos participan en el proceso.   | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Memorandums de designación de los miembros del Comité de Gestión de la calidad</li> <li>Actas de reuniones, conclusiones y recomendaciones</li> </ul> |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                      | Medios de verificación                                                                                                                                     | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se realiza un análisis exhaustivo de datos cuando se presentan incidentes inesperados en los procesos de atención en salud | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en informes del Comité de Gestión de la calidad el análisis de tendencias o patrones negativos</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El establecimiento determina que incidentes son considerados significativos.                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en informes del Comité de Gestión de la calidad la comparación de comportamiento de</li> </ul>            |    |    |               |

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

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

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                            | Medios de verificación                                                                                                                  | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 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"> <li>Documento de designación del responsable y el equipo del área seleccionada</li> </ul> |    |    |               |

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

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

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

| Parámetros de evaluación                         | Medios de verificación                                                                                                                 | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se ejecutan y evalúan los cambios propuestos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en Informes del Comité el resultado de la implementación de pruebas piloto</li> </ul> |    |    |               |

|    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
|----|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 2. | Se oficializa la implementación de los cambios que producen mejoras. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos de aprobación por autoridades del establecimiento de nuevos procesos mejorados</li> <li>• Documentos de difusión de nuevos procesos</li> </ul> |  |  |  |
|----|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

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

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

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

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

**SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SVE)**

**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"> <li>• Verificar la existencia de un programa de la presente gestión y sus reglamentos en vigencia no mayor a 3 años</li> </ul> |    |    |               |
| 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"> <li>• Verificar la coherencia del programa con la complejidad del establecimiento y en base a las normas vigentes</li> </ul>   |    |    |               |
| 3. El proceso de control de la infección está integrado en el programa global de gestión y mejora de la calidad.                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Manual de Gestión de Calidad</li> </ul>                                                                  |    |    |               |
| 4. El Programa Operativo Anual de la gestión incluye presupuesto para las actividades de prevención y control de infecciones                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el POA del establecimiento</li> </ul>                                                                       |    |    |               |

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

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

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                                                                                           | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                     | Si | No | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento ha identificado los procesos asociados con riesgo de infección y ha introducido estrategias para reducir el riesgo de infección en los procesos.                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Verificar tasas de incidencia y prevalencia de infecciones</li> </ul>                                       |    |    |               |
| 2. El personal del establecimiento cumple con las normas de lavado de manos                                                                                                                                                        | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de norma</li> <li>• Existencia de lavamanos e insumos operables (jabón líquido y toallas de papel)</li> <li>• Observación de la práctica in situ</li> </ul> |    |    |               |
| 3. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la inactivación, limpieza, desinfección y esterilización del equipo y material, de manera especial el equipo invasivo y su almacenamiento en el servicio de esterilización. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Observación directa de todo el proceso</li> </ul>                                                           |    |    |               |
| 4. Los equipos y material tienen control de calidad de la esterilización, fecha de esterilización y su caducidad                                                                                                                   | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de esterilización y caducidad</li> <li>• Registro de control químico (cinta) y biológico (cápsulas de bacilos subtilis)</li> </ul>                               |    |    |               |
| 5. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la gestión de la lavandería y la ropa de cama                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos de lavandería</li> <li>• Observación directa del proceso</li> </ul>                                                    |    |    |               |
| 6. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la eliminación de residuos sólidos, fluidos corporales y control de vectores.                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de manejo de residuos sólidos</li> <li>• Observación directa del proceso</li> </ul>                                                                              |    |    |               |
| 7. Las prácticas para la reducción del riesgo incluyen la eliminación de objetos corto punzantes.                                                                                                                                  | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Observación directa en tres servicios diferentes (quirófano, laboratorio, enfermería)</li> </ul>           |    |    |               |



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

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                        | Medios de verificación                                                                                                                                  | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El establecimiento identifica las situaciones y servicios en las que se requiere el uso de barreras físicas.           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>                                          |    |    |               |
| 2.                       | Las barreras físicas se utilizan correctamente en esas situaciones y servicios                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a través de observación directa</li> </ul>                                                           |    |    |               |
| 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"> <li>• Manual de procesos, operaciones y procedimientos</li> </ul>                                         |    |    |               |
| 4.                       | Los procedimientos de desinfección y lavado de manos se realizan correctamente en aquellas áreas.                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a través de observación in situ</li> </ul>                                                           |    |    |               |
| 5.                       | Los lavamanos e insumos están dispuestos en áreas próximas a salas de pacientes                                        | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de insumos: jabón líquido, toallas de papel, alcohol glicerinado</li> </ul>              |    |    |               |
| 6.                       | Se capacita al personal en los procedimientos de desinfección y lavado de manos                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a través de entrevista al personal</li> </ul>                                                        |    |    |               |
| 7.                       | Existe un programa de inmunizaciones para el personal de salud                                                         | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de inmunizaciones</li> <li>• Registro de inmunizaciones al personal actualizado</li> </ul> |    |    |               |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                      | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento utiliza indicadores para la vigilancia de la infección. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los indicadores en los Informes mensuales de vigilancia</li> </ul> Indicadores obligatorios: Neumonía relacionada a ventilación mecánica, neumonía nosocomial, infección de herida quirúrgica, infección de tracto urinario relacionada a uso de catéter, sepsis del recién nacido, sepsis por uso de catéter, endometritis, implante de prótesis, accidentes punzo-cortantes laborales <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores opcionales de acuerdo a la</li> </ul> |    |    |               |

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

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

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

**CIES.9.4 El establecimiento compara sus tasas de control de la infección con las de otras organizaciones a través de bases de datos comparativas. (OPCIONAL)**

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

**CIES.9.5 Los resultados de la vigilancia de la infección en el establecimiento se comunican a la Dirección quien la transmite al equipo de salud, de manera regular. (OBLIGATORIO)**

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

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                        | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                             | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento cuenta con un programa de capacitación para prevención y control de las infecciones que incluye normas, procedimientos y las practicas    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar programa de capacitación de la gestión</li> <li>• Contenido del programa en concordancia con el Manual de control de infecciones relacionadas con el establecimiento</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El establecimiento desarrolla 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"> <li>• Verificar implementación del programa de capacitación</li> <li>• Verificar lista de asistentes</li> </ul>                                                                                 |    |    |               |

**CIES.10.1 Se actualiza al personal en el control de la infección cuando se implementan nuevas normas y cuando se observan tendencias significativas en los datos de vigilancia (OBLIGATORIO)**

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

#### **MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MRES)**

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                      | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Existe el Sub-Comité o responsable de manejo de residuos generados en el establecimiento.                                                                  | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Designación de miembros del Sub-comité o responsable</li> <li>• Informes de la gestión evaluada</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |
| 2. El establecimiento cuenta con un instrumentos para implementar el sistema de manejo de residuos generados en el mismo, en base a la norma nacional vigente | Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma interna</li> <li>• Manuales de procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>• Plan institucional e incorporación en el POA</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |    |    |               |
| 3. El establecimiento cuenta con un plan institucional                                                                                                        | Verificar que el plan contemple: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico actualizado de residuos generados</li> <li>• Clasificación y separación en origen, almacenamiento primario, tratamiento, recolección y transporte interno, almacenamiento intermedio y almacenamiento final.</li> <li>• Existencia de convenio vigente para la recolección, transporte externo y disposición final de residuos.</li> </ul> |    |    |               |

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

#### BIOSEGURIDAD (BIOS) (OBLIGATORIO)

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                                                   | Medios de verificación                                                  | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | El establecimiento cuenta con un programa anual de control médico a todo el personal de la institución                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar programa</li> </ul>  |    |    |               |
| 2.                       | Se realiza control de laboratorio a todo el personal de salud del establecimiento por lo menos una vez al año                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul> |    |    |               |
| 3.                       | Todo el personal de salud recibe vacuna anti hepatitis B en esquema completo.                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul> |    |    |               |
| 4.                       | Todo el personal femenino en edad fértil recibe vacuna contra la rubéola materna                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul> |    |    |               |
| 5.                       | El personal que manipula residuos sólidos recibe vacuna anti tetánica                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul> |    |    |               |
| 6.                       | El establecimiento cuenta con ambientes exclusivos para vestuario, servicios higiénicos, duchas, dormitorio para médicos y otros. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar ambientes</li> </ul> |    |    |               |

|    |                                                                                                                                                                               |                                                                                                          |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 7. | El establecimiento cuenta manuales de Organización y Funciones, Procesos, Operaciones y Procedimientos para seguridad e higiene laboral, que son de conocimiento del personal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar manuales</li> <li>• Entrevista al personal</li> </ul> |  |  |  |
| 8. | El establecimiento de salud proporciona a su personal ropa de trabajo una vez al año                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros</li> </ul>                                  |  |  |  |
| 9. | Todo el personal lleva una placa de identificación                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el personal</li> </ul>                             |  |  |  |

