

REPUBLICA DE CUBA



*I MANUAL DE ACREDITACION DE
INSTITUTOS*

2002

AUTORES:

Dr. René Ruíz de Armas
Dr. Elías Valdés Llanes
Dra. María del Carmen Alemán Lage
Dr. Ariel de Jesús Colina Rodríguez
Dr. Bartolomé Arce Hidalgo
Dra. Dora Galego Pimentel

COLABORADORES:

Dr. Alvaro Sosa Acosta
Lic. Caridad Cairo Soler
Dr. Amador García González-Elías
Dr. Pablo Antúnez Jiménez
Dr. Andrés Zambrano Cárdenas
Da. Ma. Esther Alvarez Lauzerique
MSc. María Antonieta Arbezú
Lic. Pedro Bernal Secada
Dr. José I. Fernández Montequín
Dr. Alberto Céspedes Carrillo
Dr. Santiago Luis González
Dr. Raúl Herrera Valdés
Dr. Alberto Hernández Cañero
Dr. Raimundo Llanio Navarro
Dr. José M. Ballester Santovenia
Dr. Oscar Díaz

RELACION DE ESTANDARES A EVALUAR

El actual Manual consta de 39 estándares que recorren la actividad de los institutos en cuanto a Gestión, Atención Directa, Atención indirecta o de apoyo, Trabajo Técnico, Docencia Actividad administrativa y servicio.

La organización del Manual está dada según el orden que se expone:

- **Estándares de Gestión.** Seis estándares comprendidos entre el 1 y el 6.
- **Estándares de Atención Directa.** Ocho estándares comprendidos entre el 7 y el 15 excepto el 11.
- **Estándares de Atención Indirecta o de Apoyo.** Cinco estándares comprendidos entre el 16 y el 20.
- **Estándares de Trabajo Técnico.** Seis estándares del 20 al 25, además del 11.
- **Estándares de Docencia.** Cuatro estándares, del 26 al 29.
- **Estándares de Actividad administrativa y servicio.** Diez estándares desde el 30 al 39.

1. GOBIERNO
2. CALIDAD
3. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
4. CONTINUIDAD DE LA ATENCION MEDICA
5. SATISFACCION DE LA POBLACION
6. EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA
7. ATENCION A LA URGENCIA
8. UNIDAD QUIRURGICA
9. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
10. ENFERMERIA
11. ESTERILIZACION
12. CONSULTA EXTERNA
13. POLIQUIMIOTERAPIA
14. MEDICINA NUCLEAR
15. RADIOTERAPIA
16. LABORATORIO CLINICO
17. LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA
18. IMAGENOLOGIA
19. ANATOMIA PATOLOGICA
20. BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA
21. TRABAJO SOCIAL
22. MEDICAMENTOS
23. ADMISION DE PACIENTES
24. ARCHIVO E HISTORIAS CLINICAS
25. ESTADISTICAS
26. DOCENCIA
27. INVESTIGACION
28. INFORMACION CIENTIFICO-TECNICA
29. INFORMATIZACION
30. ALIMENTACION Y NUTRICION
31. ADMINISTRACION Y SERVICIOS GENERALES
32. FINANZAS Y CONTABILIDAD
33. ACCESOS Y CIRCULACIONES
34. SEGURIDAD GENERAL
35. MANTENIMIENTO
36. ELECTRICIDAD
37. TERMOENERGETICA
38. SITUACION DEL AGUA Y CONTROL DE RESIDUALES
39. GAS, COMBUSTIBLE Y SERVICIOS ESPECIALES

Estándar 1. GOBIERNO

** Comprende a las autoridades unipersonales o colegiadas que trazan las políticas de la institución, controlan su ejecución y evalúan sus resultados.*

NIVEL 1.

Cuenta con un Director médico especialista, que es un profesional de la salud con capacitación para el cargo y con categoría de Investigador que es el máximo responsable del centro. Existe un Reglamento institucional que define la estructura orgánico-funcional y los aspectos generales de la organización del hospital. Cuenta con un Consejo de Dirección que funciona como el principal órgano asesor del hospital. Tienen elaborados y aplicándose en el trabajo diario los Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios en todas las unidades organizativas. Cumple lo reglamentado en la Carpeta Metodológica y los indicadores orientados por la Dirección Nacional de Servicios Hospitalarios. Tienen elaborado el Plan Director del centro que comprende los aspectos constructivos, de inversiones, de equipamiento y de satisfacción de la población en los que el centro debe trabajar según lo orientado por el MINSAP. Están definidas y se cumplen las políticas de ingreso electivo, de consulta externa y de reconsulta a egresados así como la de investigaciones diagnósticas, según lo orientado nacionalmente.

Verificar nombramiento y título del Director así como Reglamento Funcional y Organigrama. Comprobar nombramiento de los miembros del Consejo de Dirección y actas de sus reuniones con el análisis de diversos aspectos de las actividades asistenciales y económicas del centro. Comprobar la existencia y aplicación de los Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios en la Dirección y en cada uno de los servicios, departamentos y secciones. Comprobar existencia del Plan Director por acápite según la Metodología y la existencia y cumplimiento de las políticas de ingresos, así como la evaluación de sus resultados por los Jefes de Servicio, Vicedirectores y Consejo de Dirección

NIVEL 2.

El Director y los Vicedirectores son médicos especialistas con categoría de Investigador y los Vicedirectores no médicos son profesionales. Todos tendrán 1 año de experiencia en tareas de dirección de salud.

Verificar nombramiento y títulos del Director y los Vicedirectores así como certificación que acredite el cumplimiento de los requisitos para el cargo de cada uno de ellos.

NIVEL 3.

El Director y los Vicedirectores, tienen la capacitación requerida en administración hospitalaria y con categoría de Investigador y 3 años de experiencia en tareas de dirección de salud. Los Vicedirectores no médicos son graduados universitarios con 1 o más años de experiencia. Están definidas las políticas de desarrollo institucional para los próximos 2 años. La institución cuenta con indicadores propósitos para el trabajo en el ámbito de los servicios y departamentos, así como para los principales actores del trabajo asistencial y de apoyo y evalúa sistemáticamente el cumplimiento en cada una de sus unidades organizativas.

