

ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ASP. 01 – Identificación inequívoca de los pacientes

El hospital posee un sistema implementado para la identificación inequívoca de los pacientes.

Propósitos

- Implementar un sistema declarado y confiable que permita identificar correctamente a los pacientes que reciban asistencia en la institución hospitalaria.
- Evitar en el paciente errores durante el proceso de diagnóstico, tratamiento o ambos.
- Garantizar que la identificación declarada abarque la atención de urgencias, hospitalización y la actividad ambulatoria de la institución.

Elementos a evaluar

- El sistema documentado para la identificación inequívoca de los pacientes incluye como mínimo dos formas de identificación, sin emplear como forma de identificación, el nombre o número de la sala, número o identificación de la habitación y número de la cama que utiliza el paciente.
- El sistema de identificación incluye dos o más de las siguientes variantes: nombre y apellidos de los pacientes, número de Historia Clínica (por dígito terminal, número de carné de

identidad o convencional), el número de carné (y la “manilla” con datos del paciente o en caso de recién nacidos el nombre de la madre y el número de la historia clínica).

- El sistema declarado es utilizado como identificación de los pacientes previo a cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos *del* hospital disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Sistema documentado para identificación inequívoca.
- Manual de procedimientos para registros y estadísticas de salud disponible para ser consultado las 24 horas del día.

ASP. 02 – Admisión y registro de pacientes en el hospital

El hospital se adhiere al proceso establecido por la Dirección Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública para admitir pacientes hospitalizados y para registrar pacientes atendidos en los servicios de urgencia y los atendidos de forma ambulatoria.

Propósitos

- Implementar el proceso para el internamiento de pacientes en el hospital según lo establecido.
- Establecer que el proceso de registro de pacientes en el servicio de urgencia cumpla con los requisitos.
- Garantizar el cumplimiento de los requisitos del registro de pacientes en todas las actividades ambulatorias que se realizan en la institución.
- Garantizar que el personal implicado en los procesos de admisión y registro de pacientes respete y se adhiera a lo establecido.

Elementos a evaluar

- El proceso de registros de admisión a hospitalizados, los de atención de urgencias y servicios ambulatorios cumple con lo establecido.
- Existe un proceso de ingreso directo desde el servicio de emergencia.

- El proceso de registro de pacientes que permanecen en observación cumple con lo establecido.
- Se priorizan, en el momento de admisión para hospitalización, los casos de emergencia y los pacientes que necesitan cuidados especiales según la valoración médica en el momento de ingreso y se selecciona el servicio más adecuado para responder a las necesidades
- Se ofrece al paciente y acompañante la información relacionada con el proceso de atención.
- Existe un plan de admisión de pacientes para situaciones especiales.
- Existen criterios de ingreso para los pacientes que demanden asistencia en unidades de atención al grave.
- Se cumple con lo establecido en todos los servicios ambulatorios del hospital.
- El sistema de Consulta Externa del hospital se prioriza la oferta de turnos para casos nuevos-
- Se garantiza la oferta de turnos para todo el año en los servicios ambulatorios.
- Están priorizadas las consultas especializadas y por equipos multidisciplinarios.
- Se cumple con lo establecido para los registros primarios en urgencias, servicios ambulatorios y en admisión de pacientes para hospitalización (ingresos – egresos).
- Están nombrados los Jefes de servicios de urgencias, consulta externa o servicios ambulatorios y de admisión.

- Existe en Admisión un mecanismo para el control de camas (pizarra, informatizado, etc.).
- Existen adecuadas condiciones de los locales donde se realiza la consulta externa.
- Se utiliza en consulta externa la programación de turnos de forma escalonada, así como programación anual.
- Existen posibilidades de acceso desde el Primer Nivel de Atención al sistema de oferta de turnos en Consulta Externa.
- Existen especialización de las consultas externas y consulta de seguimiento a pacientes egresados.
- Existe adecuada calidad del registro en las Hojas de Cargo en Consulta Externa y en Urgencias.
- Existen prácticas especializadas en el área ambulatoria del hospital.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Manual de procedimientos para registros médicos y estadísticas de salud disponible las 24 horas del día.
- Registros primarios establecidos en urgencias, servicios ambulatorios y admisión de pacientes.
- Historias clínicas.
- Expedientes laborales.

ASP. 03 – Continuidad de la atención

El hospital diseña e implementa procesos que permiten la continuidad de los servicios de atención al paciente.

Propósitos

Implementar en el hospital procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud en los servicios de:

- a) urgencia, emergencia y en la admisión de los pacientes hospitalizados;
- b) diagnóstico y de tratamiento;
- c) atención ambulatoria;
- d) otras instituciones de salud.

Elementos a evaluar

- Los Jefes de servicios y departamentos disponen e implementan procedimientos que contribuyen a la continuidad y coordinación de la atención.
- La historia clínica del paciente está disponible y actualizada para aquellos profesionales autorizados que la necesiten para la atención del paciente.
- Los procesos de continuidad y coordinación de atención se realizan a través del uso de herramientas, como el manual de

organización y procedimientos, guías de prácticas clínicas, protocolos de actuación y otras normativas.

- Durante la hospitalización existe un profesional médico identificado como responsable de la atención del paciente.
- En el proceso asistencial del paciente hospitalizado el pase de visita se planifica y ejecuta.
- Existe planificación y ejecución de discusión colectiva de casos complejos.
- Se emplea una “segunda opinión”, de ser necesaria, en el proceso de atención.
- La trasportación interna del paciente para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ocurre de forma segura.
- La historia clínica del paciente que requiere traslado interno posee un resumen o *epicrisis de traslado*.
- El egreso del paciente se determina por criterio médico.
- Es emitido un documento (Hoja de Hospitalización) al paciente donde se resumen los aspectos relacionados con la evolución del enfermo, los resultados relevantes de los exámenes complementarios, la impresión diagnóstica y el plan terapéutico a seguir. Este documento constituye la contrarreferencia para su médico de familia en el primer nivel de atención.
- Una copia de la Hoja de Hospitalización se conserva en la historia clínica del paciente.
- En el proceso de egreso son tenidos en cuenta:
 - a. Seguridad y uso efectivo de los medicamentos del paciente.

- b. Seguridad y uso efectivo de la tecnología médica.
- c. Interacciones potenciales entre los medicamentos indicados en su plan terapéutico.
- d. Dieta y nutrición a seguir.
- e. Atención integral al dolor.
- f. Rehabilitación.

- El hospital posee un procedimiento para identificar las razones por las cuales los pacientes se retiran sin consentimiento médico (alta a petición).
- Existe un procedimiento de notificación a las instancias correspondientes cuando un paciente se retira durante el proceso de atención en el servicio de urgencia.
- Durante la atención de los pacientes hospitalizados, en urgencias y en los escenarios de atención ambulatoria reciben educación sanitaria a través de herramientas o métodos.
- El hospital gestiona el transporte sanitario para los egresados que requieran traslado seguro.
- Existe un procedimiento para la referencia de la atención médica del paciente.
- Existen relaciones contractuales del hospital para referir a otra institución de salud que permite la resolutiveidad de la afección del paciente mediante un documento de referencia y traslado seguro.
- El proceso de referencia se documenta en la historia clínica.

- El hospital posee un proceso de referencia y contrarreferencia documentado con los registros pertinentes.
- Existe un proceso de seguimiento en la consulta externa del hospital para los pacientes egresados que lo requieran.
- Existe un proceso de coordinación con el nivel primario de atención al egreso del paciente.
- El hospital controla los reingresos o readmisiones no previstas.
- Existe un proceso que evalúa la satisfacción de pacientes y familiares durante su estancia en el hospital.
- Comprobar que un médico es quien conduce directamente la atención de cada paciente internado bajo la supervisión y control de un médico especialista, que es quien responde por las decisiones de diagnóstico, terapéutica y egreso del paciente.
- Existe organización del trabajo asistencial e integración de los Grupos Básicos de Trabajo.
- Se cumple lo establecido ministerialmente en pacientes de cirugía mayor ambulatoria, corta estadía y en egresados precoces con tratamiento (alta precoz).

Documentos a verificar

- Historias clínicas
- Manual de Organización y Procedimientos de las áreas implicadas en la atención médica.
- Protocolos de actuación, guías de prácticas clínicas y otras normativas vigentes.
- Programación de Guardias Médicas. Organización de la

continuidad de la atención a pacientes hospitalizados de 4 p.m. a 8 a.m., así como los sábados, domingos y días feriados.

- Evidencias de las supervisiones periódicas de los pases de visita médico.
- Actas de Reuniones de Discusión de Casos Complejos. Debe especificar nivel científico-docente de los participantes.
- Manual de procedimientos de registros y estadísticas de salud.
- Expedientes laborales de los profesionales y otro personal sanitario: títulos correspondientes y cursos necesarios para su desempeño.
- Programación de consultas especializadas, de egresados y multidisciplinarias en la institución.
- Programación de consultas especializadas en el primer nivel de atención como parte de la proyección comunitaria de las especialidades.
- Historias clínicas de egresados, cuando se requieran, el cumplimiento de las reconsultas por uno de los médicos especialistas que lo atendió durante el ingreso.
- Documentación del sistema de referencia y contrarreferencia de la institución y su cumplimiento.
- Procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes en las que deben estar definidos la documentación, autorización, medio de transporte a utilizar y presencia de médico o enfermera acompañante, en las afecciones que demanden el traslado al siguiente nivel de atención.

- Remisiones.

ASP. 04 – Derechos del paciente y satisfacción

El hospital es responsable de ofrecer los procesos que garanticen los derechos de los pacientes y sus familiares durante la atención.

Propósitos

- Garantizar por la dirección del hospital, los jefes de los servicios y departamentos el trato adecuado que se les ofrece a sus pacientes.
- Divulgar a pacientes y familiares sus derechos y las condiciones de convivencia hospitalaria.
- Respetar los derechos de los pacientes y su familia, así como sus valores personales y espirituales.
- Reducir las barreras físicas, idiomáticas, culturales y otras para el acceso y prestación de servicios.
- Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del paciente.
- Informar a pacientes y familiares sobre los aspectos de su atención médica.
- Apoyar el derecho del paciente a la atención integral del dolor y al trato respetuoso y compasivo al final de la vida.
- Establecer la responsabilidad del hospital sobre los bienes de los pacientes.
- Garantizar la protección de los pacientes y prestadores de los servicios de salud ante cualquier manifestación de violencia.

- Cumplir con lo implementado en el sistema para tramitar quejas, inconformidades y estados de opinión de pacientes y familiares.
- Implementar un proceso de monitoreo de la satisfacción de los prestadores de los servicios de salud.
- Informar a los pacientes y sus familias sobre el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos, en los casos que lo necesiten.
- Apoyar la decisión del paciente y la familia de donar órganos y otros tejidos.
- Garantizar el cumplimiento de lo establecido para los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos que incluye los aspectos éticos y legales.
- Capacitar al personal del hospital en los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos que incluye los aspectos éticos y legales.

Elementos a evaluar

- El hospital respeta los derechos de los pacientes y su familia como está explícito en las normas de convivencia hospitalaria vigentes.
- El hospital respeta los derechos de los pacientes y su familia en determinar qué información relacionada con su proceso de atención se proporcionará a la familia o a otras personas y en qué circunstancias.
- El hospital divulga por diferentes medios los derechos del paciente.