### **GESTION DE LA INFORMACION (GIN)**

**GIN.1** El establecimiento planifica e implementa un sistema de información que atiende las necesidades de información de los profesionales que prestan servicios de salud, los que dirigen el establecimiento y las personas e instituciones de fuera del establecimiento que requieren datos e información de 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"> <li>• Verificar en el Sistema de información</li> </ul>                                                         |    |    |               |
| 2. La planificación del sistema de información contempla las necesidades de información de las autoridades que gestionan el establecimiento                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Sistema de información</li> </ul>                                                         |    |    |               |
| 3. La planificación del sistema de información contempla, los requisitos y necesidades de información de las personas y las instituciones externas al establecimiento | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en el Sistema de información</li> </ul>                                                         |    |    |               |
| 4. El establecimiento implementa un sistema de información acorde con las normas vigentes                                                                             | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes del Sistema de información</li> <li>• Concordancia con las normas vigentes</li> </ul> |    |    |               |
| 5. El sistema de información se adecua a la complejidad y características del establecimiento                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que los reportes incluyan todos los servicios del establecimiento</li> </ul>                    |    |    |               |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                            | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento implementa el sistema de archivo de expedientes clínicos                                      | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidad de archivo clínico en el Organigrama e incorporación en el Programa Operativo Anual</li> <li>Manual de organización y funciones de la unidad</li> <li>Manual de Procesos, operaciones y procedimientos de la unidad</li> <li>Observación directa de archivo en función de manuales existentes</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El establecimiento implementa el sistema de archivo de documentación administrativa                              | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización y funciones</li> <li>Manual de Procesos, operaciones y procedimientos</li> <li>Observación directa de archivo en función de manuales existentes</li> </ul>                                                                                                                               |    |    |               |
| 3. El establecimiento determina un responsable de la unidad de archivo clínico, con la capacitación correspondiente | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Memorando de designación</li> <li>Proceso de inducción y confirmación en el puesto</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |
| 4. El sistema cuenta con el personal necesario y capacitado de acuerdo a la complejidad del establecimiento         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar Manual de Cargos</li> <li>Memorando de designación</li> <li>Proceso de inducción</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      |    |    |               |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                        | Medios de verificación                                                                                                                                                       | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. La información generada en las distintas unidades se integran para apoyar la toma de decisiones y planificación en forma participativa.      | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes por unidades</li> <li>• Información procesada y analizada por unidades, con determinada periodicidad</li> </ul> |    |    |               |
| 2. Se cumple con el envío de la información solicitada por el SNIS a través de los canales correspondientes y de acuerdo a normas establecidas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de envío de información al SNIS con conformidad de recepción</li> </ul>                                         |    |    |               |
| 3. Se consigna los datos estadísticos referentes a enfermedades de notificación obligatoria y se notifica inmediatamente                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar registros de envío de información de enfermedades de notificación obligatoria con conformidad de recepción</li> </ul>     |    |    |               |

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

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

**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"> <li>• Memorando de designaciones</li> <li>• Actas de reuniones del sub – comité</li> </ul>                                                                                                    |    |    |               |
| 2. El sub-comité CAIH realiza análisis periódico de la información e indicadores para evaluar el comportamiento y tendencia de los mismos | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de análisis periódico de la información e indicadores</li> <li>• Recomendaciones emanadas del análisis</li> <li>• Seguimiento de cumplimiento de recomendaciones.</li> </ul> |    |    |               |
| 3.                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |               |
| 4. El sub-comité CAIH cumple y hace cumplir las normas y procedimientos del SNIS relacionados con el manejo de los datos y la información | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos, operaciones y procedimientos acorde con las normas de SNIS</li> <li>• Instrumentos de evaluación periódica</li> <li>• Resultados de la evaluación</li> </ul>        |    |    |               |
| 5. El subcomité prepara y realiza el CAIH del establecimiento e informes para las autoridades superiores                                  | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de resultados del CAIH de la gestión</li> </ul>                                                                                                                                 |    |    |               |

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

## EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE

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

| Parámetros de evaluación                                                                                            | Medios de verificación                                                                                                                                                 | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se abre un expediente clínico para cada paciente tratado o diagnosticado por el establecimiento.                 | Verificar aleatoriamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Concordancia del registro de pacientes con existencia de Expedientes Clínicos individuales</li> </ul> |    |    |               |
| 2. Los expedientes clínicos se archivan a través de una codificación única para cada paciente, de acuerdo a normas. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Codificación en archivo de expedientes clínicos.</li> </ul>                                                          |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                          | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento cumple con la norma vigente que determina el contenido específico del expediente clínico.                   | Verificar aleatoriamente en 3 expedientes clínicos de pacientes egresados, existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de ingreso y egreso</li> <li>Epicrisis</li> <li>Historia clínica</li> <li>Hojas de evolución</li> <li>Hojas de órdenes médicas</li> <li>Informes de laboratorio y gabinete</li> <li>Consentimiento informado</li> <li>Registro pre, trans y post anestesia</li> <li>Protocolo quirúrgico</li> <li>Informe de anatomía patológica</li> <li>Gráfica de temperatura y signos vitales</li> <li>Hoja de medicamentos</li> <li>Notas de enfermería</li> <li>Otros de acuerdo a normas</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El expediente clínico contiene la información adecuada para identificar al paciente.                                           | Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>En todas las hojas del expediente clínico.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |               |
| 3. El expediente clínico contiene la información adecuada para apoyar el diagnóstico.                                             | Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>Historia clínica (listado de diagnósticos)</li> <li>Resultados de exámenes auxiliares al diagnóstico</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |               |
| 4. El expediente clínico contiene la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento prestado.                  | Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>En hojas de evolución</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |               |
| 5. El expediente clínico contiene la información adecuada para documentar la evolución y los resultados del tratamiento prestado. | Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>En hojas de evolución</li> <li>Resultados de interconsultas, exámenes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |               |

|    |                                                               |                                                                                                                                            |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|    | auxiliares y otros                                            |                                                                                                                                            |  |  |
| 6. | El expediente clínico promueve la continuidad de la atención. | Verificar en 3 expedientes clínicos de forma aleatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicaciones de alta al paciente</li> </ul> |  |  |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                  | Medios de verificación                                                                                                  | Si | No | Observaciones |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen hora de llegada.                                                           | Verificar en 5 expedientes clínicos <ul style="list-style-type: none"> <li>En hoja de atención de urgencias.</li> </ul> |    |    |               |
| 2. Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen el tratamiento y las conclusiones al final del tratamiento en esta unidad. | Verificar en el expediente clínico. <ul style="list-style-type: none"> <li>En hoja de atención de urgencias.</li> </ul> |    |    |               |
| 3. Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen el estado del paciente al alta de la unidad.                               | Verificar en el expediente clínico. <ul style="list-style-type: none"> <li>En hoja de atención de urgencias.</li> </ul> |    |    |               |
| 4. Los expedientes clínicos de pacientes de urgencias incluyen instrucciones de atención para la continuidad de la atención.              | Verificar en el expediente clínico <ul style="list-style-type: none"> <li>En hoja de atención de urgencias.</li> </ul>  |    |    |               |

**GIN.2.2 Como parte de las actividades de mejora, el establecimiento evalúa regularmente el contenido del expediente clínico del paciente y comprueba que esté completo. (OBLIGATORIO)**

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                                                                                         | Medios de verificación                                                                                                                                                                                                        | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento cuenta con el Comité de Gestión de calidad y Auditoría médica que tiene un programa y cronograma de trabajo de acuerdo a la norma vigente, elabora el reglamento interno de manejo del expediente clínico. | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Memorandum de designación</li> <li>Programa y cronograma de trabajo de la gestión</li> <li>Reglamento de manejo del expediente clínico</li> <li>Actas de reunión</li> </ul> |    |    |               |
| 2. El Comité de gestión de Calidad y auditoría Médica cumple con el programa y cronograma de trabajo de acuerdo a normas vigentes.                                                                                               | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Informes del Comité de Gestión de calidad y Auditoría médica</li> <li>Recomendaciones</li> <li>Seguimiento de cumplimiento de recomendaciones.</li> </ul>                   |    |    |               |

**GIN.2.3 Los profesionales en salud tienen acceso a la información del expediente clínico del paciente cada vez que le atienden. (OBLIGATORIO)**

| Parámetros de evaluación                                                                                     | Medios de verificación                                                                             | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Los profesionales en salud tienen acceso al expediente clínico cada vez que asisten o tratan al paciente. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista a los profesionales de salud. (3 – 5)</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                  | Medios de verificación                                                                  | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados clasificación internacional de enfermedades (CIE- vigente), así como | Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>En 5 Expedientes Clínicos.</li> </ul> |    |    |               |

|                                                             |                                                    |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|--|--|
| abreviaturas y símbolos de acuerdo a normativa actualizada. | • En los formularios de recolección de información |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|--|--|