Verificar nombramiento y títulos del Director y los Vicedirectores así como certificación que acredite el cumplimiento de los requisitos para el cargo de cada uno de ellos. Comprobar las políticas de desarrollo institucional. Verificar la existencia de los indicadores propósitos a alcanzar en cada unidad organizativa, asistencial o de apoyo y la evaluación de su cumplimiento.

GOBIERNO

Documentos a Revisar (en todos los niveles)

- Reglamento funcional del Instituto
- Actas de Reuniones del Consejo de Dirección
- Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios (de la Dirección de cada una de las Vicedirecciones y de los servicios a ellas subordinadas
- Plan Director de la Unidad
- Redimensionamiento hospitalario. Ejecución y situación actual
- Registro diario de entrega de la Institución matutino y vespertino
- Registro de Pases de visitas administrativos
- Documentos de la Carpeta Metodológica para los Servicios Hospitalarios.

Indicadores que la institución debe controlar para un correcto diagnóstico hasta nivel de servicios y presentar a la Comisión.

- Relación cama de dotación / camas reales
- Estadía General.
- Índice Ocupacional
- Mortalidad bruta
 - Mortalidad neta
 - 10 principales causas de ingreso
 - 10 principales causas de muerte
 - Mortalidad Atención al Grave / Mortalidad Bruta Hospitalaria.
 - Mortalidad Servicios Urgencia / Mortalidad Bruta Hospitalaria.
 - Mortalidad Salas Cuidados mínimos /Mortalidad Bruta / Hospitalaria.
- Letalidades: Infarto del Miocardio Agudo (IMA)
 - Enfermedad Vásculo Encefálica (EVE)
 - Diabetes Mellitus (DM)
 - Asma Bronquial (AB)
 - O los propios de cada Instituto

En servicios quirúrgicos.

- Cumplimiento Plan Quirúrgico.
- Cirugía Mayor.
- Cirugía por Mínimo Acceso.
- Cirugía. Mayor Electiva.
- Cirugía. Mayor Ambulatoria.
- Cirugía Corta Estadía.
- Estadía Preoperatoria.

- Rendimiento Quirúrgico x salón de Cirugía Mayor Electiva.
- Analgesia Acupuntural.

Nota: solamente para aquellas instituciones que realizan esta actividad.

En Servicios Ambulatorios

- Casos vistos en consulta externa. Casos vistos en Servicios de Urgencias. Relación entre ellos.
- Ingresos hospitalarios totales, electivos y de urgencia.
- Ingresos por lugar de procedencia.

Estándar 2 CALIDAD

NIVEL 1.

Cuenta con un Programa de evaluación interno que contempla la existencia de un órgano asesor en forma de Consejo de Evaluación de la Calidad (CEC), integrado por varios Comités establecidos en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad que se ocupan de los aspectos de estructura, proceso y los resultados asistenciales, cumpliendo con los indicadores que establece el mismo. Se evalúa mensualmente estas actividades y las recomendaciones hechas a la Dirección del centro, así como el monitoreo y evaluación del desempeño.

Constatar la existencia de los diversos Comités según se establece en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad y el nombramiento y título de sus integrantes. Comprobar que los comités existentes garanticen la evaluación de todas las actividades señaladas. Resulta obligatorio que entre los órganos asesores se encuentre el Consejo de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Revisar las actas, las recomendaciones, las medidas correctoras tomadas y su cumplimiento.

NIVEL 2.

La institución cuenta con investigaciones sobre Calidad.

**Verificar la existencia de Investigaciones sobre el tema de la Calidad.
Verificar documentos sobre Proyecciones de la institución.**

NIVEL 3.

Cuenta con un Sistema de Aseguramiento de la Calidad Total.

Verificar el Sistema de Aseguramiento implantado.

CALIDAD

Documentos a Revisar

- Programa Nacional de Garantía de Calidad y documentos de su aplicación. (Todos los niveles)
- Actas de Reuniones del Consejo de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica y los Comités establecidos. Dificultades encontradas, medidas tomadas y su cumplimiento. (Todos los Niveles)
- Acta del Consejo de Dirección con constancia de participación del Presidente del CEC.
- Investigaciones referentes al tema. (Nivel II y III)
- Documentación del Sistema de Garantía de la Calidad en el Nivel III.

Indicadores a evaluar por la Comisión

Todos los contenidos en el Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en Hospitales.

Estándar 3 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

NIVEL 1.

La institución cuenta con normas y procedimientos que se aplican y definen su área de atención médica a la vez que establecen hacia qué instituciones de este nivel deben referirse los casos que superen su capacidad resolutive, de acuerdo a la regionalización de los servicios vigentes para el territorio. Dispone de ambulancia, según la estructura y organización del Sistema Integrado de Urgencias Médicas en el territorio, para el traslado de los enfermos. Tienen convenios con los Directores Provinciales de Salud para la referencia y contrarreferencia según Resolución 232.

Constatar la existencia y cumplimiento de las normas 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 los principales síndromes que demanden el traslado a otra institución. Estas normas incluyen la existencia de un registro de las remisiones que se reciben y se emiten, así como el procedimiento de control de calidad de las mismas, están ubicadas en el Servicio de Urgencias, en lugar asequible y se interrogará a los médicos para verificar su conocimiento. Comprobar presencia de ambulancia propia o convenio que la garantiza.

NIVEL 2.

Las normas y procedimientos que se aplican, definen los requisitos de documentación y personal que deben acompañar al paciente y hacia qué institución de menor capacidad resolutive del área de atracción deben contrarreferirse los casos una vez superada la demanda de servicios que los llevó a este nivel. Cuenta con una metodología para evaluar la calidad de sus remisiones, de común acuerdo con las instituciones hacia las que refiere pacientes. El 100% de los pacientes son dados de alta con la boleta de transferencia para su médico de familia en la APS.