- Todo el personal está informado acerca de los derechos del paciente y puede explicar sus responsabilidades para proteger los referidos derechos.
- Los jefes de los servicios o departamentos implementan un proceso para resolver o limitar las barreras de los pacientes que buscan su atención.
- El personal ofrece una atención respetuosa en correspondencia con los valores y las creencias del paciente.
- La necesidad de privacidad del paciente es respetada para todas las consultas médicas, exámenes, procedimientos/tratamientos y transporte.
- La confidencialidad de la información del paciente se mantiene de acuerdo a las regulaciones vigentes.
- Mediante entrevista médica los pacientes y familiares son informados acerca de su condición sobre diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico.
- Se respeta y apoya el derecho del paciente a la evaluación y atención integral al dolor.
- ☐ Se apoya el derecho del paciente al trato respetuoso y compasivo al final de la vida.
- Se implementa el consentimiento informado cuando se requiere.
- En el hospital está determinado el nivel de responsabilidad sobre los bienes de los pacientes.
- El hospital implementa un proceso de protección ante cualquier manifestación de violencia a pacientes, acompañantes y prestadores de los servicios de salud.

- Los pacientes y familiares son informados acerca del proceso para presentar quejas, inconformidades o estados de opinión.
- Las quejas son investigadas por la institución y los demandantes son informados de los resultados.
- Se implementa un proceso para abordar la satisfacción de los prestadores de los servicios de salud.
- Se informa a pacientes y sus familias acerca del proceso de donación de órganos y tejidos.
- Se apoya la decisión del paciente y la familia de donar órganos y tejidos en caso necesario.
- Se asegura los controles adecuados para garantizar el cumplimiento de lo establecido para los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos que incluyen los aspectos éticos y legales.
- Existe un mecanismo establecido por la institución para la entrega de dietas, certificados y otros documentos que requieren gestión administrativa.
- Existe un sistema implementado para evaluar la satisfacción de prestadores de los servicios de salud a través de entrevistas o encuestas.
- Existencia y funcionamiento del sistema de entrevistas médicas.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Consentimiento Informado en la institución.

- Divulgación de los Derechos y Deberes del paciente en concordancia con las orientaciones de convivencia hospitalaria establecidas.
- Documentos de la oficina de atención a la población.
- Registro de Quejas.
- Expedientes de investigaciones de las quejas (comisiones nombradas; respuesta al demandante y firma de la misma).
- Diagnóstico de las principales causas de quejas e insatisfacciones. Su análisis en los Consejos de Dirección.
- Actas de reuniones de pacientes y acompañantes. Comprobar el cumplimiento de la periodicidad establecida.
- Planes de trabajo de los directivos. Verificar la planificación de la atención a la población.
- Sistema de encuestas a pacientes y familiares con evidencias en relación al trato recibido de recepcionistas, porteros, personal auxiliar y de apoyo, enfermeras, técnicos y médicos, así como sobre la información que han obtenido en las diferentes áreas y servicios.
- Evidencias del cumplimiento de la programación de servicios, consultas e intervenciones quirúrgicas.
- Sistema de información a pacientes y familiares.
- Documentos que recogen los planteamientos de la comunidad relacionados con la institución y su nivel de respuesta o solución.
- Existencia y uso del modelo 53-45 “Declaración de valores del paciente”.

ASP. 05 – Prestación de la atención sanitaria

Se presta una atención sanitaria uniforme a todos los pacientes y se cumple con las disposiciones y normativas vigentes.

Propósitos

- Respetar el derecho que tienen los pacientes a recibir la misma calidad de la atención en todos los servicios y departamentos del hospital.
- Garantizar por los jefes de servicio y departamentos el mismo nivel de atención en cada turno de trabajo, todos los días de la semana.
- Disponer de los recursos para atender las necesidades de los pacientes graves.
- Garantizar que los pacientes con similares necesidades de cuidados de enfermería reciban la misma atención.
- Implementar un proceso para integrar y coordinar la atención que se ofrece a cada paciente.
- Implementar un proceso uniforme para prescribir órdenes (medicamentos, hemocomponentes, hemoderivados, exámenes complementarios) para los pacientes.
- Registrar los procedimientos, tratamientos, así como los resultados obtenidos en la historia clínica.

Elementos a evaluar

- Los jefes de servicios y departamentos trabajan en forma conjunta para ofrecer procesos de atención sanitaria uniformes.
- La prestación de la atención sanitaria uniforme refleja las reglamentaciones vigentes.
- La planificación y prestación de la atención se encuentra integrada y coordinada entre los diferentes servicios y departamentos.
- La atención de cada paciente es planificada por el médico responsable, la enfermera y otros profesionales sanitarios dentro de las 24 horas de su admisión como paciente hospitalizado.
- El plan de atención es individualizado y se basa en los datos de la evaluación inicial del paciente y sus necesidades identificadas.
- El plan de atención es actualizado, modificado y revisado por un equipo multidisciplinario en función de la reevaluación del paciente realizada por los profesionales sanitarios a cargo de la atención médica.
- El plan de atención inicial y todas las modificaciones que se le hagan son registrados en la historia clínica del paciente.
- El plan de atención de cada paciente es revisado cuando se desarrolla por primera vez y cuando es modificado por el equipo multidisciplinario y registrado en la historia clínica del paciente teniendo en cuenta los cambios que se produzcan en la condición del paciente.

- La atención médica planificada es brindada a cada paciente y registrada en su historia clínica por parte del profesional a cargo de brindar la atención.
- Proceso uniforme para prescribir órdenes para los pacientes (diagnóstico por imágenes, pruebas de laboratorios) por personal facultado para hacerlo.
- Los resultados de las órdenes se encuentran dentro de una ubicación uniforme en la historia clínica.
- Los procedimientos y tratamientos realizados son registrados en la historia clínica del paciente.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Historias clínicas.
- Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica.
- Listado de guardias médicas físicas y localizables en todos los servicios de asistencia médica del hospital.
- Rotaciones del personal de enfermería.
- Rotaciones de las supervisoras de enfermería.

ASP. 06 – Atención médica en pacientes de alto riesgo

La atención médica de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de alto riesgo es guiada por directrices de práctica profesional y su reglamentación.

Propósitos

- Definir los pacientes de alto riesgo en el hospital para su atención de forma rápida y efectiva.
- Definir los servicios de alto riesgo: a) pacientes de emergencia; b) pacientes en estado de coma; c) pacientes con soporte vital; d) atención de pacientes con enfermedades transmisibles; e) atención de pacientes inmunodeprimidos; f) atención de pacientes que estén recibiendo diálisis; g) atención de pacientes inmovilizados; h) atención de pacientes que estén recibiendo quimioterapia; y i) atención de poblaciones de pacientes vulnerables, incluidos los pacientes mayores que se encuentren debilitados, los niños que no son independientes, y los pacientes que demanden asistencia social. También identifica otro riesgo como resultado de cualquier procedimiento o del plan de atención médica (por ejemplo, la necesidad de prevenir trombosis venosas profundas, úlceras de decúbito, e infecciones asociadas con la ventilación en pacientes que se encuentran en soporte vital; lesión circulatoria y neurológica en pacientes inmovilizados; exposición a la sangre en pacientes en tratamiento de diálisis; infecciones por vía central y caídas).

- Usar la información de las mediciones para evaluar los servicios prestados a los pacientes de alto riesgo e integra esa información en su programa general de mejora de la calidad.

Elementos a evaluar

- La dirección del hospital y sus jefes de servicios y departamentos ha identificado los pacientes y servicios de alto riesgo.
- La prestación de servicios de alto riesgo está implementada bajo directrices y procedimientos.
- El personal que participa en los procedimientos de alto riesgo está debidamente capacitado para brindar atención médica.
- La evaluación de los servicios de alto riesgo se incluye en el programa de mejora de la calidad del hospital.
- Adherencia a los protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica e los servicios de alto riesgo en el hospital.
- Disponibilidad de exámenes de laboratorio clínico con estudio de gases sanguíneos y otros estudios las 24 horas del día.
- Posibilidad de radiología e imágenes las 24 horas del día.
- Posibilidad de hemoterapia las 24 horas del día.
- Existe capacitación específica para atención de pacientes de alto riesgo, según perfil.
- Cumple los indicadores de resultados definidos para cada tipo de Unidad que atiende pacientes de alto riesgo.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos de los servicios considerados de alto riesgo en el hospital, disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica en los servicios de alto riesgo y evaluación de su adherencia.
- Historias clínicas.
- Documentación técnica (ficha técnica), registros de control del equipamiento disponible para atender pacientes de alto riesgo según su perfil.
- Expedientes laborales: nombramiento, títulos que acrediten a los jefes de servicios donde se atienden pacientes de alto riesgo en el Departamento de Recursos Humanos.
- Documentos que acrediten la capacitación al personal que atienden pacientes de alto riesgo en el Departamento de Recursos Humanos.

ASP. 07 – Cambios en el estado del paciente

El personal sanitario se encuentra capacitado para reconocer y reaccionar frente a los cambios que se produzcan en el estado del paciente.

Propósitos

- Garantizar que el personal que no trabaja en áreas críticas de la atención sanitaria posea la capacitación adecuada para evaluar, monitorizar y tratar a los pacientes que muestren síntomas y signos que indiquen un potencial deterioro del paciente.
- Lograr que el personal sanitario sea capaz de identificar de forma temprana a un paciente en parada cardiorrespiratoria y solicitar atención adicional de profesionales especialmente capacitados.
- Asegurar que los pacientes tengan acceso a los servicios de reanimación y su disponibilidad en todo el hospital.

Elementos a evaluar

- El hospital implementa un proceso sistemático de capacitación y asegura los recursos necesarios para que el personal pueda reconocer y actuar cuando el estado de un paciente muestra signos de deterioro.
- El hospital implementa criterios documentados que describen signos de alerta tempranos que muestran un cambio o un deterioro en la condición del paciente y que indican solicitar ayuda calificada.

- El hospital informa al paciente y a su familia cómo buscar asistencia cuando la condición del paciente se deteriora.
- Están disponibles los servicios de reanimación en todo el hospital, las 24 horas del día, todos los días.
- El reconocimiento de la parada cardiorrespiratoria y el proceso de soporte vital debe llevarse a cabo en menos de 5 minutos.
- El equipamiento para la reanimación básica y avanzada están disponibles para su uso de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

Documentos y procesos a verificar

- Manual de organización y procedimientos disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Historias clínicas.
- Protocolos de actuación o guías de práctica clínica.
- Expedientes laborales para verificar certificación de cursos recibidos.

ASP.08 - Comunicación efectiva

El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la efectividad de la comunicación entre los profesionales sanitarios.

Propósito

- Alcanzar una comunicación electrónica, verbal o escrita, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por el receptor, que minimice los errores y los riesgos para el paciente.

Elementos a evaluar

- El profesional que recibe la información verbal o telefónica, registra y lee nuevamente la orden de manera completa, y la persona que realizó la orden la confirma.
- Están definidos los valores de referencia para cada prueba diagnóstica.
- Está definido quién notifica y a quién, los resultados de pruebas diagnósticas.
- La comunicación escrita, se realiza de manera completa y legible.
- Esta identificada la información que se debe registrar en la historia clínica del paciente.
- Los prestadores de atención sanitaria se comunican los elementos importantes del paciente durante los traspasos de información y atención (entrega de guardia, entrega de turno, entrega de sala, pase de visita, entre otros).

- Se establece una comunicación efectiva entre el paciente, su familia y los profesionales sanitarios durante el proceso de atención.

Documentos y procesos a verificar

- Manual de organización y procedimientos disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Divulgación de los Derechos y Deberes de los pacientes en la institución.
- Registro de los valores de referencia de las pruebas diagnóstica, cuando proceda.
- Calidad del informe de resultados de las pruebas diagnósticas.
- Historias clínicas.
- Comprobar proceso de entrevistas médicas.

ASP. 09 - Seguridad en los medicamentos de alto riesgo

El hospital implementa un proceso para garantizar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Propósito

- Alcanzar un control y administración segura de los medicamentos de alto riesgo, que eviten o minimicen los daños en el paciente.