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

### **PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN**

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

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

#### **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. | • Verificar en el POA  |    |    |               |

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

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

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

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

|    |                                                                 |                                      |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| 3. | El establecimiento muestra progresos en el desarrollo del plan. | • Verificar seguimiento a los planes |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|

**GSI.3 El establecimiento planifica e implementa un programa para garantizar la seguridad de los ocupantes de sus instalaciones ante el fuego, el 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.                                                          | • Verificar programa contra incendios                                                      |    |    |               |
| 2.                       | El programa incluye la evaluación de los riesgos de incendio en construcciones dentro de la instalación o adyacentes. | • Verificar en el programa contra incendios                                                |    |    |               |
| 3.                       | El programa incluye la pronta detección de fuego y humo.                                                              | • Verificar programa contra incendios                                                      |    |    |               |
| 4.                       | El programa incluye la extinción del fuego y la contención del humo.                                                  | • Verificar programa contra incendios<br>• Verificar existencia de extintores de incendios |    |    |               |
| 5.                       | El programa incluye la salida segura de la instalación en caso de fuego u otras emergencias.                          | • Verificar programa contra incendios<br>• 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 fija el establecimiento. | Verificar:<br>• Informes de supervisión<br>• 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:<br>• Programa contra incendios<br>• Acta de simulacro                 |    |    |               |
| 3.                       | Se capacita al personal para participar en el plan de seguridad contra el fuego y el humo.                                                                     | Verificar:<br>• Programa de capacitación específico<br>• Lista de asistentes     |    |    |               |
| 4.                       | El personal participa al menos en un simulacro anual para comprobar su preparación en caso de emergencia.                                                      | • Verificar acta de simulacro                                                    |    |    |               |
| 5.                       | Se documentan las inspecciones, los simulacros y el mantenimiento del equipo y los sistemas.                                                                   | • Verificar informes de inspección, de mantenimiento y actas 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. | • Verificar plan y normativa      |    |    |               |
| 2.                       | El plan se aplica a los pacientes, las familias, las visitas y el                           | • Verificar cumplimiento del plan |    |    |               |

|           |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|
| personal. |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|

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

| Parámetros de evaluación                                                                                                                                             | Medios de verificación                                                                                         | Si | No | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento ha identificado las áreas y los servicios de mayor riesgo en caso de avería eléctrica o de contaminación o interrupción de suministro de agua. | • Verificar identificación de áreas y servicios de mayor riesgo en el programa de gestión de las instalaciones |    |    |               |
| 2. El establecimiento busca reducir los riesgos de incidentes de ese tipo.                                                                                           | • Verificar plan de contingencias dentro del programa de gestión de las instalaciones                          |    |    |               |
| 3. El establecimiento planifica fuentes alternativas de suministro de agua y electricidad en caso de emergencia.                                                     | • Verificar existencia y funcionamiento de generador electrógeno 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 suministros de agua y electricidad. | • Verificar registro de prueba de encendido de generador electrógeno mínimo una vez a la semana<br>• Verificar encendido en el 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. | • Verificar en el lugar |    |    |               |
| 2. Se dispone de suministro eléctrico las 24 horas del día y los siete días de la semana.       | • 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 del agua (ph, color, cantidad de bacterias y otros) de manera regular en áreas específicas (quirófano, hemodiálisis, etc). | • Verificar documentos de control                             |    |    |               |
| 2. La responsabilidad de la supervisión se asigna a un funcionario o empresa                                                                         | • Verificar designación de funcionario responsable o convenio |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación                                                                                           | Medios de verificación            | Si | No | Observaciones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----|----|---------------|
| 1. El establecimiento planifica su 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 simulacro 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    |    |    |               |

**GSI.5 Uno o más profesionales capacitados se encargan de facilitar instalaciones físicas seguras y eficaces. (OPCIONAL)**

| Parámetros de evaluación                                                                | Medios de verificación                                                                                        | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1. La seguridad de las instalaciones se asigna a uno o más funcionarios                 | • Verificar designación de funcionarios o conformación de comité de acuerdo a complejidad del establecimiento |    |    |               |
| 2. El o los funcionarios están capacitados por experiencia o entrenamiento              | • Verificar en file personal                                                                                  |    |    |               |
| 3. El comité supervisa la seguridad de las Instalaciones                                | • Verificar existencia del Comité y actas de reuniones                                                        |    |    |               |
| 4. Se registra por escrito los aspectos relevantes de la seguridad de las instalaciones | • Verificar actas del Comité referentes a seguimiento de las recomendaciones que se emitan                    |    |    |               |

## EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES

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

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

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

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

## CAPACITACION AL PERSONAL EN SEGURIDAD

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

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

**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"> <li>Entrevista al personal (3)</li> </ul> |    |    |               |

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

| Parámetros de evaluación |                                                                                                      | Medios de verificación                                                                                             | Si | No | Observaciones |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1.                       | Se capacita al personal del servicio para manejar el equipamiento médico.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar capacitación para manejo del equipamiento médico</li> </ul>     |    |    |               |
| 2.                       | Se capacita al personal correspondiente para realizar el mantenimiento del equipamiento médico.      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar capacitación de mantenimiento de equipamiento médico</li> </ul> |    |    |               |
| 3.                       | En caso de no contar con un sistema de mantenimiento propio se realiza compra de servicio a terceros | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar contrato o convenio</li> </ul>                                  |    |    |               |

# RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCION



# RESUMEN DE ESTANDARES POR NIVEL DE ATENCIÓN

| Nº                                               | ESTANDAR                                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL III   | NIVEL II    | NIVEL I     |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA) |                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |
| 1                                                | ACA.1 Los pacientes tienen acceso a los servicios del establecimiento de salud en función de sus necesidades de atención y de acuerdo a la misión, el nivel y los recursos del establecimiento                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 2                                                | ACA.1.1 El establecimiento tiene un proceso de admisión de pacientes.                                                                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 3                                                | ACA.1.1.1 Los pacientes con necesidades urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento.                                                                                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 4                                                | ACA.1.1.2 Se da prioridad a las necesidades de servicios preventivos, paliativos, curativos y de rehabilitación según el estado del paciente en el momento en que entra en el Establecimiento de Salud.                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 5                                                | ACA.1.2 Al ingreso, los servicios de salud facilitan la siguiente información a los pacientes, sus familiares o persona responsable: acerca de los servicios con los que cuenta el establecimiento y los probables gastos que deberá asumir el paciente o su familia . | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 6                                                | ACA.1.3 El establecimiento procura reducir las barreras físicas, idiomáticas, socioculturales u otras que impidan el acceso y la provisión de atención.                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 7                                                | ACA.1.4 Para determinar si el paciente debe ser ingresado, se realiza una valoración clínica integral de acuerdo a procedimientos establecidos.                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 8                                                | ACA.1.5 El ingreso o el traslado a unidades que prestan servicios especializados, cuidados intermedios o intensivos viene determinado por criterios establecidos, según el nivel de complejidad. .                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 9                                                | ACA.1.6 El ingreso o el traslado a investigación y a otros programas diseñados para atender las necesidades especiales de los pacientes se determina mediante protocolos y criterios establecidos.                                                                     | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| CONTINUIDAD DE LA ATENCION                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |
| 10                                               | ACA.2 El establecimiento de salud diseña y desarrolla procesos que permiten la continuidad de la atención en el mismo y la coordinación entre los diferentes profesionales de salud, servicios y otros establecimientos proveedores de servicios.                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 11                                               | ACA.2.1 En todas las etapas de la atención, existe uno o varios profesionales calificados e identificados como responsables de la atención al paciente.                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 12                                               | ACA.2.2 La información sobre la atención al paciente y la respuesta del paciente a ésta se comparte entre médicos, enfermeras y otros profesionales de salud durante cada cambio de personal, entre turnos y durante los traslados entre unidades.                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 13                                               | ACA.2.3 El expediente clínico del paciente está a disposición de los profesionales de salud que participan en la atención del paciente, para facilitar el intercambio de información.                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 14                                               | ACA.2.4 La información relacionada con la atención al paciente se transfiere con éste al interior del establecimiento.                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| ALTA, REFERENCIA Y SEGUIMIENTO                   |                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |
| 15                                               | ACA.3 En el Reglamento de manejo del expediente clínico existe un procedimiento para dar el alta o referir a los pacientes.                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 16                                               | ACA.3.1 El establecimiento coordina con otros profesionales y otros establecimientos de salud para garantizar referencia oportuna y adecuada o la necesidad de otro tipo de apoyo posterior al alta.                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 17                                               | ACA.3.2 Los pacientes y su familia reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la referencia o del alta.                                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 18                                               | ACA.3.3 Los Expedientes clínicos de los pacientes incluyen una copia del informe del alta (epicrisis), resumen de egreso (nota de alta) o la nota de alta solicitada.                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 19                                               | ACA.4 Existe un procedimiento de referencia de pacientes a otro establecimiento de salud para atender las necesidades de continuidad de la atención.                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 20                                               | ACA.4.1 El establecimiento de origen se asegura que el establecimiento de destino puede atender las necesidades de atención del paciente a referir y firma acuerdos o convenios de manera formal para garantizar la continuidad de atención.                           | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 21                                                       | ACA.4.2 El establecimiento de destino recibe un informe por escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por el establecimiento de origen.                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 22                                                       | ACA.4.3 Durante el traslado, un médico supervisa el estado del paciente.                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 23                                                       | ACA.4.4 El proceso de traslado se documenta en el expediente clínico del paciente.                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 24                                                       | ACA.5 El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte de éste.                                                                                                                 | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| <b>EVALUACIÓN DEL PACIENTE (ATENCIÓN INICIAL). (EDP)</b> |                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |             |
| 25                                                       | EDP. 1. Todos los pacientes atendidos en el establecimiento tienen necesidades de atención identificadas mediante un proceso de evaluación.                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 26                                                       | EDP. 1.1 El establecimiento debe adoptar y utilizar las Normas y protocolos de atención médica para facilitar la evaluación del paciente y disminuir así la variabilidad.                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 27                                                       | EDP. 1.2 Las evaluaciones se completan en el período establecido por el establecimiento .                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 28                                                       | EDP. 1.3 Los resultados de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente y se ponen a disposición de los responsables de su atención.                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 29                                                       | EDP. 2. La evaluación inicial de cada paciente incluye la evaluación física, psicológica, social y económica, incluyendo un expediente clínico completo (anamnesis, exploración física, diagnóstico presuntivo y plan de estudios). | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 30                                                       | EDP. 2.1 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican desde la evaluación inicial.                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 31                                                       | EDP. 2.1.1 La evaluación médica inicial se documenta en el expediente clínico del paciente dentro de las primeras 24 horas después de su ingreso.                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 32                                                       | EDP.2.1.2 La evaluación médica inicial se documenta antes de la anestesia o de la cirugía                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 33                                                       | EDP.2.1.3 La evaluación médica inicial de los pacientes de urgencias se ajusta a sus necesidades y condiciones.                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 34                                                       | EDP.2.1.4 La evaluación inicial de enfermería se documenta en el expediente clínico del paciente en el espacio de tiempo que fija el establecimiento                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 35                                                       | EDP.2.2 Se examina el estado nutricional y las necesidades funcionales del paciente y se le deriva en caso de necesitar una evaluación y un tratamiento específico .                                                                | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 36                                                       | EDP.2.3 El establecimiento realiza evaluaciones iniciales individualizadas de los grupos de pacientes especiales (edades extremas, terminales, drogodependientes, alcohólicos, víctimas de abuso o abandono y otros) .              | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 37                                                       | EDP.2.4 La evaluación inicial incluye establecer la necesidad de planificar la conducta a seguir luego el alta y necesidad de otras evaluaciones especializadas.                                                                    | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 38                                                       | EDP. 3 Todos los pacientes se reevalúan en determinados intervalos para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar un tratamiento continuado o el alta.                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 39                                                       | EDP.4 Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por profesionales calificados .                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 40                                                       | EDP.4.1 Las responsabilidades para evaluar y reevaluar son definidas por escrito .                                                                                                                                                  | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| <b>ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LAS EVALUACIONES</b>        |                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |             |
| 41                                                       | EDP.5 Personal médico, de enfermería y otros profesionales y servicios responsables de la atención al paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 42                                                       | EDP.5.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes o inmediatas                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>LABORATORIO</b>                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |             |
| 43                                                       | EDP. 6 El establecimiento cuenta con laboratorio, que tiene los servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes, y que cumplen con las normas y la legislación nacional y departamental.                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 44                                                       | EDP. 6.1 El establecimiento dispone de servicios de laboratorio para atender a los pacientes, o bien puede acceder a ellos mediante acuerdos con laboratorios externos .                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |



|                                       |                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |             |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 45                                    | EDP. 6.2 Existe un programa de seguridad de laboratorio que se controla y documenta .                                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 46                                    | EDP.6.3 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuados se encargan de realizar los exámenes de laboratorio y de interpretar los resultados.                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 47                                    | EDP. 6.4 El establecimiento define el plazo de tiempo para entregar los resultados de las pruebas de laboratorio.                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 48                                    | EDP.6.5 Todo el equipo y material de laboratorio se revisa, se mantiene y se calibra de manera regular, conservando los informes de estas actividades.                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 49                                    | EDP.6.6 Se dispone de manera regular de reactivos esenciales y de otros suministros.                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 50                                    | EDP.6.7 Se siguen procedimientos de toma, identificación, manejo, transporte seguro y eliminación de muestras.                                                                                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 51                                    | EDP. 6.8 Se utilizan normas y rangos establecidos para interpretar e informar de los resultados del laboratorio clínico.                                                                                                          | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 52                                    | EDP.6.9 Personal calificado se encarga de la gestión del servicio de laboratorio.                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 53                                    | EDP. 6.10 Existen procedimientos de control de calidad que se ejecutan y documentan.                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 54                                    | EDP.6.10.1 Existe un proceso para validación de pruebas.                                                                                                                                                                          | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 55                                    | EDP.6.11 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios de laboratorio externos de los que se compra servicios.                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 56                                    | EDP.6.12 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.                                                                                                                      | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| <b>IMAGENOLOGÍA</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |             |
| 57                                    | EDP. 7 Se dispone de servicios de imagenología (Rayos X y ecografía en Nivel II) que atienden las necesidades de los pacientes y cumplen las normas, la legislación y los parámetros de evaluación vigentes locales y nacionales. | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 58                                    | EDP. 7.1 El establecimiento presta servicios de diagnóstico por imagen, o bien puede disponer fácilmente de ellos mediante acuerdos con establecimientos externos cuando no cuente con ellos.                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 59                                    | EDP.7.2 Existe un programa de seguridad contra la radiación que se controla y se documenta.                                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 60                                    | EDP. 7.3 Profesionales con formación, habilidades, orientación y experiencia adecuados realizan los procedimientos técnicos e interpretan los resultados.                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 61                                    | EDP.7.4 Los resultados de imagenología se encuentran disponibles puntualmente, tal y como lo ha definido el establecimiento.                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 62                                    | EDP.7.5 Todos los equipos de imagenología se revisan, mantienen y calibran de manera regular, y se conservan los informes de estas actividades.                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 63                                    | EDP.7.6 Se dispone de manera regular de material e insumos para el servicio de imagenología.                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 64                                    | EDP.7.7 Existen procedimientos de control de calidad.                                                                                                                                                                             | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 65                                    | EDP.7.8 El establecimiento revisa de manera regular los resultados del control de calidad de todos los servicios diagnósticos de fuentes externas de donde se adquieren servicios.                                                | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 66                                    | EDP.7.9 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializado en caso necesario.                                                                                                                       | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| <b>ATENCIÓN A LOS PACIENTES (AAP)</b> |                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |             |
| 67                                    | AAP.1 La atención uniforme a los pacientes está establecida en normas, procedimientos y programas de salud vigentes en la legislación nacional.                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 68                                    | AAP.2 Existe un proceso que integra y coordina la atención prestada a cada paciente.                                                                                                                                              | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 69                                    | AAP.2.1 La atención suministrada a cada paciente se planifica y se anota en su expediente clínico.                                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 70                                    | AAP. 2.2 El personal autorizado para realizar órdenes o prescripciones médicas las escribe en un lugar específico del expediente clínico.                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |



|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 71                                                                                                                        | AAP.2.3 Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 72                                                                                                                        | AAP.2.4 Los profesionales en salud autorizados tienen acceso a los registros de otros profesionales, de acuerdo con la normas de el establecimiento.                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 73                                                                                                                        | AAP.2.5 El plan de atención del paciente se revisa cuando los cambios en el estado del paciente lo requieran.                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>CONSULTA EXTERNA</b>                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
| 74                                                                                                                        | AAP. 3 El establecimiento de Salud cuenta con un Servicio organizado de consulta externa de acuerdo a su nivel de complejidad .                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 75                                                                                                                        | AAP.3.1 Sistema de obtención de la atención .                                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 76                                                                                                                        | AAP. 3.2 El servicio de consulta externa cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento .                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>ODONTOLOGÍA</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
| 77                                                                                                                        | AAP.4 El establecimiento de Salud cuenta con Servicio de Odontología .                                                                                                                                      | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 78                                                                                                                        | AAP.4.1 Sistema de obtención de la atención .                                                                                                                                                               | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 79                                                                                                                        | AAP.4.2 El servicio de odontología cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.                                                       | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| <b>ENFERMERÍA</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
| 80                                                                                                                        | AAP.5 El establecimiento cuenta con personal de enfermería organizado en cumplimiento a normas vigentes .                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 81                                                                                                                        | AAP. 6 El servicio de hospitalización cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| <b>SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO (TERAPIA INTERMEDIA O INTENSIVA, EMERGENCIAS, URGENCIAS MÉDICAS)</b> |                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
| 82                                                                                                                        | AAP.7 Existen normas y procedimientos para guiar la atención a pacientes de alto riesgo (Terapia intermedia o intensiva) y para la provisión de servicios de alto riesgo (emergencias y urgencias médicas). | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 83                                                                                                                        | AAP.7.1. La atención de pacientes de Terapia Intermedia o Intensiva se define mediante normas y protocolos de atención.                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 84                                                                                                                        | AAP.7.2. La atención de pacientes de emergencias se define mediante normas y protocolos de atención.                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 85                                                                                                                        | AAP.7.3 La utilización de procedimientos de reanimación se define mediante normas y protocolos de atención.                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 86                                                                                                                        | AAP.7.4 La atención de pacientes en mantenimiento vital o coma se define en normas y protocolos de atención.                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 87                                                                                                                        | AAP.7.5 La atención de pacientes con enfermedades contagiosas e inmunodeprimidos se define en normas y protocolos de atención.                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 88                                                                                                                        | AAP.7.6 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes en diálisis. (OBLIGATORIO EN CASO DE CONTAR CON EL SERVICIO)                                                                       | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 89                                                                                                                        | AAP.7.7 La atención a los pacientes inmovilizados esta regulada en normas y protocolos de atención del establecimiento.                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 90                                                                                                                        | AAP.7.8 Normas y protocolos de atención regulan la atención de pacientes vulnerables de edad avanzada y niños.                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| <b>ANESTESIA</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
| 91                                                                                                                        | AAP.8 La evaluación preanestésica la realiza un profesional especializado.                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 92                                                                                                                        | AAP.9 La atención anestésica de cada paciente se planifica y se documenta.                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 93                                                                                                                        | AAP.9.1 Los riesgos, complicaciones potenciales y distintas opciones se discuten con el paciente, su familia o aquellos que tomen decisiones por él.                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |             |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 94                                        | AAP.9.2 El uso de anestesia se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia incorporado en expediente clínico del paciente.                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 95                                        | AAP.9.3 El estado fisiológico del paciente durante la administración de la anestesia se monitoriza continuamente y se anota en la hoja de registro o protocolo de anestesia del expediente clínico.                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 96                                        | AAP.10 El estado postanestésico de cada paciente se monitoriza y se documenta, y el anestesiólogo da el alta al paciente de un área de recuperación en función de criterios establecidos.                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| <b>CIRUGÍA</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |             |
| 97                                        | AAP.11 Se planifica y se documenta la atención quirúrgica de cada paciente en función de los resultados de la evaluación realizada.                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 98                                        | AAP.11.1 La cirugía realizada se registra en el expediente clínico del paciente.                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 99                                        | AAP.11.2 El estado del paciente se controla durante e inmediatamente después de la intervención, y los hallazgos y procedimientos realizados se registran en el expediente clínico del paciente.                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 100                                       | AAP.11.3 Se planifica y se documenta la atención al paciente después de la cirugía.                                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| <b>ESTERILIZACIÓN</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |             |
| 101                                       | AAP.11.4 El Establecimiento cuenta con el servicio de esterilización.                                                                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>GESTION DE MEDICAMENTOS – FARMACIA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |             |
| 102                                       | AAP.12 Profesionales con formación, habilidades y experiencia adecuados se encargan de la farmacia, de acuerdo al nivel de atención en base a la normativa vigente .                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 103                                       | AAP.13 La gestión de medicamentos en el establecimiento se regula de manera eficiente para atender las necesidades del paciente ajustándose a la ley y las normas vigentes.                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 104                                       | AAP.13.1 Se dispone de una selección adecuada de medicamentos para su prescripción o puede accederse a ella.                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 105                                       | AAP.13.1.1 Existe un método de supervisión del uso de la medicación y de la guía farmacoterapéutica del establecimiento.                                                                                                                                   | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 106                                       | AAP.13.1.2 El establecimiento puede obtener medicamentos que no estén en stock o de los que no disponga habitualmente.                                                                                                                                     | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 107                                       | AAP.13.1.3 Existe un procedimiento de obtención de medicamentos cuando la farmacia o el servicio farmacéutico están cerrados.                                                                                                                              | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 108                                       | AAP.13.1.4 Existen medicamentos de urgencias disponibles que se controlan y se conservan seguros cuando están fuera de la farmacia.                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 109                                       | AAP.13.2 La prescripción y dispensación de medicamentos está definida por normas y procedimientos.                                                                                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 110                                       | AAP.13.2.1 El establecimiento identifica a los profesionales calificados y autorizados para la prescripción de medicamentos.                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 111                                       | AAP.13.2.2 Existen normas y procedimientos para regular la automedicación del paciente, el control de las muestras de medicamentos, el uso de medicamentos llevados al establecimiento por el paciente o su familia, y la entrega de medicamentos al alta. | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 112                                       | AAP.13.2.3 La preparación, el manejo, el almacenamiento y la distribución de la nutrición enteral o parenteral están regulados por normas y procedimientos.                                                                                                | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 113                                       | AAP.13.2.4 El almacenamiento, la distribución, el manejo y el suministro de medicamentos radioactivos, de investigación y otros medicamentos están definidos por normas y procedimientos.                                                                  | OPCIONAL    | NO APLICA   | NO APLICA   |
| 114                                       | AAP.13.3 Los medicamentos se almacenan y se dispensan en un entorno seguro y limpio.                                                                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 115                                       | AAP.13.3.1 El Regente Farmacéutico supervisa el almacenamiento y la dispensación de medicamentos.                                                                                                                                                          | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 116                                       | AAP.13.3.2 Se verifican las prescripciones médicas.                                                                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 117                                       | AAP.13.3.3 El establecimiento cuenta con un sistema de disposición y baja de medicamentos e insumos médicos.                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 118                                       | AAP.13.3.4 Se emplea un sistema de administración de medicamentos en las dosis correctas, al paciente adecuado y en el momento adecuado.                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |             |             |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 119                                             | AAP.13.4 Se identifica a los pacientes antes de administrar la medicación y se administra la dosis correcta de medicamentos en el momento indicado.                                                                                                                                                                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 120                                             | AAP.13.5 La medicación prescrita y administrada se registra en el Expediente Clínico del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 121                                             | AAP.13.5.1 Se registran en el Expediente Clínico del paciente las reacciones adversas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 122                                             | AAP.13.5.2 Los errores en la medicación se informan dentro de un procedimiento y en el plazo de tiempo que define el establecimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| <b>MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |             |             |
| 123                                             | AAP.14 El Establecimiento cuenta con un servicio de Transfusión que cumple con los requisitos obligatorios legales y técnicos nacionales .                                                                                                                                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| <b>ALIMENTACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |             |             |
| 124                                             | AAP.15 El establecimiento dispone de alimentos adecuados para la atención al paciente, a través de un servicio propio de Nutrición y dietética o compra de servicios a terceros. A todos los pacientes se les prescribe una dieta u otros nutrientes en función de su estado o necesidades nutritivas, incluyendo prescripciones para dieta absoluta, dieta normal, dietas especiales o nutrición enteral o parenteral. | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 125                                             | AAP.15.1 La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de alimentos se realizan de manera segura de acuerdo a normas vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 126                                             | AAP.16 Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional, que se facilita interdisciplinariamente y cuya respuesta se registra en su expediente clínico .                                                                                                                                                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 127                                             | AAP.17 Fomento a la lactancia materna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 128                                             | AAP. 18 RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA El Establecimiento cuenta con un servicio para el tratamiento por radioterapia y quimioterapia, o compra servicios a terceros .                                                                                                                                                                                                                                                    | OBLIGATORIO | NO APLICA   | NO APLICA   |