Comprobar que las normas institucionales tengan incluidos los aspectos de la referencia y la contrarreferencia y solicitar HC para constatar que se hayan cumplido estas normas así como para evaluar el proceso y los resultados de estos procedimientos. Evaluar la utilización de la boleta de transferencia en las altas médicas de los días de evaluación y en egresos anteriores.

NIVEL 3.

Existen mecanismos de coordinación con sus áreas de atracción para evaluar cuanti-cualitativamente la utilización de las ofertas de capacidades que se brindan. Los casos de cirugía mayor ambulatoria, de corta estadía y los egresos precoces se coordinan con el médico de la familia.

Verificar existencia y funcionamiento de los mecanismos de coordinación con las áreas de salud, así como la calidad de los análisis de la actividad. Comprobar el conocimiento por parte de los médicos de estas normas y mecanismos. Revisar el cumplimiento de lo normado en pacientes de cirugía mayor ambulatoria, corta estadía y egresados precoces con tratamiento. Evaluar en conversación con los

miembros del equipo de dirección el conocimiento de la problemática de salud de las áreas que atienden.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Documentos a Revisar (Todos los niveles)

- Normas de Referencia y Contrarreferencia
- Registro para las Remisiones recibidas y emitidas y su evaluación
- Convenios amparados por la Resolución 232
- Cumplimiento del Reglamento de la Resolución 232

Indicadores que la institución debe controlar y presentar a la Comisión (Todos los niveles)

- % de pacientes ingresados con remisión del nivel primario o de otra institución
- Pacientes dados de alta con resumen de HC para su médico de asistencia.
- % de remisiones recibidas que constituyen ingresos en observación y en servicios según áreas tributarias.
- Remisiones recibidas y emitidas que se evalúan de inadecuadas.

Estándar 4 CONTINUIDAD DE LA ATENCION MEDICA

NIVEL 1.

Existe un personal médico especializado que jerarquiza todo lo relacionado con la atención que se brinda a los pacientes, así como su supervisión interna. La continuidad se garantiza por los médicos de guardia. Todos los pacientes hospitalizados tienen un médico graduado encargado directamente de su atención y bajo el control de un médico especialista. Se realiza pase de visita diario. Las historias clínicas están debidamente confeccionadas y actualizadas. Cada Jefe de Servicio y/o Sala tiene elaborado, actualizado y aplicándose en el trabajo diario el Manual de Organización y Procedimientos de Institutos.

Comprobar que un médico graduado 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. Verificar relación y títulos del personal médico, organización y calidad del trabajo asistencial, historias clínicas (confección, discusión diagnóstica, evolución e indicaciones médicas) actualizadas diariamente, así como constatar la realización del pase de visita diario. Revisar el programa de guardias médicas del mes. Interrogar a una muestra de pacientes acerca de la participación de los médicos de guardia en la atención a demandas asistenciales cuando los médicos de la sala concluyeron su horario laboral. Evaluar las HC de un 10% de la dotación de camas del centro para constatar el trabajo asistencial en su conjunto y la calidad del documento. Verificar que cada Jefe de Servicio y/o Sala tenga elaborado, actualizado y aplique en su trabajo diario el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

NIVEL 2.

La guardia médica es ejercida por médicos de diferentes especialidades y con presencia física aunque en algunas especialidades ésta puede ser localizable (Ver Servicio de Urgencia). Está programada y se realiza la Discusión de casos complejos y se lleva registro de la misma. Las consultas especializadas que se brindan en las unidades de Atención Primaria de Salud, se programan de forma que sean dadas por un especialista. En las reconsultas a egresados se garantiza la atención por parte de uno de los especialistas del Grupo Básico de Trabajo (GBT) que lo atendió durante el ingreso.

Constatar la participación de los especialistas en la guardia médica, con presencia física o no, según normas institucionales. Revisar programación y cumplimiento de las reuniones de discusión de casos y que queden plasmadas en las historias clínicas. Verificar el registro que debe incluir nivel científico docente de cada participante. Verificar la programación de consultas especializadas en APS y los responsables. Ver en las historias clínicas de egresados el cumplimiento de las reconsultas por uno de los médicos especialistas que lo atendió durante el ingreso.

NIVEL 3.

La atención médica está organizada en Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y su continuidad se garantiza por equipos de guardia física encabezados por un especialista. Se realizan Discusiones Multidisciplinarias en los casos cuya complejidad lo requiera. Existen, se aplican y revisan periódicamente los

protocolos de manejo de las enfermedades más frecuentes de egresos hospitalarios en las especialidades básicas.

Comprobar la organización del trabajo asistencial e integración de los GBT. Evaluar lo relacionado con la discusión multidisciplinaria de casos. Revisar historias clínicas. Verificar registro que debe incluir nivel científico docente y la especialidad de cada participante. En los Clínico- Quirúrgicos y Pediátricos comprobar que la continuidad de atención a los hospitalizados en servicios de atención al paciente crítico se garantice por personal médico capacitado y del propio equipo del servicio. Solicitar los protocolos en los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Cirugía General, confrontándolos con una muestra de Historias Clínicas.