Elementos a evaluar:

- Existe un sistema de notificación y reporte de errores en la trazabilidad de los medicamentos de alto riesgo.
- El hospital tiene una lista de medicamentos de alto riesgo, que incluye aquellos con apariencia o nombre similar.
- El hospital implementa estrategias para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, que incluyen procesos específicos de almacenamiento, prescripción, administración y monitorización.
- La ubicación e identificación de los **medicamentos de alto riesgo**, que incluyen además, los de apariencia o nombre similar, está establecido en el hospital.
- El hospital tiene un proceso que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados.

- Los electrolitos concentrados están presentes solo en los servicios de atención al paciente que se identifican como clínicamente necesarios.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Listado de medicamentos considerados de alto riesgo.
- Manual de procedimientos de la farmacia hospitalaria.
- Historias clínicas.
- Registro de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Seguimiento de su trazabilidad.
- Disponibilidad del modelo de RAM en los servicios de atención a pacientes las 24 horas del día.

ASP.10 -Cirugía y procedimientos invasivos seguros

El hospital desarrolla e implementa un proceso para garantizar la cirugía segura y los procedimientos invasivos seguros, en el lugar, técnica y paciente correctos.

Propósito

- Garantizar procedimientos quirúrgicos e invasivos sin errores, que eviten, minimicen los riesgos o daños para el paciente.

Elementos a evaluar

- Existe un sistema de notificación y reporte de eventos adversos en procedimientos quirúrgicos e invasivos.
- Se emplea una marca reconocible al instante para la identificación del sitio de la cirugía o del procedimiento invasivo que es consistente en el hospital.
- El marcado del sitio de la cirugía o del procedimiento invasivo es realizado por el profesional que ejecuta el procedimiento e involucra al paciente en el proceso de marcado.
- Se emplea una lista de comprobación antes del procedimiento: consentimiento informado correcto, identificación del sitio, el procedimiento y paciente correcto, documentos y equipamiento médico necesario disponible.
- El equipo quirúrgico completo realiza y registra un procedimiento de pausa pre-quirúrgica (la identificación del paciente correcto, la lateralidad y el sitio correcto, el acuerdo sobre el procedimiento

que debe realizarse, y la confirmación de haber realizado el proceso de verificación), en el área en el cual se realiza la cirugía/procedimiento invasivo, antes de comenzar una cirugía/procedimiento invasivo.

- Cuando se realiza la cirugía, incluyendo procedimientos médicos y dentales en otros lugares además del quirófano, el hospital usa procesos uniformes para garantizar el sitio, procedimiento y paciente correctos.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Registro de accidentes quirúrgicos.
- Informes operatorios.
- Informes anestésicos.
- Historias clínicas.
- Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica.
- Registros primarios en las unidades quirúrgicas con que cuenta el hospital.
- Informes en el departamento de registros médicos y estadísticas de salud relacionados con la actividad quirúrgica.

ASP.11- Riesgo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

El hospital implementa un proceso para evitar o minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Propósito:

- Desarrollar un proceso que evite o minimice el riesgo en los pacientes de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Elementos a evaluar:

- Existe un sistema de notificación y reporte de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- El hospital posee un programa institucional para la prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria basado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública.
- El hospital aplica una política institucional de desinfección y descontaminación basada en disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública.
- Se implementa un programa de lavado efectivo de manos en todo el hospital (social, higiénico y quirúrgico).
- Existen los medios necesarios para el adecuado lavado higiénico de las manos con soluciones alcohólicas.

- Los procedimientos de limpieza y desinfección de manos se utilizan de acuerdo con las directrices de lavado higiénico de las manos en todo el hospital.
- Uso adecuado de guantes (manipulación o quirúrgicos), según procedimiento.
- Se emplean una sola vez los dispositivos de inyección descartables.
- Las conexiones y protecciones de los catéteres y dispositivos colocados en los pacientes son correctas.
- Se emplea la profilaxis con antibióticos según la política establecida en el servicio específico hospital.
- Se aplican las medidas de asepsia y antisepsia en la realización de procedimientos y técnicas que comprometan el riesgo de infecciones en los pacientes.
- Existe un procedimiento riguroso de limpieza, desinfección, esterilización, traslado, almacenamiento de los materiales, dispositivos y equipamientos médicos basado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública.
- Existe un procedimiento riguroso en el control del material reutilizable (reuso) basado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública.
- Son adecuadas las condiciones higiénicas de los equipos y accesorios para la atención del paciente.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos disponible para ser consultado las 24 horas del día.
- Programa institucional de prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- “Política institucional de desinfección y descontaminación”, según disposiciones y normativas vigentes del Ministerio de Salud Pública.
- Registros primarios de reporte de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los servicios de asistencia médica.
- Actas del comité de prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Registro del control de calidad de las soluciones desinfectantes en el dispensario farmacéutico y en el departamento de epidemiología hospitalaria.
- “Evidencias documentadas” del control del lavado higiénico de las manos por parte de las enfermeras vigilantes epidemiológicas (EVE) realizadas a los servicios de asistencia médica. Priorizados los servicios de alto riesgo.
- Mapa microbiológico del hospital documentado y divulgado en los servicios de asistencia médica.
- Política institucional para la profilaxis quirúrgica con antibióticos. Debe estar incluida en los protocolos de actuación y/ guías de práctica clínica.
- Sistema de información estadística de IAAS en el departamento de Registros médicos y estadísticas de salud.

ASP. 12 -Daño del paciente causado por caídas

El hospital implementa un proceso para evitar o minimizar el riesgo de daño al paciente por caídas.

Propósito

- Implementar medidas que eviten o minimicen las caídas de los pacientes y sus posibles riesgos y/o daños.

Elementos a evaluar

- El hospital implementa un proceso para evaluar los riesgos del entorno en el que se proporcionan la atención y los servicios.
- El hospital implementa un proceso para evaluar (evaluación inicial y continua) a todos los pacientes hospitalizados para identificar su riesgo de caídas.
- El hospital implementa un proceso para la reevaluación de los pacientes con bajo riesgo de caídas durante su hospitalización.
- El hospital implementa un proceso para la protección de pacientes hospitalizados y ambulatorios que se identifiquen con riesgo de caídas.
- Utiliza los mecanismos de sujeción y dispositivos de inmovilización adecuados, según necesidades del paciente durante la hospitalización, traslado y transportación.

- Son adecuadas las condiciones estructurales de los equipos y accesorios para la atención y traslado de los pacientes.
- Existe un sistema de notificación y reporte de caídas de los pacientes.

Documentos y procesos a verificar

- Registro de reporte de caídas.
- Plan director del hospital donde se contemple en el proceso inversionista la eliminación de barreras arquitectónicas y los elementos necesarios en la protección de pacientes para evitar caídas.

ASP. 13–Atención anestésica

Se dispone de servicios de sedación y anestesia para satisfacer las necesidades de los pacientes que cumplen con los estándares profesionales y regulaciones vigentes.

Propósito

- Propiciar durante la sedación y la anestesia una evaluación completa e integral del paciente y una continua monitorización del proceso con criterios objetivos de recuperación.

Elementos a evaluar

- El hospital cuenta con un sistema para proporcionar servicios de sedación y anestesia que se requieren según su población de pacientes, los servicios clínicos que ofrece y las necesidades de atención sanitaria del profesional sanitario.
- Los servicios de sedación y anestesia cumplen con todos los estándares y regulaciones nacionales vigentes.
- Los servicios de sedación y anestesia están disponibles después del horario normal de funcionamiento para emergencias.
- Las responsabilidades para monitorizar y revisar todos los servicios de sedación y anestesia están definidos en el hospital.
- La sedación se realiza frecuentemente en muchas áreas del hospital fuera del quirófano, su administración debe ser uniforme en todo el hospital.

- El hospital posee guías específicas sobre cómo y cuándo se puede usar sedación.
- En el hospital están identificadas las áreas en donde puede administrarse sedación, capacidades o destrezas especiales del personal implicado en este procesos, las diferencias entre poblaciones pediátricas, adultos y geriátricas u otras consideraciones especiales, disponibilidad y uso de tecnología médica especializada y obtención del consentimiento informado tanto para el procedimiento como para la sedación.
- Se cuenta con tecnología médica y suministros de emergencia disponibles fácilmente y personalizados según el tipo de sedación que se esté realizando, así como de la edad y condición médica del paciente.
- Los profesionales sanitarios responsables de la sedación de procedimiento y las personas responsables de monitorizar a los pacientes que reciben sedación se encuentran capacitados.
- Las competencias de sedación de procedimiento para todo el personal implicado en la sedación están documentadas en los expedientes laborales en el departamento de recursos humanos.
- Se utilizan y documentan criterios establecidos para la recuperación y dar el alta de la sedación de procedimiento.
- El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre el riesgo, los beneficios y las alternativas de la sedación de procedimiento.

- El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones reciben educación acerca de la analgesia posterior al procedimiento.
- Un profesional capacitado imparte la educación.
- Se realiza una evaluación previa a la anestesia para cada paciente.
- Se realiza una evaluación previa a la inducción independiente para reevaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
- Las dos evaluaciones las realizan una o varias personas capacitadas y se documentan en el registro del paciente.
- La atención de anestesia de cada paciente se planifica y documenta en el expediente del paciente.
- El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas de la anestesia.
- El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones reciben educación acerca de la analgesia posoperatoria.
- El anestesiólogo u otra persona (profesional) capacitada imparte y documenta la educación.
- La frecuencia y el tipo de monitorización durante la anestesia y la cirugía se basan en el estado previo a la anestesia del paciente, la anestesia utilizada y el procedimiento quirúrgico realizado.
- La monitorización del estado psicológico del paciente es congruente con la práctica profesional.

- Los resultados de monitorización se documentan en el expediente del paciente.
- A los pacientes se les monitoriza durante el período de recuperación posterior a la anestesia.
- Los hallazgos de la monitorización se documentan en el expediente clínico del paciente.
- A los pacientes se les da el alta de la unidad de recuperación postanestésica (o se interrumpe la monitorización de recuperación) de acuerdo a los protocolos de actuación vigentes.
- La hora en que se inicia la recuperación y la hora en que la fase de recuperación está completa se registran en el expediente del paciente.
- Existe equipamiento anestésico con condiciones en cada quirófano en uso.
- La sala de recuperación está organizada con personal de enfermería capacitado y destinado exclusivamente a esta actividad y con médico anestesiólogo responsable.
- Existe un anestesiólogo las 24 horas en la sala de recuperación de urgencias.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos.
- Historia clínica.
- Hoja de evaluación anestésica.
- Hoja de consulta de la consulta de anestesia preoperatoria.

- Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica nacionales y su cumplimiento.
- Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica.
- Documentación relacionada con el control de fármacos y drogas anestésicas.
- Esquema de guardias con presencia física 24 horas de Médicos Especialistas.
- Comprobar en los expedientes laborales en el departamento de RRHH nombramiento y título del Especialista Médico Jefe del Servicio de Anestesiología.
- Comprobar en los expedientes laborales en el departamento de RRHH títulos del personal técnico del Servicio de Anestesiología.
- Certificación de aptitud del paciente para operarse y para egreso de la unidad quirúrgica por parte del anestesiólogo.
- Evidencia documental de análisis de indicadores de la actividad anestesiológica: Fallecimientos en el período preoperatorio, transoperatorio o postoperatorio; traumas producidos por el procedimiento anestésico; paros cardíacos relacionados con la atención anestésica e índice de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) exitosas por el personal del servicio.

ASP. 14–Atención quirúrgica

La atención quirúrgica de cada paciente se planifica y documenta de acuerdo con los resultados de la evaluación.

Propósitos

- Garantizar el proceso de planificación y atención quirúrgica debido a que la cirugía conlleva un alto nivel de riesgo.
- Lograr que las evaluaciones del paciente constituyen la base para seleccionar el procedimiento quirúrgico apropiado y para identificar qué hallazgos durante la monitorización pueden ser significativos.
- Seleccionar el procedimiento apropiado, en el momento óptimo y realizar los procedimientos de manera segura.