| 129                                             | AAP 19. MEDICINA NUCLEAR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OPCIONAL    | NO APLICA   | NO APLICA   |
| 130                                             | AAP. 20 ANATOMIA PATOLÓGICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| <b>DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |             |             |
| 131                                             | DPF.1 El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención.                                                                                                                                                                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 132                                             | DPF 1.1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familias sobre la atención y los servicios ofrecidos, así como la forma de acceder a los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 133                                             | DPF.1.2 La atención es considerada y respetuosa con los valores y creencias de los pacientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 134                                             | DPF.1.3 La atención es respetuosa con la necesidad de intimidad del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 135                                             | DPF.1.4 El establecimiento adopta medidas para proteger las pertenencias de los pacientes ante robo o extravío.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 136                                             | DPF.1.5 Se protege a los pacientes de agresiones físicas y psicológicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 137                                             | DPF.1.6 Los niños, discapacitados y ancianos reciben la protección adecuada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 138                                             | DPF.1.7 La información sobre el paciente tiene carácter confidencial y está protegida ante pérdida o uso indebido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 139                                             | DPF.2 El establecimiento apoya los derechos del paciente y de su familia a participar en el proceso asistencial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 140                                             | DPF.2.1 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre el estado clínico y terapéutico de aquellos y la relación en la participación sobre las decisiones a tomar en la atención en la medida en que estén dispuestos a participar.                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 141                                             | DPF.2.2 El establecimiento informa a los pacientes, familiares o persona responsable sobre sus derechos y responsabilidades relacionadas con el rechazo o interrupción del tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |             |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 142                                                              | DPF.2.3 El establecimiento cuenta con protocolos para evaluar y tratar el dolor adecuadamente.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 143                                                              | DPF.2.4 La atención es respetuosa y compasiva al final de la vida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 144                                                              | DPF.3 El establecimiento informa a los pacientes y a familiares acerca de la decisión de donación de órganos y otros tejidos.                                                                                                                                                                                                                                                            | OPCIONAL    | NO APLICA   | NO APLICA   |
| 145                                                              | DPF.4 El establecimiento informa a los pacientes y a sus familias sobre cómo pueden acceder a estudios clínicos, trabajos de investigación o a ensayos clínicos que impliquen a seres humanos.                                                                                                                                                                                           | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 146                                                              | DPF. 5 El establecimiento informa a los pacientes y a las familias del proceso de recepción y tramitación de denuncias, conflictos y diferencias de opinión respecto a la atención al paciente y del derecho del paciente a participar en estos procesos.                                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 147                                                              | DPF. 6 El consentimiento informado del paciente, se obtiene mediante un procedimiento definido por el establecimiento y conducido por personal capacitado.                                                                                                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 148                                                              | DPF. 6.1 Los pacientes y sus familias reciben la información pertinente sobre la enfermedad, el tratamiento propuesto y los profesionales para poder tomar decisiones de atención a través del consentimiento informado.                                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 149                                                              | DPF. 6.1.1 La información se facilita en un lenguaje y forma evidente para los que toman decisiones.                                                                                                                                                                                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 150                                                              | DPF. 6.2 El establecimiento establece un proceso, dentro del marco legal y cultural vigente, para cuando alguien distinto al paciente deba dar el consentimiento. Cuando alguien distinto al paciente da el consentimiento informado, se anota en el expediente clínico del paciente.                                                                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 151                                                              | DPF.6.3 El consentimiento informado se obtiene antes de la cirugía, anestesia, la utilización de sangre y derivados sanguíneos, u otros tratamientos o prácticas de riesgo.                                                                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 152                                                              | DPF. 6.4 El establecimiento confecciona una lista de las categorías o tipos de tratamientos y procedimientos que requieren un consentimiento informado específico.                                                                                                                                                                                                                       | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 153                                                              | DPF. 6.5 Antes de que el paciente tome parte en estudios clínicos, trabajos de investigación y ensayos clínicos se obtiene un consentimiento informado. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)                                                                                                                                       | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 154                                                              | DPF. 6.5.1 El establecimiento de salud cuenta con un comité de bioética que supervisa las investigaciones, que implican a seres humanos. (OPCIONAL, APLICABLE SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN)                                                                                                                                                      | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 155                                                              | DPF. 7 El establecimiento de salud como empresa social presta atención al paciente dentro de un marco ético, legal y financiero, que protege a los pacientes y sus derechos.                                                                                                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |             |
| 156                                                              | EPF.1 La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las decisiones y los procesos de la atención sanitaria.                                                                                                                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 157                                                              | EPF.1.1 Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su expediente clínico.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 158                                                              | EPF.2 La educación del paciente y de su familia incluye temas de prevención secundaria, según convengan al nivel de atención del paciente: el uso seguro de medicamentos, las posibles interacciones entre medicamentos y alimentos, una guía nutricional, uso de equipo médico de acuerdo a la patología (termómetros, glucómetros, tensiómetros y otros) y técnicas de rehabilitación. | OBLIGATORIO | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| 159                                                              | EPF.3 Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias, cultura y los valores del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.                                                                                                                                                       | OPCIONAL    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 160                                                              | EPF.3.1 el personal de salud que atienden al paciente colaboran en la educación, poseen los conocimientos y aptitudes necesarios para educar de manera eficaz.                                                                                                                                                                                                                           | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| <b>GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (GLD)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |             |
| 161                                                              | GLD.1 Las responsabilidades de los órganos de gestión están descritas en estatutos, normas y procedimientos, o en documentos que regulan su funcionamiento.                                                                                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 162                                                              | GLD.1.1 Los responsables del establecimiento aprueban la declaración de la misión del establecimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 163                                                              | GLD.1.2 Los responsables del establecimiento aprueban los planes para dirigir el establecimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 164                                                              | GLD.1.3 Los responsables del establecimiento elaboran el presupuesto y solicitan los recursos necesarios para cumplir con la misión.                                                                                                                                                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |             |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 165 | GLD.1.4 Los responsables del establecimiento apoyan y promueven esfuerzos de gestión y mejora de la calidad.                                                                                                                                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
|     | <b>LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |             |
| 166 | GLD.2 Las autoridades tienen la responsabilidad de gestionar el establecimiento y hacer que se cumplan las leyes y normativas vigentes.                                                                                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 167 | GLD.3 El establecimiento cuenta con el asesoramiento y apoyo de comités en las distintas áreas y especialidades de acuerdo al grado de complejidad del mismo y a las normas vigentes.                                                                                                                                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 168 | GLD 4. Las autoridades del establecimiento identifican y planifican el tipo de servicios necesarios para atender las necesidades de los pacientes del establecimiento.                                                                                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 169 | GLD 5. Las autoridades del establecimiento reciben formación en gestión y mejora de la calidad.                                                                                                                                                                                                                                                          | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 170 | GLD.6 Las autoridades impulsan la comunicación, coordinación e integración del personal y de los servicios del establecimiento.                                                                                                                                                                                                                          | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
|     | <b>FORMACIÓN Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL (FCP)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |             |
| 171 | FCP. 1 Las autoridades del establecimiento, definen el tipo de profesionales requeridos, los conocimientos, habilidades y destrezas, y otros requisitos necesarios, de acuerdo al nivel de atención.                                                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 172 | FCP.2 Los directivos del establecimiento implementan procedimientos para el requerimiento del personal para cumplir con el plan estratégico institucional, de acuerdo a la normativa vigente.                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 173 | FCP.3 El establecimiento utiliza un procedimiento para garantizar que los conocimientos y las habilidades del personal se ajusten al requerimiento (término de prueba).                                                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 174 | FCP.3.1 La capacidad del personal del establecimiento, para desarrollar sus responsabilidades en el trabajo se evalúa de manera regular de acuerdo a normativa vigente (evaluación de desempeño).                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 175 | FCP.4 El establecimiento cuenta con un plan de gestión de recursos humanos, desarrollado en colaboración con las autoridades de salud y de gestión, especifica el número y el tipo de personal necesario y las calificaciones requeridas. Se revisa continuamente y actualiza en caso necesario.                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 176 | FCP.5 El personal recibe orientación sobre el establecimiento (misión, objetivos) y sobre su responsabilidad específica (funciones, atribuciones) cuando ingresan en la institución (inducción) .                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 177 | FCP.6 El personal recibe capacitación continua en el propio establecimiento o fuera de él, para mantener o mejorar sus habilidades y conocimientos.                                                                                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 178 | FCP 6.1 El personal que presta atención al paciente y otro personal especificado por el establecimiento reciben capacitación anual en mantenimiento vital cardíaco básico o avanzado.                                                                                                                                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 179 | FCP.6.2 Los datos globales de las necesidades de capacitación del personal son la base del programa de formación continua.                                                                                                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 180 | FCP.6.3 El establecimiento cuenta con una unidad de enseñanza e investigación, proporciona instalaciones, recursos y tiempo para la capacitación del personal.                                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 181 | FCP.6.4 Al personal se le da la oportunidad de participar en capacitación continua, investigación y otras iniciativas de capacitación para adquirir nuevos conocimientos y habilidades que apoyen el progreso en el trabajo.                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