CONTINUIDAD DE LA ATENCION MEDICA

Documentos a Revisar

- Manual de Organización y Procedimientos de Servicios y Salas revisados. (Todos los Niveles)
- Programa de Guardias Médicas. Organización de la continuidad de la atención a pacientes hospitalizados de 4 p.m. a 8 a.m. y así como los sábados, domingos y días feriados. (Todos los niveles)
- Actas de Reuniones de Discusión de Casos Complejos. Debe especificar nivel científico-docente de los participantes. (Niveles II y III)
- Actas de Reuniones de Discusión Multidisciplinaria de casos complejos. Debe especificar nivel científico-docente de los participantes. (Nivel III)

Estándar 5 SATISFACCIÓN DE LA POBLACION

NIVEL 1

Existe un Comité para evaluar la actividad. Existe un Programa de Satisfacción de Pacientes y Familiares, que identifica las principales fuentes de quejas e insatisfacciones y su solución, que sirve de base al Plan Director. Se realizan encuestas periódicas para medir la satisfacción de los usuarios, los resultados se evalúan y se tienen en cuenta para mejorar la calidad de los servicios. Los directivos de la institución atienden oportuna y cortésmente las quejas verbales y /o escritas formuladas por los pacientes y familiares. El trato recibido del personal de la Institución es agradable, cortés y ético. Se proporciona oportuna y claramente información sobre horarios, consultas, servicios, afectaciones y sus causas. Se cumplen los horarios de atención a pacientes en consulta externa, departamentos diagnósticos (Rayos X, laboratorios) y otros. La entrega de dietas, certificados y otros documentos que requieren gestión administrativa es rápida y eficaz no constatándose quejas de las secciones de Admisión por impericia o maltrato. No existen quejas procedentes por concepto de atención médica y fallecidos, así como por pérdidas o extravíos de resultados de complementarios. El horario de alimentación a pacientes es satisfactorio, así como la presentación de los alimentos. La presentación general de la Institución en los aspectos de higiene es satisfactoria. La institución lleva más de 6 meses sin suspensión de consultas ni de intervenciones quirúrgicas por causas institucionales.

Interrogar a pacientes y familiares acerca del trato recibido de porteros, personal auxiliar y de apoyo, enfermeras, técnicos y médicos, así como sobre la información que han obtenido en las diferentes áreas y servicios, la cual debe ser clara y precisa. Verificar Registro de Quejas así como la atención a las mismas y a los planteamientos por parte de los directivos con los pacientes y familiares. Verificar el mecanismo establecido por la institución para la entrega de dietas, certificados y otros documentos que requieren gestión administrativa. Comprobar satisfacción de pacientes con la situación de la higiene en la institución y la alimentación. Verificar la existencia del Programa de Satisfacción de Pacientes y Familiares que refleje el diagnóstico de las quejas y satisfacciones y cuyas soluciones estén contempladas en el Plan Director. Verificar la realización de encuestas, su periodicidad, los resultados de las mismas y las medidas tomadas. Comprobar el cumplimiento de la programación de consultas y de intervenciones quirúrgicas en los 6 últimos meses.

NIVEL 2

La higiene de las habitaciones y el cambio de ropa de cama y pijama satisfacen a pacientes y familiares. El aseo y funcionamiento de las instalaciones sanitarias, lavabos y duchas para pacientes y para el público son satisfactorios en más de un 75%._Existen y funcionan teléfonos públicos en áreas tales como urgencias y consulta externa. Está establecido y se cumple un sistema de información a pacientes y familiares por los médicos de asistencia de cada uno de los servicios de hospitalización. La presentación general de la institución en cuanto a estado constructivo y pintura es satisfactoria. No existen quejas procedentes con relación al horario de alimentación así como la presentación de los alimentos.

Constatar personalmente estos aspectos en entrevistar a pacientes y familiares. Verificar existencia y funcionamiento del sistema de información a pacientes y familiares.

NIVEL 3

Se realiza en coordinación con los factores de la comunidad, una búsqueda activa de las fuentes de insatisfacciones con la institución y sus soluciones. Cuenta con investigaciones relacionadas con el tema.

Verificar con los factores de la comunidad si se concilian las insatisfacciones y las soluciones con la misma por parte de la institución. Verificar las investigaciones sobre el tema

SATISFACCION DE LA POBLACION

Documentos a Revisar

- Programa de Satisfacción de pacientes y familiares. (Todos los niveles)
- Registro de Quejas
- Diagnóstico de las principales causas de quejas y satisfacciones. (Todos los niveles)
- Plan Director (Todos los niveles)
- Encuesta a pacientes y familiares. (Todos los niveles)
- Investigaciones acerca del tema de Satisfacción. (Nivel III)
- Se realizarán encuestas al 3% de pacientes ingresados o sus familiares y a una muestra del 1% de los egresos de los últimos tres meses que reflejen los aspectos señalados en cada nivel (Todos los niveles)
- Se entrevistará a los factores de la Comunidad para conocer la interrelación de la institución con la misma. (Todos los niveles)

Estándar 6 EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA

NIVEL 1.

Cuenta con un comité (o cuándo menos un especialista nombrado) que atiende y controla esta actividad, con normas institucionales escritas y que se aplican sobre Prevención de las Infecciones Hospitalarias ajustadas al Programa Nacional. Cuenta con asesoría conveniada de un Epidemiólogo. Se cumplimentan las normas vigentes en el orden epidemiológico en las áreas de alto riesgo, aunque tengan problemas de estructuras. La higiene es satisfactoria en toda la institución y áreas aledañas. No existen animales domésticos ni vectores visibles.

Comprobar la existencia del Comité (o especialista y su nombramiento) y de las Normas así como su cumplimiento. Interrogar al personal médico, de enfermería y de limpieza para verificar su conocimiento. Constatar la existencia de un personal técnico o profesional responsabilizado con la vigilancia y registro de las infecciones hospitalarias. Las normas deben regular actividades como lavado de manos, limpieza de locales, uso de antisépticos y desinfectantes, esterilización, precauciones en la manipulación de la sangre y otros fluidos corporales, cura de heridas y procedimientos de riesgo. La actividad se analiza y evalúa por un Comité que asesora a la Dirección en lo referente a Calidad de la Atención Médica. En la evaluación mediante observación de una muestra de procedimientos médicos, de enfermería y de laboratorio clínico, se constata el cumplimiento de lo normado. Comprobar existencia de convenio escrito que asegure la asesoría de un Especialista en epidemiología. Verificar situación de la higiene y la no existencia de animales domésticos ni vectores.

NIVEL 2.