Elementos a evaluar

- La información de evaluación utilizada para desarrollar y respaldar el procedimiento invasivo planificado se documenta en el expediente del paciente por parte del médico responsable antes de que se realice el procedimiento.
- La atención quirúrgica de cada paciente se planifica con base en la información de la evaluación.
- El diagnóstico preoperatorio y el procedimiento planificado se documentan en el expediente del paciente por parte del médico responsable, antes del procedimiento.

- El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre los riesgos, los beneficios, las complicaciones potenciales y las alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico planificado.
- La educación incluye la necesidad del uso de hemocomponentes, así como sus riesgos, beneficios y alternativas.
- El cirujano del paciente u otra persona (profesional) capacitada imparte la educación y la documenta.
- Los informes quirúrgicos poseen todos sus escaques completados y se encuentra detallado el acto quirúrgico.
- El hospital identifica la información que puede registrarse de rutina en otras áreas específicas del expediente.
- El informe quirúrgico se encuentran disponibles inmediatamente después de la cirugía, antes de que al paciente se lo transfiera al siguiente nivel de atención.
- La atención del paciente después de la cirugía se planifica y documenta.
- Las necesidades de atención médica y de enfermería posterior a la cirugía difieren según el procedimiento quirúrgico realizado y el historial médico del paciente.
- Deben estar considerados que algunos pacientes pueden requerir atención de otros servicios, tales como terapia física o de rehabilitación.

- La atención posquirúrgica proporcionada por médicos, enfermeros/as y otras personas satisface las necesidades posquirúrgicas inmediatas del paciente.
- El o los planes posquirúrgicos de continuación se documentan en el expediente del paciente en un plazo de 24 horas por parte del cirujano responsable o se verifican con una firma conjunta del cirujano responsable en el plan documentado ingresado por el delegado del cirujano
- El plan de atención posquirúrgica de continuación incluye las necesidades médicas, de enfermería y de otro tipo con base en las necesidades del paciente.
- Cuando se indica por un cambio en las necesidades del paciente, el plan de atención posquirúrgica se actualiza y modifica según la nueva evaluación del paciente por parte de profesionales sanitarios.
- Los servicios quirúrgicos del hospital definen los tipos de dispositivos implantables que se incluyen dentro del alcance de los servicios.
- Existencia del servicio de atención quirúrgica electiva y urgente con áreas para el preoperatorio y para la recuperación anestésica de los pacientes.
- Se cumple con la disciplina del personal dentro de la(s) unidad(es) quirúrgica(s).
- La unidad cuenta con un área para el lavado de manos con dispensador de jabón y soluciones antisépticas aprobadas.

- Se cumple con la limpieza y desinfección de las diferentes áreas de la unidad quirúrgica.
- Se cumple con los flujos de la unidad y la disposición final de los desechos.
- Se cumplen las normativas para la preparación y conservación del material y de las piezas operatorias.
- Existe en los quirófanos utilización adecuada del equipamiento, así como el suministro centralizado de gases medicinales y monitorización transoperatoria.
- Existen las condiciones para el diagnóstico histológico y radiológico transoperatorio.
- Las condiciones en las que se practica la Cirugía de Mínimo Acceso son adecuadas.
- Se cumple lo establecido ministerialmente para la atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.
- El servicio quirúrgico de urgencia cumple con lo establecido.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos.
- Historia clínica.
- Planificación quirúrgica.
- Registro de pacientes pendientes de tratamiento quirúrgico.
- Registro de operaciones de la(s) unidad(es) quirúrgica(s).
- Informe operatorio.
- Hoja de Evaluación anestésica.
- Registros normados para la actividad quirúrgica.

- Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica.
- Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica.
- Registro de Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria.
- Evidencias de realización de las reuniones de programación y aseguramiento de la actividad quirúrgica.
- Expedientes laborales.
- Documentación del proceso de Cirugía Ambulatoria.
- Evidencia documental del análisis de los indicadores ministeriales que evalúan la actividad quirúrgica.
- Anuncio de operaciones.

ASP.15 – Gestión de medicamentos (Organización, almacenamiento, preparación y dispensación de medicamentos)

El hospital tiene los procesos relacionados con organización, almacenamiento, preparación, dispensación de medicamentos, según el Manual de Organización y Procedimientos de los Servicios Farmacéuticos hospitalarios y el Programa Nacional de Medicamentos.

Propósitos

- Lograr que los procesos de los medicamentos en el hospital estén organizados, para lograr el uso eficaz, seguro y eficiente

de acuerdo al Manual de Organización y Procedimientos de los Servicios Farmacéuticos hospitalarios y el Programa Nacional de Medicamentos.

- Responsabilizar a los directivos del hospital en el uso eficaz y eficiente los profesionales farmacéuticos y todos aquellos profesionales de salud que los emplean en la institución.
- Disponer de recursos humanos necesarios, capacitados y entrenados para el desempeño de sus funciones, bajo la dirección de un profesional farmacéutico.
- Lograr se cumpla lo establecido para el uso de los medicamentos en todos los servicios de los hospitales, en los servicios ambulatorios y unidades especializadas.

Elementos a evaluar

- Existe un Licenciado en Ciencias Farmacéuticas responsable del departamento de farmacia hospitalaria.
- Se dispone de un área administrativa donde el director técnico realiza las labores de gerencia.
- El servicio posee la documentación con especificación de responsabilidades y funciones para cada puesto de trabajo, y esto conocido por todo el personal. .
- Se evalúan las necesidades de personal y de equipamiento para alcanzar los objetivos propuestos.
- Se realiza la evaluación y mejora continua de los procesos ejecutados en el servicio farmacéutico.

- Las normativas vigentes existen y están archivados y organizados cronológicamente. Con evidencias de que a todo el personal se le dio a conocer las mismas, las dominan y se evalúa su cumplimiento, así como Material docente y de consulta que garantice el desarrollo de las actividades relacionadas con la capacitación.
- La superficie que ocupa el servicio farmacia estará en correspondencia con número de pacientes que se asisten y de la complejidad de la unidad asistencial.
- Todas las áreas del Departamento forma un conjunto o unidad funcional, con un flujo adecuado que garantice fácil acceso desde el interior y exterior del establecimiento asistencial.
- Se cumple en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios las regulaciones internas para la circulación de personas y equipos.
- Se dispone de soporte informático, cristalería, estantes, gaveteros, muebles, insumos, materiales de oficina, y parles, así como de instalaciones de gas, agua, red eléctrica, comunicación y regulación de la temperatura adecuada, protecciones de Seguridad e instalaciones sanitarias para el personal.
- La vía de acceso al Servicio será diferente a la de las vías sucias de la unidad asistencial.
- Se dispone de una plantilla completa de trabajadores, profesionales, técnicos, de servicio y auxiliares.
- Se dispone de un registro individualizado y actualizado de su personal en cuanto a formación, experiencia y evaluaciones realizadas a los mismos.

- Se garantiza la presencia física de los profesionales farmacéuticos o técnicos todo el tiempo que permanezca abierto el servicio. La farmacia tiene servicio las 24 horas.

Documentos a verificar

- Manual de Organización y Procedimientos de Farmacia hospitalaria.
- Programa Nacional de Medicamentos
- Circulares técnicas de farmacia vigentes.
- Resoluciones e instrucciones ministeriales vigentes.
- Cuadro Básico de Medicamentos de la institución.
- Acta de constitución del Comité Farmacoterapéutico.
- Expedientes laborales en el departamento de RRHH títulos y capacitaciones necesarias para el personal que labora en el sistema de la Farmacia Hospitalaria.
- Expediente laboral en el departamento de RRHH el título y nombramiento del Jefe del Departamento de Farmacia Hospitalaria.

ASP. 16- Selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos.

El hospital tiene los procesos relacionados con selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, según el Manual de Organización y Procedimientos de los Servicios Farmacéuticos hospitalarios y el Programa Nacional de Medicamentos.

Propósitos:

- Seleccionar los medicamentos que va a utilizar la unidad asistencial, con criterios de calidad, eficacia, seguridad y costo con la conformación del Cuadro Básico de Medicamentos de la institución.
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos, insumos, materias primas químico farmacéuticas, medicamentos de control especial y su correcta conservación y protección, para dar respuesta a la demanda asistencial, generada por los pacientes hospitalizados y pacientes que no generan internación, pero que están vinculados a Programas Especiales bajo control de la unidad asistencial.
- Disponer de un área donde se realicen los procedimientos básicos para la gestión de adquisiciones y la conservación de los medicamentos.
- Realizar la distribución de los medicamentos que se requieren para atender la demanda asistencial generada por los pacientes hospitalizados y ambulatorios bajo control del departamento.

Elementos a evaluar:

- La selección de los medicamentos del Cuadro Básico parte del análisis de la demanda de los servicios, lo asesora el Comité Farmacoterapéutico y se revisa de forma sistemática.
- Definidos los stock mínimos de medicamentos que se requieren en todos los servicios.
- Posee el hospital su Plan acorde a su nivel de actividad según los establecido en el Programa Nacional de Medicamentos.

- Se emplea el mecanismo de solicitud de medicamentos por urgencia o Resolución 232 para fármacos no disponibles en el hospital.
- Los pedidos se realizan cumpliéndose los plazos de reaprovisionamiento de la institución y teniendo en cuenta los Máximos y los Mínimos. El cálculo de los mismos se reevalúa según lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos de Farmacia Hospitalaria.
- Existe un área de oficina para el jefe del almacén.
- Los productos almacenados (material sanitario, especialidades farmacéuticas; etc.), están separados y debidamente clasificados e identificados, según normas de almacenamiento.
- Se cumplen las Buenas Prácticas de Almacenamiento y de las disposiciones para la seguridad del trabajador.
- El almacenamiento de medicamentos que constituyen estupefacientes, psicotrópicos o similares a las drogas, así como de explosivos y sustancias inflamables, según las condiciones de seguridad para la preservación y manipulación de estos productos, con el cumplimiento de las normas establecidas.
- Esta actualizado el Registro de Control de Fechas de Vencimiento y se realiza la rotación de lotes tanto en el almacén del departamento de farmacia como en los servicios.
- Se controlan y se registran los medicamentos retenidos, la destrucción de medicamentos de acuerdo a las normas vigentes.

- Existe capacidad suficiente para la conservación de los medicamentos termolábiles y neveras con rangos de temperatura adecuadas.
- Se dispone de una zona de recepción de pedidos, recetas y pedidos de sala, otra de preparación de los pedidos de los servicios y otra para los medios de traslado de medicamentos.
- Las solicitudes y los pedidos de la Farmacia a la Droguería cumplen con las normas establecidas.
- El despacho y reposición de medicamentos, se realiza como lo establece el Manual de Normas y Procedimientos.

Documentos a verificar

- Manual de Organización y Procedimientos de Farmacia hospitalaria.
- Programa Nacional de Medicamentos
- Circulares técnicas de farmacia vigentes.
- Resoluciones e instrucciones ministeriales vigentes.
- Cuadro Básico de Medicamentos de la institución.
- Actas del Comité Farmacoterapéutico.
- Libro de control de fechas de vencimiento y rotación de lotes.
- Registro de control de retenidos.
- Modelos de pedidos de sala y de droguería.
- Expedientes de resolución 232.

ASP. 17- Elaboración, dispensación y uso de medicamentos.

El hospital tiene los procesos relacionados con elaboración, dispensación y uso de medicamentos, según el Manual de Organización y Procedimientos de los Servicios Farmacéuticos hospitalarios y el Programa Nacional de Medicamentos.