|     | <b>PERSONAL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL ESTABLECIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |             |             |
| 182 | FCP.7 El establecimiento dispone de un procedimiento para obtener, verificar y evaluar las credenciales profesionales (titulación, educación y experiencia) del personal autorizado para prestar atención al paciente. El establecimiento, conserva un expediente de las credenciales profesionales de cada funcionario, de acuerdo a normativa vigente. | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 183 | FCP.8 El establecimiento difunde y respeta los derechos del personal de salud en base a la ley y normativa vigente .                                                                                                                                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
|     | <b>GESTIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |             |             |
|     | <b>PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |             |
| 184 | GMC.1 Las autoridades del establecimiento participan en la planificación y monitorización del programa de gestión de la calidad. OBLIGATORIO                                                                                                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |             |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 185                                                              | GMC.1.1 En la planificación y el desarrollo del programa de gestión de la calidad participan todos los jefes de servicios de salud y de gestión administrativa del establecimiento.                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 186                                                              | GMC.1.1.1 Existe un programa de gestión de la calidad en el ámbito de todo el establecimiento.                                                                                                                                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 187                                                              | GMC.1.1.2 El programa incluye los componentes de organización y responsables de gestión de calidad, políticas y objetivos de la calidad, actividades de monitorización, supervisión de la calidad del establecimiento y acciones orientadas a la mejora continua. | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 188                                                              | GMC.1.2 Los líderes identifican procesos críticos de atención y de gestión, luego priorizan los procesos que serán sujetos de monitorización y las actividades de mejora que deberá llevarse a cabo.                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 189                                                              | GMC.1.3 Las autoridades gestionan y otorgan recursos financieros, tecnológicos y otros al programa de gestión y mejora de la calidad.                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 190                                                              | GMC.1.4 El programa de gestión y mejora de la calidad está coordinado por el Comité de gestión de la calidad y la información del programa se comunica al personal.                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 191                                                              | GMC.1.5 Se capacita al personal para participar en el programa.                                                                                                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 192                                                              | GMC.1.6 Todo el personal implicado en la gestión del establecimiento y en la atención de salud participa en el programa.                                                                                                                                          | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |             |
| 193                                                              | GMC.2 El establecimiento diseña sistemas y procesos nuevos y modifica los preexistentes según los principios de mejora de la calidad.                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 194                                                              | GMC.2.1 El establecimiento define cómo funcionarán los procesos nuevos y los modificados y su evaluación a través de indicadores.                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| <b>RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |             |
| 195                                                              | GMC.3 Las autoridades del establecimiento identifican indicadores para monitorizar: estructuras, procesos y resultados del área de salud y de gestión.                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 196                                                              | GMC.3.1 La evaluación del paciente.                                                                                                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 197                                                              | GMC.3.2 Programas de control de calidad y seguridad en imagenología y laboratorio.                                                                                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 198                                                              | GMC.3.3 Procedimientos quirúrgicos.                                                                                                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 199                                                              | GMC.3.4 Uso de antibióticos, otros medicamentos, y errores de medicación.                                                                                                                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 200                                                              | GMC.3.5 Utilización de anestesia.                                                                                                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 201                                                              | GMC.3.6 Utilización de sangre y derivados sanguíneos.                                                                                                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 202                                                              | GMC.3.7 Disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos.                                                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 203                                                              | GMC.3.8 Control, vigilancia y notificación de las infecciones.                                                                                                                                                                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 204                                                              | GMC.3.9 Investigación médica.                                                                                                                                                                                                                                     | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 205                                                              | GMC.3.10 El abastecimiento de suministros rutinarios y de medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente.                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 206                                                              | GMC.3.11 La gestión del riesgo referida a episodios no esperados definidos por el establecimiento.                                                                                                                                                                | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 207                                                              | GMC.3.12 Las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.                                                                                                                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 208                                                              | GMC.3.13 Las expectativas y la satisfacción del personal.                                                                                                                                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 209                                                                                              | <b>GMC.3.14 Perfil epidemiológico.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 210                                                                                              | <b>GMC.3.15 La gestión financiera.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 211                                                                                              | <b>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.</b>                                                                                                                                        | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 212                                                                                              | <b>GMC.3.17 La Auditoría médica.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>ANÁLISIS DE DATOS DE LA GESTION DE LA CALIDAD</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |
| 213                                                                                              | <b>GMC.4 Profesionales con experiencia y conocimiento consolidan y analizan de manera sistemática los datos del establecimiento.</b>                                                                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 214                                                                                              | <b>GMC.4.1 La frecuencia del análisis de datos se ajusta al proceso en estudio y cumple los requerimientos del establecimiento.</b>                                                                                                                                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 215                                                                                              | <b>GMC.4.2 Los datos se evalúan exhaustivamente cuando se producen incidentes inesperados, tendencias indeseables y cuando aparecen variaciones significativas (gestión del riesgo).</b>                                                                                                               | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| <b>MEJORA DE LA CALIDAD</b>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |
| 216                                                                                              | <b>GMC.5 Se alcanza y mantiene la mejora de la calidad de la atención.</b>                                                                                                                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 217                                                                                              | <b>GMC.5.1 Las actividades de mejora se llevan a cabo en las áreas prioritarias identificadas por el Comité de gestión de la calidad.</b>                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 218                                                                                              | <b>GMC.5.2 Se realizan las actividades asignadas por la dirección del establecimiento y se facilita el apoyo necesario.</b>                                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 219                                                                                              | <b>GMC.5.3 Se capacita al personal, se realizan los cambios de normativa adecuados y se asignan los recursos necesarios.</b>                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 220                                                                                              | <b>GMC.5.4 Se planifican, comprueban y llevan a cabo las estrategias de mejora efectivas.</b>                                                                                                                                                                                                          | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 221                                                                                              | <b>GMC.5.5 El establecimiento recopila datos que demuestran que la mejora se mantiene.</b>                                                                                                                                                                                                             | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 222                                                                                              | <b>GMC.5.6 El establecimiento documenta su mejora continua y sistemática y utiliza la información para elaborar planes estratégicos de mejora.</b>                                                                                                                                                     | OPCIONAL    | OPCIONAL    | OPCIONAL    |
| <b>SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIES)</b>                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |
| <b>PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIES)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |
| 223                                                                                              | <b>CIES.1 El establecimiento de salud diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección en los establecimientos de salud.</b>                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 224                                                                                              | <b>CIES.1.1 Todas las áreas de pacientes, personal y visitas del establecimiento se incluyen en el programa de control de la infección.</b>                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 225                                                                                              | <b>CIES.2. El establecimiento de salud establece el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones en los establecimientos de salud.</b>                                                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 226                                                                                              | <b>CIES.3 El establecimiento identifica los procesos y procedimientos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo.</b>                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 227                                                                                              | <b>CIES.4 Se dispone y se hace buen uso de las barreras físicas (guantes, mascarillas), barreras químicas (jabón y desinfectantes) y barreras biológicas (inmunizaciones).</b>                                                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 228                                                                                              | <b>CIES.5 En situaciones de brote de infecciones en establecimientos de salud, se obtienen cultivos de ambientes vinculados al brote.</b>                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 229                                                                                              | <b>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.</b> | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 230                                                                                              | <b>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.</b>                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 231                                                                                              | <b>CIES.8 El Manual de control de la infección se basa en la normativa vigente, los conocimientos científicos actuales y los protocolos de atención.</b>                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 232                                                                                              | <b>CIES.9 Los sistemas de Gestión de la Información apoyan el programa de control de la infección.</b>                                                                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 233                                                                     | <b>CIES.9.1</b> El establecimiento identifica riesgos de infección, tasas de infección y tendencia en las infecciones en los establecimientos de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 234                                                                     | <b>CIES.9.2</b> La monitorización incluye la utilización de indicadores relacionados con temas de infección importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.                                                                                                                                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 235                                                                     | <b>CIES.9.3</b> El establecimiento utiliza información de riesgo, tasas y tendencias para diseñar o modificar procesos para reducir al mínimo nivel posible de infección en los establecimientos de salud.                                                                                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 236                                                                     | <b>CIES.9.4</b> El establecimiento compara sus tasas de control de la infección con las de otras organizaciones a través de bases de datos comparativas.                                                                                                                                                                                                                                                                    | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 237                                                                     | <b>CIES.9.5</b> Los resultados de la vigilancia de la infección en el establecimiento se comunican a la Dirección quien la transmite al equipo de salud, de manera regular.                                                                                                                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 238                                                                     | <b>CIES.9.6</b> El establecimiento envía información de infecciones al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 239                                                                     | <b>CIES.10</b> El establecimiento facilita capacitación en la práctica de prevención y control de las infecciones relacionadas con el establecimiento, al personal de salud, a los pacientes y, si es necesario, a la familia y a otro personal.                                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 240                                                                     | <b>CIES.10.1</b> Se actualiza al personal en el control de la infección cuando se implementan nuevas normas y cuando se observan tendencias significativas en los datos de vigilancia.                                                                                                                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| <b>MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MRES)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