Existe un Comité de Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias presidido por un médico especialista en Epidemiología o con diplomado o maestría en la Especialidad y enfermeras especializadas o adiestradas en la actividad y se cumple mediante un Programa Institucional lo regulado en el Programa Nacional. El Comité se integra al trabajo del Consejo de Evaluación de la Calidad (CEC). Están definidos los indicadores propósitos a obtener en la operacionalidad del Programa y se evalúan los resultados que se obtienen en cada uno de ellos.

Verificar la existencia del Comité de Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias (CPCIH), evaluar las actas de sus reuniones y el cumplimiento de las recomendaciones que hace. Comprobar en la Oficina de Personal el nombramiento, título y certificación del especialista o graduado de diplomado o maestría y de las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica. Constatar que exista el Registro de Infecciones Hospitalarias que incluya la Morbimortalidad por esta causa. Verificar el cumplimiento de las normas vigentes en todas las áreas de riesgo. Verificar la situación de la higiene. Verificar la existencia de indicadores propósitos, así como su evaluación y cumplimiento.

NIVEL 3.

Cuenta con un Departamento de Epidemiología Hospitalaria que está dirigido por un especialista en Epidemiología u otro especialista con capacitación en la especialidad (diplomado o maestría) Cuentan con los especialistas y profesionales necesarios para desarrollar la misión y los objetivos de trabajo del departamento.

Funciona un Programa de la institución para la Revisión y Control de la Infección Hospitalaria basada en el Programa Nacional y en el Diagnóstico de la Situación Epidemiológica con medidas de control de infecciones basadas en lineamientos actualizados y señalando las prácticas ineficaces. Tiene un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones hospitalarias y del ambiente con indicadores estratificados selectivos y con diseminación de la información epidemiológica estratificada de acuerdo a los diferentes niveles de usuarios. Cuentan con Programas o lineamientos para el desarrollo de al menos cuatro áreas de la Epidemiología Hospitalaria, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, salud ambiental, salud ocupacional, fármacoepidemiología, epidemiología clínica así como investigaciones en servicio de salud, calidad u otras. Se realizan actividades científicas y docentes de las áreas de la Epidemiología que se desarrollan en la institución.

Comprobar el nombramiento y la calificación del Jefe del Departamento. Se comprobará misión, objetivos del departamentos y tareas asignadas a cada miembro del mismo. su integración. Se comprobará la existencia de un Programa Institucional y del diagnóstico de la situación epidemiológica. Están señaladas las prácticas ineficaces como estudio de ambiente, uso indiscriminado de desinfectantes, drogas antimicrobianas y fumigación de aire y locales. Se comprobará el análisis sistemático de la información con tasas estratificadas por dispositivos y tipos de infección en servicios de riesgo, tasas de infección por procedimientos quirúrgicos específicos y otras tasas estratificadas, así como su distribución según los niveles: Consejo de Dirección, área clínica, quirúrgica y de cuidados intensivos. Se verificará el análisis de la mortalidad según la gravedad de las enfermedades de base. Se verificarán los documentos, protocolos y la organización para el desarrollo de las cuatro áreas. Se comprobará la existencia de Programa y documentos sobre las actividades docentes.

EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA

Documentos a Revisar (todos los niveles)

- Programa de la institución para la Prevención y Control de la Infección Hospitalarias con tablas de indicadores
- Normas Institucionales de Prevención y Control.
- Actas de Reuniones del Comité de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria.
- Manual de Organización y Procedimientos.

Indicadores a controlar por el Jefe de Servicio que debe mostrarse a la Comisión.

- % de infección hospitalaria según registro por servicios y por localización.
- Tasa de mortalidad por infección hospitalaria.
- Índice de infección hospitalaria general, por servicio y por causas.
- Índice de infección hospitalaria en eventos seleccionados (aborto, cesárea, intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía Mayor Electiva, Cirugía Mayor de Urgencia, ventilados, pacientes con abordaje venoso profundo y otros)
- Índices de mortalidad y letalidad por las principales causas.

Estándar 7 ATENCION A URGENCIA

(Para los institutos que prestan este servicio)

NIVEL 1.

Cuenta con un local de uso exclusivo para la actividad, con los recursos mínimos necesarios para la atención básica a la urgencia, con posibilidades de perfusión endovenosa de líquidos y fármacos. Cuenta con personal de enfermería a tiempo completo y rotación de médicos que garantizan las 24 horas con la guardia física de uno o más médicos especialistas y con apoyo de otras especialidades localizables en menos de 30 minutos y disponen de Laboratorio Clínico y Radiología. Existe un área para la reanimación y sostén vital, que cuenta con normas y protocolos para este tipo de atención que se ajustan a lo dispuesto nacionalmente. Tienen elaborado, actualizado y aplicándose el Manual de Organización y Procedimientos en el Servicio.

Constatar la existencia del local y comprobar que en el mismo no se sitúen camillas que no estén destinadas a la reanimación y preferentemente utilizarse una rígida en la cual se traslada desde la llegada al cuerpo de guardia el paciente, con vistas a evitar las movilizaciones innecesarias. Verificar la existencia de instrumental afín a la especialidad: lavabo, esfigmomanómetro y estetoscopio, carro de paro completamente equipado, medios de vía aérea, bolsas insuflables con caretas, oxígeno, aspiración mecánica, electrocardiógrafo y una vitrina con medicamentos de urgencia y emergencia básicos para este tipo de paciente según lo normado. Verificar la programación de rotaciones del personal de enfermería y su nombramiento en este servicio. Revisar la programación mensual de guardias médicas, así como las de Laboratorio y Radiología. Comprobar la existencia y cumplimiento de las normas nacionales, protocolos y algoritmos establecidos. Verificar la existencia, actualización y aplicación del Manual de Organización y Procedimientos. El médico de guardia debe estar capacitado según cursos establecidos para brindar Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y sostén vital básico con introducción al sostén avanzado continuado según recursos del lugar. En una muestra de Historias Clínicas de pacientes ingresados a través del servicio de urgencias se pueden constatar todos los aspectos señalados.