Propósitos:

- Elaborar medicamentos que no requieren seguridad biológica, formulaciones magistrales y oficinales no estériles según lo establece el Manual de procedimientos de farmacia hospitalaria.
- Dispensar medicamentos de forma individualizada y según Sistema de Dispensación de Medicamentos por Dosis Unitaria.
- Realizar identificación inequívoca del paciente y la prescripción antes de proceder a la administración de la medicación.
- Evaluar y controlar el uso de los medicamentos.
- Registrar y conservar los documentos de los procesos relacionados con el uso de los medicamentos en los Servicios según las normas establecidas.
- Disponer de una política de ensayos clínicos basadas en las Buenas Prácticas Clínicas vigentes, difundida entre los profesionales y se evalúa con periodicidad.

Elementos a evaluar:

- El área de elaboración es un área limpia y segura, dispone de materiales y equipamiento acordes a la producción que realiza y se cumple con las Buenas Prácticas de Manufactura de formulaciones magistrales y oficinales.
- Para la preparación de mezclas de Citostáticos, se dispone de un área específica para tal finalidad, diferente de las otras mezclas intravenosas (MIV).
- Los pedidos de sala, las indicaciones médicas, las recetas incluyendo las dobles foliadas se realizan de acuerdo a lo establecido en las normas vigentes.
- El hospital tiene un sistema para la verificación de la dispensación y administración para evitar los errores de medicamentos.
- Se emplea el sistema de despacho a los servicios por dosis unitaria.
- Se tiene establecido el sistema de vigilancia intensiva a los medicamentos de reciente introducción. según lo establecido por las Normas y Procedimiento de Farmacovigilancia.
- Se notifican y se realiza seguimiento a las Reacciones Adversas (RAM) de todos los medicamentos utilizados en la práctica clínica y se hacen llegar estos reportes al Sistema de Farmacovigilancia.
- El hospital tiene identificados los medicamentos de alto costo que forman parte de su Cuadro Básico, el personal autorizado a

prescribirlos, se cumplimentan los registros establecidos y se aplica todo lo regulado para el control de los mismos.

- Existe evidencia de la evaluación del uso de los medicamentos en los servicios por medio de herramientas como visitas de miembros del Comité Farmacoterapéutico, Instrucción 206, según establece el Programa Nacional de Medicamentos (PNM).
- Funciona el Comité Farmacoterapéutico, su composición es la establecida por el PNM y evalúa de forma periódica la emisión de recetas e indicaciones médicas.
- Se cumple lo establecido en el Programa Nacional de Medicamentos para la comunicación de la no disponibilidad de los medicamentos.
- Se controla y fiscaliza de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos toda la ruta crítica, incluyendo el uso y la aplicación en los servicios de las drogas estupefacientes, sicotrópicos y sustancias de efectos similares.
- La historia clínica recoge la anamnesis farmacológica del paciente previo al ingreso.
- Los medicamentos prescritos para cada paciente se registran en la Historia Clínica, específicamente en las indicaciones médicas e incluye la dosis para cada fármaco.
- Se revisa la pertinencia de la prescripción relacionada con el fármaco y las características del paciente para evitar eventos adversos o errores de medicación.
- Se revisa si funciona el Servicio de consultas terapéuticas.
- Se revisa si sesiona de forma diaria la comisión de

aprobación de uso de antimicrobianos

Documentos a verificar

- Buenas Prácticas de Manufactura de formulaciones magistrales y oficinales.
- Control de la producción de fórmulas magistrales y oficinales.
- Manual de Organización y Procedimientos de Farmacia hospitalaria.
- Programa Nacional de Medicamentos
- Circulares técnicas de farmacia vigentes.
- Resoluciones e instrucciones ministeriales vigentes.
- Normas y procedimientos de farmacovigilancia.
- Listado de medicamentos sujetos a vigilancia intensiva.
- Modelo de reporte de reacciones adversas a medicamentos de profesionales.
- Políticas terapéuticas institucionales según grupos farmacológicos seleccionados (ejemplos antibióticos) y según protocolos de actuación o guías de práctica clínica en afecciones seleccionadas.
- Actas del Comité Farmacoterapéutico.
- Informe de resultados de instrucción 206 realizadas.
- Actas de stock de medicamentos
- Registro para el Control de estupefacientes

- Registro de aplicaciones de estupefacientes en los servicios
- Informe de consultas terapéuticas realizadas.
- Registro de los casos discutidos en la subcomisión de aprobación de los antimicrobianos.
- Recetas de antimicrobianos aprobadas.

ASP.18- Alimentación y Apoyo Nutricional.

El hospital dispone de la atención para la alimentación y el apoyo nutricional en correspondencia con el estado del paciente y de acuerdo a las disposiciones y normativas vigentes.

Propósitos:

- Garantizar la evaluación nutricional del paciente.
- Propiciar al paciente el tipo de dieta o plan nutricional en correspondencia con su diagnóstico y necesidades.
- Informar al paciente y acompañante respecto a su situación nutricional, alimentos indicados y contraindicados, así como los suplementos, el apoyo nutricional y la medicación relacionada que pueda interactuar con la alimentación.
- Ofrecer a los pacientes, cuando es posible, opciones de alimentos acorde a su situación nutricional.
- Evaluar por el grupo de apoyo nutricional o por un profesional capacitado al paciente con riesgo nutricional.
- Registrar en la historia clínica del paciente la evolución y monitoreo de su estado nutricional.
- Cumplir con las disposiciones y normativas establecidas para la inocuidad de los alimentos.

Elementos a evaluar

- En la historia clínica está registrada la evaluación nutricional.

- El paciente hospitalizado tiene indicada en su historia clínica, la dieta o plan nutricional que corresponda a su diagnóstico y necesidades.
- En los casos de riesgo nutricional está registrado, en las historias clínicas, la valoración por el grupo de apoyo nutricional o profesional capacitado en nutrición así como la evolución, indicaciones o plan nutricional.
- El horario y distribución de la alimentación son adecuados de acuerdo a la indicación médica.
- El paciente y acompañante han sido informados respecto a la situación nutricional del paciente y sobre las indicaciones médicas al respecto.
- El hospital cumple lo establecido para la inocuidad de los alimentos.
- Verificar la existencia de áreas diferenciadas para la preparación de alimentos y fórmulas lácteas.
- Comprobar la existencia de instrucciones nacionales específicas para la preparación de las diferentes fórmulas.
- Comprobar el trabajo del Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) y del Departamento de nutrición-dietética.
- Se conducen correctamente los esquemas de Alimentación-Nutrición enteral y parenteral.

Documentos a verificar

- Manual de Organización y Procedimientos.

- Historias clínicas.
- Guía de Dietoterapia.
- Manuales institucionales para la actividad y sus aspectos incluidos en los protocolos de atención y Guías de Buenas Prácticas Clínicas.
- Documentos de constitución del Grupo de Apoyo Nutricional.

ASP.19 -Atención integral al paciente con dolor

El personal sanitario interroga a los pacientes hospitalizados o ambulatorios para detectar la existencia de dolor, evaluar su intensidad y aplicar medidas terapéuticas encaminadas al alivio.

Propósitos

- Identificar al paciente con dolor.
- Evaluar la intensidad del dolor.
- Aplicar tratamientos que alivien el dolor

Elementos a evaluar

- Se realiza búsqueda activa documentada de dolor.
- Se realiza una evaluación detallada del paciente que incluye medición de la intensidad del dolor.
- Se registran adecuadamente los datos relacionados con el dolor que permita el seguimiento y reevaluación.
- Se identifica la escala analgésica ascendente empleada.
- Existe un mecanismo para que el paciente continúe el tratamiento analgésico en la atención primaria, si necesario.
- Se registran otras alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor.

Documentos y procesos a verificar

- Manual de Organización y Procedimientos.

- Historias clínicas.
- Registros de pacientes con dolor.

ASP.20- Cuidados del paciente al final de su vida

Las evaluaciones, reevaluaciones médicas y el cuidado en el paciente que se encuentra en el final de su vida tienen que ser personalizadas.

Propósitos

- Lograr una atención integral del paciente.
- Atender los síntomas que afectan al paciente.
- Emplear el tratamiento más adecuado para mejorar la calidad de vida.
- Atender las inquietudes o necesidades psicosociales y espirituales del paciente y la familia.
- Atender familiares en riesgo por el duelo.
- Disminuir el sufrimiento del paciente y sus familiares.

Elementos a evaluar

- Se evalúan los pacientes con la periodicidad requerida según la necesidad identificada.
- Las evaluaciones médicas se realizan de forma personalizada.
- El paciente recibe tratamiento para todos los problemas de salud identificados.
- Se tienen en cuenta la información y atención a los familiares.
- Los datos obtenidos de las evaluaciones son reflejados en la historia clínica.

Documentos a verificar

- Manual de Organización y Procedimientos.
- Historias clínicas.
- Atención multidisciplinaria a estos pacientes.
- Valorar el apoyo psicológico a los enfermos y a sus cuidadores.
- Verificar entrenamiento de familiares y cuidadores.
- Comprobar acompañamiento al duelo, cuando procediera.

ASP.21 - Banco de sangre y transfusiones.

El hospital dispone de banco de sangre y/o servicio de transfusiones que garantizan la disponibilidad de hemocomponentes y hemoderivados, que cumpla con las disposiciones y normativas vigentes.

Propósitos

- Garantizar un servicio de donación y/o transfusión dirigido por una persona capacitada, con dominio y conocimientos de las disposiciones y normativas vigentes.
- Implementar un control de calidad que garantice la seguridad del banco de sangre y los servicios de transfusiones.
- Implementar un sistema de supervisión que garantice la selección del donante de sangre, la extracción de la sangre, el almacenamiento, pruebas de compatibilidad y distribución de los hemocomponentes.
- Implementar un sistema de supervisión que garantice la seguridad para el receptor, su identificación, pruebas de compatibilidad y administración de los hemocomponentes.
- Implementar un sistema de vigilancia de reacciones adversas a hemocomponentes.

Elementos a evaluar

- Existe un profesional capacitado como responsable del banco de sangre y/o del servicio de transfusiones.
- Existen procedimientos documentados para garantizar la selección del donante, la extracción de la sangre, el almacenamiento, pruebas de compatibilidad y distribución de los hemocomponentes.
- Se aplican controles de calidad al servicio de transfusión y banco de sangre con evidencia documental.
- El banco de sangre y/o el servicio de transfusiones cumple con las disposiciones y normativas vigentes.
- Existe un modelo de solicitud de transfusión que se llena correctamente para cumplir esta actividad.
- Se registran oportunamente los efectos adversos ocurridos por las transfusiones aplicadas.
- Existe un manual de procedimiento que establece que hacer cuando existe una reacción transfusional.
- Verificar la existencia de expansores plasmáticos en el Servicio de Urgencia, Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios, Unidades Quirúrgicas y en Farmacia.
- Comprobar el mecanismo a utilizar para la solicitud de hemocomponentes.

- Contar con los medios necesarios para la realización de las pruebas inmunohematológicas indispensables: Grupo ABO y factor Rh del donante y del receptor, pruebas de compatibilidad.
- Comprobar la participación del jefe de la actividad en el trabajo del Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional.
- Comprobar la existencia del local y que el mismo cuente con neveras de conservación de hemocomponentes y que ésta esté conectada al sistema alternativo de generación de electricidad.
- Verificar en el Departamento de RRHH títulos de los técnicos.
- Verificar en el Departamento de RRHH nombramiento del jefe del Banco de Sangre o; Servicio o Sección de Transfusiones.
- Verificar el área de extracción y sus condiciones. La de Recepción de sangre y hemocomponentes (si corresponde).
- Constatar programación de rotaciones y guardias que garantizan el servicio las 24 horas.
- Verificar Stock mínimo y máximo de hemocomponentes.
- Comprobar el registro y evaluación de indicadores: Índice de reacciones transfusionales, porcentaje de utilización de glóbulos, Consumo de glóbulos / cama real, porcentaje de vencimientos de sangre y componentes, Consumo de plasma / cama real, Consumo de plaquetas/cama real y porcentaje de vencimientos de hemocomponentes.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos.
- Historia clínica.
- Registros de: Recepción de hemocomponentes, Transfusiones, Órdenes de transfusiones, Bajas y Destrucción de las bajas.
- Registros de Reacciones adversas a hemocomponentes (Registro de Reacciones Post-transfusionales) y su notificación según sistema de reportes establecidos por el MINSAP.
- Actas del Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional.
- Expedientes laborales.
- Programación de rotaciones y guardias que garantizan el servicio las 24 horas.
- Registro de mínimo y máximo de hemocomponentes.
- Registro y evaluación de indicadores.