| 241                                                                     | <b>MRES.1</b> El establecimiento cuenta con un sistema de manejo de residuos generados en establecimientos de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>BIOSEGURIDAD (BIOS)</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
| 242                                                                     | <b>BIOS.1</b> El establecimiento cuenta con un sistema de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| <b>GESTION DE LA INFORMACION (GIN)</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |             |             |
| 243                                                                     | <b>GIN.1</b> El establecimiento planifica e implementa un sistema de información que atiende las necesidades de información de los profesionales que prestan servicios de salud, los que dirigen el establecimiento y las personas e instituciones de fuera del establecimiento que requieren datos e información de ésta, se ajusta a la complejidad y características del establecimiento y de los servicios facilitados. | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 244                                                                     | <b>GIN 1.1</b> El Sistema contempla instrumentos que define el sistema nacional de información                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 245                                                                     | <b>GIN 1.2</b> El Sistema cuenta los mecanismos para mantener la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información.                                                                                                                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 246                                                                     | <b>GIN 1.3</b> El Sistema define los niveles de seguridad necesarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 247                                                                     | <b>GIN 1.3.1</b> La normativa del establecimiento especifica el personal autorizado para introducir datos en el expediente clínico del paciente y establece el contenido y el formato de los archivos.                                                                                                                                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 248                                                                     | <b>GIN 1.3.2</b> Solo el personal autorizado puede introducir datos en el expediente clínico del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 249                                                                     | <b>GIN 1.3.3</b> En cada registro del expediente clínico se debe especificar el responsable, la fecha y la hora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 250                                                                     | <b>GIN 1.4</b> El establecimiento tiene una normativa sobre el tiempo y confidencialidad en la conservación de los expedientes clínicos y documentos administrativos.                                                                                                                                                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 251                                                                     | <b>GIN 1.5</b> El Sistema de archivo del expediente clínico y los documentos administrativos se implementa y se mantiene mediante personal adecuado y otros recursos necesarios.                                                                                                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 252                                                                     | <b>GIN 1.6</b> Se protege la información y los Expedientes clínicos de la pérdida, la destrucción y el acceso o uso indebido o no autorizado.                                                                                                                                                                                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 253                                                                     | <b>GIN. 1.7</b> El establecimiento cuenta con un Sistema de información y procesamiento de datos, para satisfacer las necesidades de datos e información del personal del establecimiento y de instituciones externas al mismo, que se atienden en el momento oportuno, en un formato que cumpla con la norma vigente.                                                                                                      | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 254                                                                     | <b>GIN 1.8</b> El personal de salud y administrativo de cargos intermedios participa en la selección, la integración y el uso de tecnología de gestión de la información.                                                                                                                                                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 255                                                                     | <b>GIN 1.9</b> Los miembros del personal tienen acceso al nivel de información que requieren sus necesidades y responsabilidades de trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 256                                                                     | <b>GIN 1.10.</b> La información generada en las distintas unidades está integrada para apoyar la gestión y el gobierno del establecimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |             |             |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 257 | GIN 1.11 Los que toman decisiones y otro tipo de personal pertinente reciben capacitación sobre el sistema de información.                                                                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 258 | GIN 1.12 El establecimiento analiza y toma decisiones a través del Sub - Comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH) .                                                                                                                                                   | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
|     | <b>EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                |             |             |             |
| 259 | GIN. 2 El establecimiento inicia y conserva el expediente clínico de cada paciente diagnosticado o tratado.                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 260 | GIN.2.1 El Expediente Clínico contiene la información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los profesionales en salud. | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 261 | GIN.2.1.1 El expediente clínico de cada paciente que recibe atención de urgencias incluye la hora de llegada, el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones para la continuidad de atención.                                                                     | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 262 | GIN.2.2 Como parte de las actividades de mejora, el establecimiento evalúa regularmente el contenido del expediente clínico del paciente y comprueba que esté completo.                                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 263 | GIN.2.3 Los profesionales en salud tienen acceso a la información del expediente clínico del paciente cada vez que le atienden.                                                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 264 | GIN 2.4 El establecimiento utiliza procedimientos estandarizados para la codificación de la información.                                                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
|     | <b>GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)</b>                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |             |
|     | <b>PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |             |             |             |
| 265 | GSI.1 El establecimiento cumple la legislación, las regulaciones vigentes y los requisitos de inspección de las instalaciones.                                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 266 | GSI.1.1 El establecimiento planifica y define el presupuesto para mantener, mejorar o sustituir sistemas, edificios o componentes clave.                                                                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 267 | GSI.2 El establecimiento planifica e implementa un programa para gestionar el entorno físico. .                                                                                                                                                                                       | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 268 | GSI.2.1 El establecimiento inspecciona la seguridad contra incendios de los edificios y cuenta con un plan para reducir riesgos manifiestos y facilitar unas instalaciones físicas seguras para los pacientes, las familias, el personal y las visitas.                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 269 | GSI.3 El establecimiento incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias                                                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 270 | GSI.3.1 La planificación incluye la prevención, la rápida detección, la extinción de incendios y el desalojo rápido de las instalaciones en respuesta a incendios y a otras emergencias.                                                                                              | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OPCIONAL    |
| 271 | GSI.3.2 El establecimiento evalúa de manera regular su plan de seguridad contra el fuego y el humo, incluyendo cualquier dispositivo relacionado con la detección y la supresión rápida, y documenta sus resultados.                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 272 | GSI.3.3 El establecimiento cumple con la ley referida a la prohibición del uso de tabaco en establecimientos de salud.                                                                                                                                                                | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 273 | GSI.3.4 El establecimiento cuenta con sistemas de emergencia para proteger a sus ocupantes, en caso de avería del sistema eléctrico o de falta de abastecimiento de agua, contaminación o alteración de funcionamiento.                                                               | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 274 | GSI.3.5 El establecimiento supervisa regularmente sus sistemas de emergencia eléctricos y de agua y documenta los resultados.                                                                                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 275 | GSI.3.6. Se dispone de corriente eléctrica y de agua potable 24 horas al día y siete días por semana, a través de fuentes habituales o alternativas, para atender las necesidades esenciales de los pacientes.                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 276 | GSI.3.7 Se revisan, se mantienen de manera regular y según sea necesario, se mejoran los sistemas eléctricos, de agua, residuos, ventilación y gases medicinales, entre otros sistemas clave.                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 277 | GSI.3.7.1. Autoridades o profesionales designados se encargan de supervisar regularmente la calidad del agua en servicios de cuidado especial (Ej.: quirófano, esterilización, hemodiálisis).                                                                                         | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 278 | GSI.4 El establecimiento elabora un plan de respuesta ante posibles emergencias en la población, epidemias y desastres naturales, entre otros.                                                                                                                                        | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 279 | GSI.4.1 El establecimiento ha comprobado su respuesta a emergencias, epidemias y desastres.                                                                                                                                                                                           | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |             |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 280                                         | GSI.4.2 El establecimiento tiene acceso a cualquier suministro médico, equipo de comunicación y otros materiales para responder a emergencias, epidemias o desastres.                                                                                           | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| 281                                         | GSI.5 Uno o más profesionales capacitados se encargan de facilitar instalaciones físicas seguras y eficaces.                                                                                                                                                    | OPCIONAL    | OPCIONAL    | NO APLICA   |
| EQUIPAMIENTO MÉDICO Y SUMINISTROS GENERALES |                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |             |
| 282                                         | GSI.6. El establecimiento planifica e implementa un programa para supervisar, evaluar y mantener el equipamiento médico y documentar los resultados.                                                                                                            | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
| 283                                         | GSI.6.1. El establecimiento recopila los datos de la monitorización para el programa de gestión del equipamiento médico. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades del establecimiento a largo plazo para mejorar o sustituir dicho equipamiento. | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| CAPACITACION AL PERSONAL EN SEGURIDAD       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |             |
| 284                                         | GSI.7 El establecimiento capacita al personal para facilitar instalaciones seguras y eficaces.                                                                                                                                                                  | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 285                                         | GSI.7.1. Se capacita e informa al personal sobre sus funciones en los planes de seguridad contra incendios, vigilancia, materiales peligrosos y emergencias.                                                                                                    | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |
| 286                                         | GSI.7.2 Se capacita al personal del servicio para manipular y realizar el mantenimiento del equipamiento médico y los sistemas generales.                                                                                                                       | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | NO APLICA   |



---

Bolivia Digna, Soberana y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**