NIVEL 2.

Se garantiza la guardia física por un equipo de médicos especialistas que pueden incluir al anestesiista. Existe un Jefe de Guardia Médica que jerarquiza el trabajo del equipo. El Servicio cuenta con áreas diferenciadas y señalizadas para cada especialidad, en los hospitales clínico-quirúrgicos y generales existe una Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes (UCIE) para la Atención al paciente grave, dotada de personal médico y de enfermería capacitado (50% de cada una) en Medicina Intensiva y / o Emergencia (por cursos) contando con el equipamiento adecuado para ello. (Monitor, ventilador y desfibrilador). En los hospitales ginecobstétricos debe garantizarse la presencia de al menos un especialista (físico) en el cuerpo de guardia y en la sala de Cuidados Especiales Perinatales. En los hospitales pediátricos no es imprescindible la UCIE, sino un área de emergencia y los recursos señalados para el Nivel I. En los hospitales especializados existen los recursos propios de la especialidad de que se trate para enfrentar la demanda de urgencias de la especialidad.

Verificar la Programación de guardia. Revisar la diferenciación y señalización de la diferentes áreas. Constatar la existencia, funcionamiento, personal asignado y equipamiento de la UCIE. En los hospitales pediátricos, especializados y ginecobstétricos verificar las listas de guardia y comprobar la presencia física del especialista en los lugares señalados, así como los recursos propios de la atención de urgencias.

NIVEL 3.

El equipo de Guardia esta integrado por todas las especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas definidas en el centro y disponen de medios de investigación durante 24 horas según demanda el servicio. Se garantiza desde su ingreso en la UCIE la trombolisis a los pacientes con infarto del miocardio agudo e infarto cerebral en el 100 % de los casos que esté indicada. (La indicación de trombolisis en los casos portadores de enfermedad Cerebrovascular estará supeditada a la variante de tiempo para su realización y para poderla efectuar el tiempo entre el inicio de los síntomas y la llegada a un centro con estas posibilidades terapéuticas debe ser menor de tres horas). Deben disponer de Tomografía Axial Computarizada (TAC), propia o convenida, para la definición del caso susceptible de utilización de terapéutica trombolítica. El 100 % de los especialistas de la UCIE tiene postgrado en cuidados intensivos. Si el hospital es Centro de Trauma, contará con un área especializada para recepción, reanimación y evaluación del trauma, la cual tendrá como mínimo personal de enfermería, médico de emergencia y/o cirujano en menos de un minuto, así como todos los medios y sets. El o los médicos que se encuentren en el área de atención al trauma deben estar capacitados en los cursos de apoyo vital y preferentemente en el curso AVIAT; el personal de enfermería también debe estar capacitado en los cursos respectivos de este perfil de la urgencia. Si el hospital no es un Centro de Trauma contará con recursos para trauma en su recepción de emergencia. En estos hospitales debe estar definido quien está capacitado para la atención al trauma y disponer de los recursos necesarios para su atención.

Comprobar la disponibilidad de TAC. Verificar la programación de guardias del centro y sus integrantes. Comprobar en la oficina de personal, certificados de capacitación en cuidados intensivos de los médicos especialistas y personal de enfermería. Comprobar índices de trombolisis y análisis de resultados. En los Hospitales Ginecobstétricos, se verificará que el equipo de guardia realice la laparoscopia de urgencia, histerectomía con ligadura hipogástrica y ultrasonido de urgencia, a través de especialistas entrenados en estos procedimientos. En el caso de los hospitales especializados se constatará la capacidad de enfrentar urgencias clínicas y quirúrgicas con todos los medios disponibles en la institución.

ATENCION DE URGENCIAS

Documentos a Revisar

- Programación de Guardias Médicas (Todos los Niveles)
- Normas para la atención de Urgencias. Protocolos y Algoritmos
- Manual de Organización y Procedimientos del Servicio.

Indicadores que el Jefe de Servicio debe controlar y presentar a la Comisión (Todos los niveles)

- 10 primeras causas de ingresos
- 10 primeras causas de muerte
- % de casos vistos en relación con el año anterior
- % de ingreso con relación al año anterior
- Promedio del tiempo de espera para la atención médica según muestreo (en minutos)
- Promedio diario de remisiones por municipios, áreas de salud y otras unidades.
- Registro de remisiones por municipios, áreas de salud y otras unidades.
- Análisis de las remisiones y constancia de retroalimentación a la Atención Primaria de Salud.
- Tasa de mortalidad del servicio con relación a la mortalidad del hospital. (Total y de la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes)
- Índice de reingresos con menos de 72 horas de atendidos o egresados.
- Reacciones anafilácticas ocurridas.
- Intentos de resucitación cardiopulmonar sin éxitos y las exitosas.
- 10 primeras causas de intervenciones quirúrgicas mayores urgentes.
- Índice de letalidad en Infarto Agudo del Miocardio, Enfermedad Cerebro vascular, Asma Bronquial y Diabetes Mellitus.
- Índice de necropsias del servicio.

Estándar 8 UNIDAD QUIRURGICA

NIVEL 1.

Brinda servicio de atención quirúrgica de acuerdo con lo conveniado y con el sistema de referencia y contrarreferencia definido para el territorio, llevando registro de la actividad. De realizarse atención de urgencias debe tener un salón diferenciado para esta actividad. Deben tener definidas y diferenciadas áreas de pre y postoperatorio. Tienen elaborado, actualizado y aplicándose el Manual de Organización y Procedimientos.

Verificar la existencia del servicio de atención quirúrgica.

Verificar la existencia de dos salones de operaciones, que funcionen dando servicio las 24 horas con las técnicas antes mencionadas en hospitales ginecobstétricos.

NIVEL 2.