ASP. 22 - Donación y trasplante de órganos y tejidos

El hospital tiene implementado un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos.

Propósitos

- Informar a los pacientes y sus familiares acerca de la importancia y del proceder para la donación de órganos y otros tejidos.
- Supervisar el proceso de extracción de órganos y tejidos.
- Garantizar el personal con capacitación especializada, recursos materiales y sistema de gestión de la información para brindar una atención segura y de alta calidad.
- Garantizar un equipo multidisciplinario integrado por profesionales con experiencia en programas de trasplante de órganos específicos y un líder calificado como responsable del programa.
- Definir un profesional de la salud responsable de la coordinación y la continuidad de la atención médica del donante y receptor.
- Emplear criterios de selección específicos según los órganos que se trasplanten, además de criterios psicológicos y sociales.
- Garantizar el consentimiento informado para el trasplante del (los) órgano(s) por el candidato al trasplante.
- Cumplir los protocolos y procedimientos registrados para la recuperación y recepción de órganos a fin de asegurar la

compatibilidad, seguridad, eficacia, calidad de las células, tejidos y órganos humanos destinados a trasplantes.

- Emplear planes de atención médica individualizados como guía de la atención a los pacientes de trasplantes.
- Proteger los derechos de los donantes vivos reales o posibles.
- Garantizar consentimiento informado específico para la donación de órganos de los posibles donantes vivos.
- Emplear criterios de selección médicos y psicológicos para determinar la aptitud de los potenciales donantes vivos.
- Emplear planes de atención médica individualizados como guía de la atención a los donantes vivos.
- Garantizar el cumplimiento de los protocolos establecidos en el país para la certificación de la muerte.

Elementos a evaluar

- El hospital informa a pacientes y sus familias acerca del proceso de donación, la extracción de órganos y la estrategia para prevenir que los pacientes se sientan presionados a donar.
- Existen procedimientos para donación de órganos y tejidos de acuerdo con las disposiciones y normativas vigentes.
- El personal del hospital está capacitado sobre los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.
- Existe personal capacitado para llevar a cabo una atención segura y con calidad dentro del programa de trasplante de órganos y tejidos.

- El hospital asigna recursos para llevar a cabo el programa de trasplante de órganos y tejidos.
- Existe un sistema de gestión de la información que contribuye a la calidad del programa de trasplante de órganos y tejidos.
- Uno o más profesionales capacitados supervisan el programa de trasplante de órganos y tejidos.
- Existe un registro de la composición del equipo de trasplante de órganos y tejidos específicos y las responsabilidades individuales de los miembros.
- El equipo de trasplante incluye profesionales certificados con experiencia en medicina, enfermería, nutrición, farmacología, servicios sociales, servicios psicológicos y coordinación del trasplante.
- El profesional responsable de la coordinación de la atención médica del donante vivo se identifica y está disponible en todas las fases de la atención médica del trasplante.
- El coordinador médico del trasplante facilita la continuidad de la atención médica de los pacientes (candidatos y receptores) durante las fases de pretrasplante, trasplante y alta.
- El coordinador médico del trasplante facilita la continuidad de la atención médica de los donantes vivos durante las fases de evaluación, donación y alta de la donación.
- Los resultados de la evaluación médica se incluyen en la determinación de aptitud para el trasplante.

- El programa de trasplantes registra la confirmación de la compatibilidad del órgano en la historia clínica del candidato al trasplante.
- Se cumple con la política del hospital para obtener el consentimiento informado de los candidatos a los trasplantes y se brinda información sobre riesgos psicosociales, tasa de sobrevida al año, fármacos inmunosupresores y riesgos asociados a su empleo, efectos adversos que puedan ocurrir, así como tratamientos alternativos.
- El programa de trasplantes sigue protocolos escritos para la recuperación de órganos, que incluyen la revisión de los datos del donante, grupo sanguíneo del receptor y otros datos vitales para asegurar la compatibilidad antes de que se produzca la recuperación del órgano.
- El cirujano a cargo del trasplante es responsable de confirmar por escrito las condiciones óptimas de los órganos del donante para ser trasplantados al receptor.
- Cuando un órgano llega al centro de trasplantes, el cirujano que realiza el trasplante y al menos otro profesional sanitario certificado verifican que el grupo sanguíneo del donante y otros datos vitales sean compatibles con el receptor antes de realizar el trasplante.
- El cirujano a cargo del trasplante es responsable de confirmar que se hayan completado la evaluación del donante y las pruebas para detectar enfermedades infecciosas y tumores malignos antes de que se realicen la recuperación y el trasplante del órgano.

- Cuando un órgano llega al centro de trasplante, el cirujano a cargo del trasplante y al menos otro profesional sanitario certificado verifican que la evaluación y las pruebas del órgano del donante no muestren señales de enfermedad y que el estado del órgano sea apto para el trasplante.
- El programa de trasplantes garantiza la existencia de guías de práctica clínica registradas que son específicas para cada órgano y que se refieren a las fases de pretrasplante, trasplante y alta.
- Cada paciente de trasplante se encuentra al cuidado de un equipo multidisciplinario de atención médica coordinado por el médico principal a cargo del trasplante durante las fases de pretrasplante, trasplante y alta.
- Los candidatos a trasplantes son evaluados para comprobar su aptitud para otras terapias médicas y quirúrgicas que pueden producir tasas de sobrevida a largo y a corto plazo comparables al trasplante.
- Los candidatos a trasplantes reciben evaluación psicológica.
- El programa de trasplantes actualiza la información médica en la historia clínica del paciente en forma permanente.
- El donante de órganos vivo tiene el derecho de tomar una decisión con respecto a la donación en un ámbito libre de presiones.
- El programa de trasplantes identifica una persona con conocimientos acerca de donación de órganos de donante vivo, trasplantes, ética médica y consentimiento informado para

abogar por el donante vivo, la cual no participa en las actividades relacionadas con los trasplantes, a la vez que informa, respalda y respeta al donante vivo durante el proceso de la toma de decisión.

- El consentimiento informado del donante vivo es obtenido por personal capacitado y se encuentra en un lenguaje que se puede comprender.
- Se informa al posible donante vivo acerca de los potenciales riesgos psicológicos de la donación, complicaciones, riesgos asociados con la donación de órganos por parte de personas vivas, tratamientos alternativos y derecho del donante de rehusarse a realizar la donación en cualquier momento durante el proceso de donación.
- El programa de trasplantes cuenta con criterios de selección de donantes vivos específicos para cada órgano coherentes con las disposiciones y normativas vigentes y los principios de la ética médica.
- Los resultados de una evaluación médica relacionada con la salud física y psicológica del donante vivo se incluyen en la determinación de aptitud para la donación.
- El programa de trasplante registra la confirmación de la compatibilidad del órgano en la historia clínica del donante vivo.
- El programa de trasplantes implementa guías documentadas que definen la atención sanitaria multidisciplinaria al donante vivo durante las fases de evaluación, donación y alta.

- Se analiza el porcentaje de pacientes aptos para trasplantes y el tiempo en que el equipo de salud ha logrado poner al paciente en lista de espera para el trasplante.
- Constatar existencia de registros relacionados con la actividad: Posibles Donantes, Fallecidos, planillas de Diagnósticos de Muerte Encefálica, Donantes de Órganos y tejido, consentimiento informado para la donación.
- En el Departamento de RRHH: comprobar los títulos, certificaciones y dedicación exclusiva del personal médico, enfermería y teratología.
- Constatar el nombramiento de los Jefes de Servicio de Coordinación de Trasplante y de servicio de Trasplante.
- Verificar documentos de investigaciones realizadas o en proceso de ejecución.
- Verificar la actividad relacionada con promoción a la donación de órganos y tejidos.
- Comprobar existencia de registros relacionados con la actividad: Posibles Donantes, Fallecidos, planillas de Diagnósticos de Muerte Encefálica, Donantes de Órganos y tejido, consentimiento informado para la donación, listas de espera de pacientes, registro de pacientes trasplantados con estado actual, Consentimiento Informado para Trasplante en la Historia Clínica, comprobar la existencia de las auditorías internas mensuales y auditorías externas recibidas.
- Comprobar composición del equipo de trabajo y en especial el trabajo de Psicología.

- Verificar el registro y análisis de indicadores específicos de la actividad de donación y trasplante de órganos y tejido: Número de Diagnóstico de Muertes Encefálicas entre el Total de fallecidos de la UCI, Número de Donantes Reales entre número de fallecidos en Muerte Encefálica, Numero de entrevistas realizadas entre el número de negativas familiares, Tasa de Donantes de Órganos y Tejidos por millón de población, Número de trasplantes realizados por cada Programa de Trasplante y Supervivencia del paciente y del injerto.

Documentos a verificar

- Manual de organización y procedimientos.
- Historia clínica.
- Resolución de nombramiento de la comisión de muerte encefálica.
- Registro de la composición del equipo de trasplante de órganos y tejidos específicos y las responsabilidades individuales de los miembros.
- Registros: Posibles donantes, fallecidos, planillas de Diagnósticos de Muerte Encefálica, Donantes de Órganos y tejido, consentimiento informado para la donación.
- Registro de indicadores específicos de la actividad de donación y trasplante de órganos: Número de Diagnóstico de Muertes Encefálicas entre el Total de fallecidos de la UCI, Número de Donantes Reales entre número de fallecidos en Muerte Encefálica, Numero de entrevistas realizadas entre el número de

negativas familiares, Tasa de Donantes de Órganos y Tejidos por millón de población, Número de trasplantes realizados por cada Programa de Trasplante y Supervivencia del paciente y del injerto.

- Expedientes laborales.
- Registro de investigaciones realizadas o en proceso de ejecución.
- Consentimiento Informado para Trasplante en la Historia Clínica.
- Informe de las auditorías internas mensuales y auditorías externas recibidas.
- Base normativa.

ASP. 23–Medicina Natural y Tradicional

En el hospital se integran los procesos de atención médica (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) con Medicina Natural y Tradicional, en los diferentes servicios de urgencias, hospitalización y ambulatorios.

Propósitos

- Integrar las modalidades terapéuticas de Medicina Natural y Tradicional en la atención médica, en correspondencia con las necesidades de los pacientes.
- Garantizar la capacitación de los profesionales y técnicos de la

salud en Medicina Natural y Tradicional.

- Contribuir con el desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional a partir de la ejecución de investigaciones en esta materia.

Elementos a evaluar

- Las modalidades de Medicina Natural y Tradicional están integradas en los protocolos institucionales, según afecciones tributarias y se ejecutan acciones de promoción y educación para la salud en este sentido.
- Está definido el Cuadro Básico de Productos Naturales de la institución, integrado al Cuadro Básico de Medicamentos y en correspondencia con los protocolos terapéuticos aprobados.
- Existe un servicio, departamento o consulta de Medicina Natural y Tradicional, según esté definido para la institución, donde se desarrolla por un personal especializado los procesos de atención más complejos con estas modalidades terapéuticas.
- Durante la atención continua de 24 horas en la institución los pacientes atendidos en urgencias u hospitalizados pueden recibir tratamiento con las modalidades terapéuticas de Medicina Natural y Tradicional.
- En los pacientes ambulatorios se indican y aplican, según corresponda, modalidades terapéuticas de Medicina Natural y Tradicional.
- El personal de Enfermería aplica acciones dependientes e independientes de Enfermería con Medicina Natural y Tradicional, según corresponda.