La Unidad Quirúrgica está en un área de circulación restringida, diferenciada y destinada a todos los tipos de intervenciones normadas para este nivel y se complementa con un área de recuperación. El servicio se garantiza durante las 24 horas con guardia física o localizable de los médicos especialistas. Es dirigida por un Jefe médico que la jerarquiza y una Jefa de UQ que dirige el trabajo de enfermería. Existen y se aplican Normas que regulan todo lo referente a la actividad quirúrgica del centro y donde se define la política institucional para el tratamiento de la Lista de Espera Quirúrgica. Posee un Programa de Cirugía Ambulatoria. Existen condiciones para el diagnóstico histológico y el diagnóstico radiológico (Rx portátil) transoperatorio. El Comité de Evaluación de Intervenciones Quirúrgicas evalúa el 100% de las mismas.

Verificar que la unidad cuente con un sector para el lavado de manos con dispensador de jabón y antisépticos y con área para la recuperación anestésica de los pacientes. Comprobar en la oficina de personal listado y títulos de los médicos especialistas en especialidades quirúrgicas (Cirugía, Ortopedia, Oftalmología, etc). Verificar nombramiento y título del Especialista Médico Jefe y de la Jefa de la UQ. Comprobar la existencia y aplicación de normas que regulan la preparación y conservación del material y de las piezas operatorias, así como la limpieza y desinfección del local y el trabajo del personal médico y de enfermería así como la política a seguir en el tratamiento de la Lista de Espera. Comprobar que el Jefe médico supervise las tareas de enfermería, programe los turnos y distribuya los quirófanos, controle el cumplimiento de las normas del comité de prevención y control de la infección hospitalaria (CPCIH) y confeccione los pedidos de medicamentos, material gastable y otros insumos utilizados en la UQ según normas de consumo institucionales. En una muestra de HC de operados se constata que el 100% de ellas tiene Protocolos quirúrgicos según lo normado. Revisar documentos del Programa de Cirugía Ambulatoria, sus indicaciones y su cumplimiento. Verificar que existen las condiciones para el diagnóstico histológico y radiológico transoperatorio. Comprobar que se evalúe el 100% de las intervenciones según lo normado.

NIVEL 3.

La unidad cuenta con quirófanos diferenciados y equipados por especialidades y salas de preoperatorio y recuperación post anestésica debidamente equipadas. Cuenta con uno o más quirófanos exclusivos para intervenciones de urgencia y

sépticas según demanda y regulaciones para su utilización. Cuenta con servicios de Cirugía Endoscópica de Mínimo Acceso, con quirófano debidamente equipado y de uso exclusivo para ello. Existen condiciones para el diagnóstico histológico y radiológico con intensificador de imágenes y monitoreo transoperatorio. Los salones poseen climatización central con filtro de aires independientes en cada salón. Cuenta con suministro centralizado de gases medicinales. La disposición del material usado y los desechos se realiza a través de ventanillas que comunican con pasillos laterales externos a la Unidad Quirúrgica. Se cumplen los estándares nacionales de las especialidades en los indicadores establecidos en los servicios quirúrgicos.

Constatar existencia de sala de preoperatorio, sala de recuperación y cada uno de los quirófanos, su equipamiento, su utilización, el suministro centralizado de gases medicinales y las condiciones para el diagnóstico histológico, radiológico con intensificador de imágenes y monitoreo transoperatorio (no válido para los ginecobstétricos): la disposición final del material usado y los desechos. Comprobar todo lo relacionado con la Cirugía Endoscópica o de Mínimo Acceso.

UNIDAD QUIRURGICA

Documentos a Revisar (Todos los Niveles)

- Normas institucionales que regulan la actividad quirúrgica del centro.
- Programa de Cirugía Ambulatoria.
- Manual de Organización y Procedimientos.

Indicadores que el Jefe de Servicio debe controlar y presentar a la Comisión (Todos los niveles)

- Índice ocupacional por servicios
- Estadía por servicios
- Estadía Preoperatoria total y por servicios
- Rendimiento quirúrgico por salón (total, por especialidades y por cirujanos)
- Lista de espera (% de disminución por trimestre)
- 10 primeras causas de intervenciones mayores electivas ambulatorias
- 10 primeras causas de intervenciones quirúrgicas mayores electivas a ingresados
- 10 primeras causas de intervenciones quirúrgicas mayores electivas de corta estadía
- 10 primeras causas de complicaciones post-quirúrgicas
- Evaluación de la Calidad de las intervenciones por el Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica.
- Índice de reintervenciones
- Accidentes quirúrgicos ocurridos.
- Mortalidad por servicios
- Infecciones postoperatorias.

Estándar 9 ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

NIVEL 1.

Cuenta al menos con un médico especialista y técnicos medios. El médico hace guardias de 24 horas localizable. Los técnicos garantizan el servicio con presencia física o mediante convenio con otra institución que garantice el servicio las 24 horas. Se aplican Normas Nacionales que regulan el trabajo de la especialidad. Cada quirófano cuenta con su Máquina de Anestesia El médico certifica con su firma la aptitud del enfermo para ser intervenido quirúrgicamente y para regresar desde la unidad quirúrgica a su sala de ingreso o su salida del hospital en caso de tratamiento ambulatorio. Se utiliza técnicas de Analgesia Acupuntural. Existe personal de enfermería suficiente para la atención del postoperatorio de los pacientes. Tienen elaborado, actualizado y aplican el Manual de Organización y Procedimientos .

Verificar listado de médico(s) y técnicos con sus respectivos títulos. Revisar el servicio ininterrumpido de 24 horas. Constatar la existencia de normas nacionales y su cumplimiento. Realizar muestreo para verificar la certificación de aptitud del paciente para operarse y para egreso de la unidad quirúrgica por parte del anestesiólogo. Comprobar la existencia de Equipamiento anestésico en cada quirófano en uso.

NIVEL 2.