- Se cumplen los propósitos definidos de uso de Medicina Natural y Tradicional en la atención médica (urgencias, egresados y analgesia quirúrgica acupuntural).
- Se analizan los principales indicadores e incidencias del Programa de Medicina Natural y Tradicional en las reuniones del Comité Farmacoterapéutico de forma periódica y en los Consejos de Dirección según plan.
- Están identificadas las necesidades de aprendizaje con relación a Medicina Natural y Tradicional y se programan las actividades de superación profesional necesarias.
- La institución ejecuta investigaciones en Medicina Natural y Tradicional y generaliza los resultados científicos obtenidos.

Documentos a verificar

- Programa Nacional de Medicina Natural y Tradicional.
- Resoluciones Ministeriales vigentes.
- Actas del Consejo de Dirección y Comité Farmacoterapéutico.
- Manual de organización y procedimientos.
- Protocolos terapéuticos y la adherencia a los mismos.
- Historias clínicas, informes operatorios, hojas de consulta de consulta externa y servicios de urgencias, donde se reflejen las indicaciones y aplicaciones de tratamientos de Medicina Natural y Tradicional.
- Evidencia documental de evaluación sistemática de los indicadores ministeriales.
- Expedientes laborales.

- Evidencia documental de los cursos planificados, en ejecución e impartidos, donde los perfiles ocupacionales de los matriculados se corresponden con el tipo de capacitación.
- Proyectos de investigación en ejecución o finalizados, vinculados a la Medicina Natural y Tradicional y la inclusión de los resultados científicos en los Planes de Generalización.

ASP.24 –Laboratorios Clínicos.

Los servicios de laboratorios cumplen con las disposiciones y normativas vigentes para atender las necesidades de los pacientes y cuenta con el personal certificado y experiencia requeridas para administrar y realizar las pruebas e interpretar los resultados. Los reactivos y medios de cultivo se encuentran disponibles en forma regular y son controlados para garantizar la precisión de los resultados. Los procedimientos de control de la calidad en los servicios de laboratorio y de contratación se encuentran vigentes, se respetan y registran.

Propósitos:

- Garantizar que el hospital cuente con un sistema de laboratorios, incluido anatomía patológica, que asegure la disponibilidad de estudios diagnósticos para diferentes indicaciones, disponibilidad fuera del horario habitual para los casos de emergencia y emisión de los resultados en tiempo, con calidad y trazabilidad.

- Garantizar la presencia de personal capacitado en los servicios de laboratorio, con evidencias de formación y experiencia comprobables.
- Garantizar el cumplimiento del programa de bioseguridad según los requerimientos establecidos
- Reducir los riesgos de infección como resultado de la exposición a materiales de riesgo biológico y otros desechos
- Asegurar que el equipamiento y la tecnología médica, incluidos los dispositivos médicos funcionen a niveles aceptables y resulten seguros para los pacientes y personal sanitario.
- Garantizar la utilización del equipamiento y tecnología médica de acuerdo a las instrucciones del fabricante
- Realizar un inventario del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica
- Garantizar la validación del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento
- Monitorizar y actuar en consecuencia ante avisos de peligro del equipamiento de laboratorio y de la tecnología médica
- Asegurar los reactivos y suministros necesarios para proporcionar a los pacientes servicios de laboratorio de manera regular.
- Garantizar que los reactivos se almacenen y se dispensen según procedimientos definidos.

- Implementar los procedimientos, registros e instructivos que garanticen el aseguramiento de la calidad en los servicios de laboratorio, incluido patología clínica
- Realizar pruebas de competencia para comparar los resultados de laboratorio con otros que utilicen la misma metodología, siempre que se puedan realizar
- Garantizar la contratación eficiente de servicios con otros laboratorios
- Asegurar que los laboratorios de referencia (contratados) a los que el hospital derive pruebas cuenten con licencias, acreditaciones o certificaciones otorgadas por autoridades reconocidas.

Elementos a evaluar:

- Los laboratorios disponen y divulgan, entre el personal médico, una lista actualizada con los análisis que realiza y el tiempo de respuesta para cada uno.
- Existen servicios de laboratorios disponibles que satisfacen las necesidades de emergencia, incluso fuera del horario habitual de atención.
- Los laboratorios disponen del modelo de consentimiento informado para los casos que lo requieran.
- Tienen elaborado y actualizado el manual de procedimientos de laboratorio.
- Se establecen e implementan procedimientos para la solicitud de pruebas de laboratorio.

- El modelo de solicitud de análisis cumple con los requisitos establecidos para cada tipo de laboratorio.
- Se establecen e implementan procedimientos para la recolección e identificación de muestras.
- Cuentan con registro de entrada de las muestras y registro de salida de los resultados.
- Se establecen e implementan procedimientos para la recepción y seguimiento de las muestras.
- Se conservan las muestras por el tiempo y condiciones establecidas.
- Existe registro actualizado de valores de referencia de laboratorio.
- Los informes de análisis son claros, sin ambigüedades, ni tachaduras, según el formato aprobado por el Ministerio de Salud Pública.
- El rango de referencia se incluye en el informe de los resultados.
- Los resultados de laboratorio se informan en un lapso acorde a las necesidades del paciente.
- Cuentan con instructivo para la enmienda de los resultados.
- El laboratorio cuenta con una instrucción que define cómo será la comunicación de los resultados de los análisis
- Los resultados de los análisis son revisados antes de su entrega por el responsable de laboratorio.
- Está definido el período de retención de los resultados y lo conoce el personal.

- Los registros de laboratorio se conservan en un lugar seguro por un mínimo de tres años.
- El laboratorio cuenta con una instrucción para la emisión de copias de los informes en caso de extravío o deterioro del original.
- Se almacenan salvadas de la información emitida por los equipos de laboratorio.
- Se establecen e implementan procedimientos para la derivación a servicios de laboratorio de referencia bajo relaciones contractuales.
- Existe un responsable del proceso de gestión de la calidad.
- El laboratorio clínico y otros servicios de laboratorio son dirigidos por una persona capacitada para ello
- Existen documentos que certifican la calificación adecuada del personal (Títulos, certificaciones, diplomas)
- Poseen Plan de capacitación del personal
- El personal está formado en BPL, Bioseguridad
- Los nuevos ingresos reciben adiestramiento inicial
- Están definidos los requisitos y descripciones de los puestos de trabajo
- Está definido el personal autorizado para toma de muestras y utilización de equipos
- Cuentan con personal de supervisión del laboratorio capacitado y con experiencia
- El laboratorio cuenta con locales adecuados para: espera de usuarios, recepción, toma/manipulación y procesamiento de

muestras, ejecución de procedimientos analíticos, higiene y vestuario del personal y oficinas

- Los locales del laboratorio están identificados y con acceso controlado
- Los locales del laboratorio están limpios, ordenados y con buen estado de mantenimiento
- Se prohíbe dentro de las áreas técnicas comer, beber, fumar, aplicarse productos cosméticos, manipular lentes de contacto y pipetear con la boca.
- Existen adecuadas condiciones seguras para la manipulación, transporte, recolección y almacenamiento de las muestras
- Todos los trabajadores usan medios de protección individual (batas, sobretapas, guantes, máscara)
- Se realizan exámenes médicos pre-empleo y periódicos a los trabajadores
- Está disponible el Manual de Bioseguridad
- Se cumple lo explicitado en los procedimientos del Manual de Bioseguridad
- Existe un proceso definido para reducir los riesgos de infección.
- Tienen identificado un responsable de Bioseguridad en el laboratorio y está capacitado
- Existe un Registro de incidencias de Bioseguridad
- Las incidencias de Bioseguridad, accidentes, enfermedades que se detecten se discuten con el personal involucrado y se reportan a la estructura de seguridad del hospital al menos una vez al año y siempre que ocurra algún incidente

- Cuando se identifican problemas con las prácticas o se producen accidentes, se toman medidas correctivas que son además registradas y revisadas
- El personal tiene registro de vacunación actualizado y está inmunizado según riesgos de exposición
- El material gastable que se utiliza es estéril, con fecha de esterilización vigente
- Las condiciones de almacenamiento del material estéril son adecuadas
- Los trabajadores reciben capacitación en bioseguridad
- Los desechos y residuales del laboratorio están adecuadamente identificados y tratados, acorde a la reglamentación institucional y nacional vigente
- El laboratorio también cuenta con un procedimiento para controlar la exposición a la tuberculosis.
- Existe un inventario registrado de todo el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
- Se operan los equipos de laboratorio acorde al Manual de Procedimientos o manual de operaciones suministrado por el fabricante
- Existe procedimientos que identifican cómo se seleccionan y adquiere el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
- Se prueban e inspeccionan el equipamiento de nueva adquisición y registra.
- Cada equipo de laboratorio tiene su certificado de validación

- Existe registro de mantenimiento de equipos de laboratorio, según las recomendaciones de los fabricantes, antigüedad y uso
- Se conservan los certificados de calibración de los equipos una vez recibido el mantenimiento previsto
- Se registra en el equipo la última fecha de calibración y/o verificación con sus resultados
- Los equipos automatizados tienen validado el software
- Los equipos automatizados tienen actualizado el antivirus
- Cada equipo tienen su ficha técnica y la de sus reactivos
- Los equipos averiados se identifican y retiran del servicio
- Existe un registro actualizado con los movimientos de reactivos, lotes y fecha de expiración
- Existe un procedimiento de trabajo para la protección de los datos emitidos por el equipo automatizado
- Se almacenan salvas de la información emitida por los equipos de laboratorio
- El hospital cuenta con un sistema implementado para la monitorización y toma de acción ante avisos de peligro, retiro del mercado por decisión del fabricante, incidentes que deban informarse, problemas y fallas del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
- Los reactivos y medios de cultivo están identificados y autorizados por la agencia reguladora cubana, CECMED, con fecha de uso vigente
- Los reactivos y soluciones están etiquetados en forma completa y exacta.

- Los reactivos y medios de cultivo se conservan según especificaciones del productor
- Existe un proceso que se implementa cuando no hay disponibilidad de reactivos.
- Las soluciones que se preparan en el laboratorio se identifican
- Los recipientes que conserven agua se protegen e identifican
- Tienen directrices escritas que respetan para la evaluación de los reactivos para asegurar la precisión y exactitud de los resultados
- Cuentan con un sistema interno para control de la calidad
- Utilizan controladores y calibradores adecuados a las investigaciones que realizan
- Están definidos los puntos críticos del proceso de análisis
- Se dispone de materiales de referencia requeridos para la actividad
- Tienen elaborado un procedimiento para el uso, control y cuidado de los materiales de referencia
- El laboratorio participa en Programas de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC)
- El laboratorio compara con otros laboratorios los resultados de aquellos estudios que no se incluyen en los PEEC
- En caso que se requieran los servicios de otro laboratorio, la dirección cuenta con un procedimiento y registros necesarios para concertar y revisar periódicamente los contratos
- Se mantienen registros de los laboratorios contratados y de las muestras que han sido enviadas a cada laboratorio

- Se entrega el informe analítico del laboratorio contratado a la persona que solicita el análisis y se conserva una copia
- Existe un documento que defina el tiempo de conservación de los informes analíticos.
- Existe un procedimiento actualizado y registros apropiados para las auditorías internas
- El programa anual de auditorías internas abarca todas las actividades del laboratorio, enfatizando en los puntos críticos
- Los auditores internos que lideran la actividad están calificados por una organización externa a la entidad
- Existe un procedimiento actualizado y registros para la implementación de las correcciones, acciones correctivas, preventivas y su verificación
- La dirección cuenta con un procedimiento y registros apropiados para identificar y controlar las no conformidades que se generen
- La dirección documenta y verifica el seguimiento y efectividad de las correcciones, acciones correctivas y preventivas
- La dirección cuenta con un procedimiento y registros adecuados para controlar y evaluar las quejas relacionadas con el laboratorio
- El hospital conserva una copia de la licencia otorgada por una autoridad reconocida, para todos los laboratorios de referencia (contratados) a los que recurre.
- El hospital conserva una copia del certificado o la carta de acreditación o certificación otorgada por un programa de

acreditación o certificación de laboratorios reconocido, para todos los laboratorios de referencia a los que recurre.

- El hospital conserva documentación que acredita que todos los laboratorios de referencia a los que recurre participan de un programa externo de pruebas de competencia
- Un informe anual de los datos de los laboratorios de referencia se presenta al liderazgo del hospital para facilitar la gestión de los contratos y sus renovaciones. Incluye:
 - ✓ Sistema interno de control de calidad
 - ✓ Definición de puntos críticos de los procesos
 - ✓ Procedimientos para el re- ensayo y re-muestreo
 - ✓ Procedimientos actualizados y registros de incidencias, acciones correctivas y preventivas, así como su verificación)

Documentos a verificar:

- Manual de Organización y Procedimientos.
- Registro de entrada de las muestras.
- Registro de salida de los resultados.
- Registro actualizado de valores de referencia de laboratorio.
- Instructivo para la enmienda de los resultados.
- Plan de capacitación del personal
- Expediente laboral del personal.
- Registro del personal autorizado para toma de muestras y utilización de equipos
- Manual de Bioseguridad

- Registro actualizado con los movimientos de reactivos, lotes y fecha de expiración.

ASP.25– Imagenología.

Los servicios de radiología cumplen con las disposiciones y normativas vigentes para atender las necesidades de los pacientes. El personal del servicio de imagenología cuenta con la formación, capacitación, certificación y experiencia requeridas para administrar y realizar las pruebas e interpretar los resultados. Existe un programa de seguridad radiológica activo, implementado y registrado, y se cumplen los programas de control de infecciones y administración del centro.

Propósitos:

- Garantizar que el hospital cuente con un sistema de imagenología que asegure los requerimientos de los pacientes: Disponibilidad de estudios diagnósticos para diferentes indicaciones, disponibilidad fuera del horario habitual para los casos de emergencia y emisión de los resultados en tiempo, con calidad y trazabilidad.
- Garantizar la presencia de personal capacitado en el servicio de imagenología, con evidencias de formación y experiencia comprobables.

- Garantizar que el hospital cuente con un programa de seguridad radiológica activo que incluya los componentes de los servicios de radiología y de diagnóstico por imágenes
- Asegurar que el programa de seguridad radiológica refleje los riesgos y peligros que pueden ocurrir.
- Establecer las medidas de prevención para el personal de radiología y diagnóstico por imágenes, demás personal y pacientes.

Elementos a evaluar

- El servicio de imagenología dispone de una lista actualizada con los estudios que puede realizar y el tiempo de respuesta para cada uno, con fácil acceso para pacientes y usuarios
- Existen servicios de imagenología disponibles que satisfacen las necesidades de emergencia, incluso fuera del horario habitual de atención.
- Los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes cumplen con las leyes y normativas vigentes.
- Se dispone de modelo de consentimiento informado para los casos que lo requieran
- Tienen elaborado y actualizado el Manual de procedimientos del servicio
- Se establecen e implementan procedimientos para la solicitud de estudios imagenológicos
- El modelo de solicitud de estudios contiene: identificación del paciente, de la persona autorizada que lo solicita y de la sala,

servicio o institución a que pertenece, del estudio e identificación del que la realiza

- Realizar todos los exámenes solicitados, tanto de los pacientes hospitalizados, como de los ambulatorios.
- Emitir los resultados de los exámenes realizados, con la calidad adecuada.
- Mantener el archivo de los resultados de los exámenes para comparaciones futuras, de acuerdo a lo descrito por procedimiento.
- Garantizar los resultados de pruebas realizadas a pacientes, de acuerdo a lo descrito por procedimiento
- Cuentan con un registro de entrada de estudios por paciente
- Se garantiza la calidad de los exámenes realizados según sus normas
- El hospital contacta a expertos en áreas especializadas de diagnóstico cuando es necesario.
- Los informes de los estudios son claros, sin ambigüedades ni tachaduras, según el formato aprobado por el MINSAP y la dirección del centro
- Los resultados de los estudios se informan en un lapso acorde a las necesidades del paciente.
- Cuentan con instructivo para la enmienda de los resultados
- El laboratorio cuenta con una instrucción que define cómo será la comunicación de los resultados de los estudios
- Existe un listado con las personas autorizadas a recibir los informes, en caso que se requiera

- Está definido el período de retención de los resultados y lo conoce el personal
- Los registros del servicio se conservan en un lugar seguro
- Cuentan con una instrucción para la emisión de copias de los informes en caso de extravío o deterioro del original
- Se almacenan salvas de la información emitida por los equipos
- Se establecen e implementan procedimientos para la derivación a servicios de imagenología de otros centros (contratados)
- Existe un responsable del proceso de gestión de la calidad.
- El servicio es dirigido por una persona capacitada para ello
- Existen documentos que certifican la calificación adecuada del personal (Títulos, certificaciones, diplomas) para realizar, interpretar, verificar e informar los resultados de los estudios
- Poseen plan de capacitación del personal
- El personal está formado en BPL, Bioseguridad
- Tienen definidos y documentados los requisitos de calificación para el personal.
- Están definidos los requisitos y descripciones de los puestos de trabajo
- Está definido el personal autorizado para la utilización de equipos
- Se identifica a las personas que realizan estudios de diagnóstico e imágenes o dirigen o supervisan los estudios.
- Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.

- Existe un programa de seguridad radiológica implementado, que aborda los riesgos potenciales de seguridad que se enfrentan dentro y fuera del departamento.
- Se realizan los procedimientos según las normas de protección radiológica de la unidad.
- Se utilizan las protecciones necesarias.
- Los riesgos de seguridad identificados debidos a la radiación son abordados mediante procesos o dispositivos específicos que reducen tales riesgos (delantales de plomo, placas de radiación, dosímetros)
- El personal del radiología y diagnóstico por imágenes cuenta con orientación acerca de los procedimientos y prácticas de seguridad y recibe capacitación permanente respecto de los nuevos procedimientos, equipamiento y tecnología médica.
- Se realiza seguimiento médico especializado al personal sanitario expuesto.
- Está organizado el proceso de depuración de placas radiográficas y contratada la entrega a materia prima.

Documentos a verificar:

- Manual de procedimientos del servicio.
- Archivo de los resultados de los exámenes.
- Registro de entrada de los pacientes
- Expediente laboral del personal.
- Programa de seguridad radiológica

- Relaciones contractuales para la derivación a servicios de imagenología de otros centros.
- Relaciones contractuales con la Empresa de materias primas.

ASP.26– Consentimiento informado

Una de las maneras principales por las que el paciente está involucrado en las decisiones de su atención es proporcionando el consentimiento informado. Los pacientes y sus familias son informados acerca de las evaluaciones, procedimientos, y tratamientos que requieren consentimiento y de cómo otorgarlo. El consentimiento informado puede ser obtenido en diversos puntos durante el proceso de atención. Este proceso de consentimiento está definido claramente por el hospital en sus políticas y procedimientos. Las leyes y las regulaciones relevantes se incorporan en las políticas y procedimientos.

Propósitos:

- Garantizar que el consentimiento informado del paciente sea obtenido a través de un proceso definido por el hospital y llevado a cabo por personal entrenado en la manera y el idioma que el paciente pueda entender.
- Obtener el consentimiento informado antes de la cirugía, anestesia, sedación moderada, uso de sangre o productos con sangre y cualquier otro tratamiento o procedimiento de alto riesgo.

- Informar adecuadamente a los pacientes y sus familias acerca de la enfermedad, tratamiento/s propuesto/s y profesionales de la salud para que puedan tomar una decisión acerca de la atención.
- Garantizar que el hospital establece un proceso, dentro del contexto de la ley y cultura existente, cuando otras personas y no el paciente, están autorizadas a brindar el consentimiento.

Elementos a evaluar

- El hospital desarrolla e implementa un proceso de consentimiento informado claro, que incluye información adicional del paciente acerca del médico responsable de su atención y los procesos que se aplican cuando el consentimiento informado es brindado por otras personas. Este proceso respeta la ley, la cultura y la costumbre.
- El personal designado está entrenado para el proceso.
- Los pacientes otorgan el consentimiento informado según el proceso implementado.
- Existe un consentimiento informado que se documenta de forma uniforme.
- El consentimiento es obtenido antes de procedimientos quirúrgicos o invasivos.
- El consentimiento es obtenido antes de la anestesia o sedación moderada.
- El consentimiento es obtenido antes del uso de sangre o hemoderivados.

- El hospital ha creado una lista con aquellos procedimientos y tratamientos adicionales que requieran un consentimiento por separado.
- El consentimiento se obtiene antes de procedimientos o tratamientos de alto riesgo adicionales.
- La identidad de la persona que brinda la información al paciente y su familia es registrada en la historia clínica del paciente.
- Las personas que brinden el consentimiento, cuando no se trate del paciente mismo, son registradas en la historia clínica del paciente.
- Los pacientes son informados sobre el proceso para poder otorgar el consentimiento informado en una manera y con un idioma que pueda entender.
- Los pacientes son informados de los elementos siguientes:
 - ✓ la condición;
 - ✓ el/los tratamiento/s propuesto/s;
 - ✓ el nombre de la persona que le brinda el tratamiento;
 - ✓ los beneficios e inconvenientes potenciales;
 - ✓ alternativas posibles;
 - ✓ la probabilidad de éxito;
 - ✓ posibles problemas relacionados con la recuperación; y
 - ✓ resultados posibles por no realizar el tratamiento.

Documentos a verificar:

- Proceso de consentimiento informado de la institución.
- Modelos de consentimiento informado.

- Archivo de la documentación referente al consentimiento informado.
- Registro de entrada de los pacientes
- Historias clínicas
- Expediente laboral del personal

ASP-27 Educación para la salud a pacientes y familiares

El hospital tiene la responsabilidad de aportar a los pacientes y familiares, conocimientos sobre el proceso salud enfermedad, con énfasis en elementos de prevención primaria y secundaria, con el objetivo de lograr su comprensión y participación consciente en el proceso de la atención hospitalaria.

Propósitos:

- Brindar educación para la salud dirigida a los procesos de atención en función de su misión, los servicios proporcionados y la población de pacientes atendidos.
- Identificar los conocimientos específicos y las destrezas que necesitarán el paciente y los familiares para tomar decisiones en cuanto a la atención médica, participar en la misma y dominar los elementos de prevención primaria y secundaria relacionadas con su enfermedad.
- Planificar la educación para la salud a partir de la identificación de las fortalezas y deficiencias de conocimiento y destrezas.
- Seleccionar educadores y métodos educativos congruentes con los valores y las preferencias de los pacientes y las familias,

además de identificar los roles de las familias y el método de instrucción.

- Garantizar con todo el personal de atención directa, que la información que reciben los pacientes y las familias sea integral, congruente y lo más eficaz posible.

Elementos a evaluar:

- El hospital proporciona educación para la salud que respalda la participación del paciente y de los familiares en las decisiones y en los procesos de atención.
- Cuenta con un coordinador o grupo de coordinación para ofrecer educación para la salud.
- Las necesidades educativas de cada paciente se evalúan y registran en su historia clínica.
- Se identifica la capacidad del paciente y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje.
- Los métodos de educación para la salud utilizados en el hospital incluyen los valores y preferencias del paciente y de la familia, y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y los prestadores para que se produzca el aprendizaje.
- Todo el personal de atención directa al paciente participa en el proceso de educación para la salud.

Documentos a verificar.

- Historias clínicas.

- Programa de educación para la salud a pacientes y familiares
- Actas de reuniones con pacientes y familiares por servicios o salas.
- Documentos de designación del personal encargado de la coordinación de la educación a pacientes y familiares.