Existe un equipo de trabajo en Anestesiología y Reanimación jerarquizado por un especialista que organiza el trabajo y controla el cumplimiento de las normas. La guardia es física con presencia de al menos 1 especialista y técnicos medios. Existe una sala de recuperación post-operatoria con posibilidades de ventilación y personal de enfermería destinado exclusivamente a esta actividad. Se lleva protocolo de anestesia a todo enfermo operado con anestesia general, regional o sedación. En el 50% de los quirófanos en uso existe posibilidad de monitoreo transoperatorio y Ventilación Mecánica. Al menos el 50% del personal de enfermería ha recibido entrenamiento en atención al paciente grave. Puede participar parcialmente en la docencia de postgrado. Brinda Anestesia Acupuntural.

Verificar la inserción del servicio de anestesiología en el organigrama hospitalario y sus normativas. Constatar esquema de guardias con presencia física 24 horas de al menos un especialista; verificar la organización de la sala de recuperación con presencia del personal de enfermería destinado exclusivamente a esta actividad y su capacitación, revisar una muestra de los protocolos de anestesia realizados a enfermos operados. Comprobar la existencia del equipamiento especializado y sus condiciones.

NIVEL 3.

La sala de recuperación post anestésica es jerarquizada 24 horas por un médico especialista. Se garantiza un médico anestesiólogo por procedimiento quirúrgico, el que dispone de una Máquina de Anestesia con Alarma, Cierre automático de flujo ante caída de la PO₂ y Oximetría con Capnografía, entre otros requisitos de la especialidad. El 100 % del personal de enfermería ha recibido entrenamiento en

atención al paciente grave. Se cumple lo normado para la consulta preoperatoria de anestesia. Existe una pirámide docente del personal médico especializado y se autoriza la docencia de postgrado en todos los años. Se realizan investigaciones en el servicio.

Verificar el organigrama de la sala de recuperación con un médico anesthesiologo responsable, jefe de enfermera y certificaciones de entrenamiento postbásico del personal de enfermería. Constatar la presencia física de un anesthesiologo las 24 horas en la sala de recuperación. Constatar pirámide docente del personal médico especializado. Verificar la existencia de un plan de investigaciones del servicio.

ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

Documentos a Revisar (Todos los Niveles)

- Manual de Organización y Procedimientos del Servicio
- Normas Nacionales de la Especialidad

Indicadores que debe controlar el Jefe de Servicio y presentar a la Comisión (Todos los Niveles)

- Fallecimientos en el período preoperatorio
- Traumas producidos por el procedimiento anestésico.
- Paros cardiacos relacionados con la atención anestésica.
- Índice de Resucitación Cardio Pulmonar (RCP) exitosas.

Estándar 10 ENFERMERIA

NIVEL 1.

La jefatura de Enfermería es ocupada por un Licenciado en Enfermería especializado, postbásico o Enfermero General con capacitación para el cargo. La plantilla se encuentra cubierta, como mínimo en el 80% y todo el personal es como mínimo graduado de nivel medio. La distribución del personal en los servicios se ajusta a las normas institucionales. Tienen elaborado, actualizado y aplican el Manual de Organización y Procedimientos. Se aplica el plan de preparación a personal de nuevo ingreso según normas establecidas. En Educación Permanente, tienen solucionados el 15% de los problemas identificados. Se cuenta con un registro de la ficha técnica individual del personal de enfermería. El cumplimiento de indicaciones médicas y las evoluciones de los pacientes por cada turno se registran en las Historias Clínicas según las normas establecidas. El 10% de los pacientes ingresados en salas abiertas y el 100% de los graves tienen aplicado el Proceso de Atención a Enfermería (PAE)

Verificar nombramiento, título y capacitación de la persona que ocupa la jefatura de enfermería. Revisar la plantilla y título del personal de enfermería y su completamiento. Comprobar la existencia y cumplimiento de normas institucionales para la distribución del personal por servicios y salas así como las rotaciones, constatando que las mismas en su mayoría promedian entre 8 y 12 horas. Verificar la existencia, actualización y aplicación del Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios en la jefatura y su incorporación a cada uno de los servicios y departamentos que cuenten con trabajo de enfermería. Revisar existencia y cumplimiento de los planes de adiestramiento en servicio y educación permanente. Revisar existencia de fichas técnicas individuales. Revisar una muestra de Historia Clínicas y comprobar que el 100% de las mismas tengan escritas las Observaciones de Enfermería y el cumplimiento de las indicaciones médicas por turno según lo establecido. Verificar la aplicación del PAE en salas abiertas y en la atención al paciente grave.

NIVEL 2.

La jefatura de Enfermería, subjefes, supervisores y jefes de sala son Licenciados o poseen cursos postbásicos. El 50% del personal debe tener capacitación específica para el cargo en área de Urgencia, Neonatología, Perinatología, Cuidados Intermedios e Intensivos, Nefrología, Unidad Quirúrgica y Esterilización. La plantilla se encuentra cubierta como mínimo en el 85. Existe plan perspectivo de capacitación para los próximos 3 años. En Educación Permanente tienen solucionado el 35% de los problemas identificados. El 20% de los pacientes ingresados en salas abiertas tienen aplicado el Proceso de Atención de Enfermería.

Verificar nombramientos, títulos y capacitación de las personas que ocupan la jefatura de enfermería, de los supervisores y de los jefes de sala. Precisar también capacitación específica para el cargo en las áreas de Urgencias, Neonatología, Perinatología, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Nefrología, Unidad Quirúrgica y Esterilización. Revisar la plantilla de enfermería y su completamiento. Verificar la existencia y cumplimiento del Plan perspectivo de capacitación para los próximos 3 años y el porcentaje de solución de los problemas identificados en

educación permanente. Comprobar la aplicación del PAE en salas abiertas y en la atención al paciente grave.

NIVEL 3.

La jefatura de Enfermería, subjefes, supervisores y jefes de salas deben ser Licenciados. El 70% del personal que labora en las unidades organizativas referidas en el nivel 2 deben tener capacitación específica para el cargo. La plantilla se encuentra cubierta como mínimo en un 90%. En educación permanente tienen solucionado el 70% de los problemas identificados. El 30% de los pacientes ingresados en salas abiertas tienen aplicado el Proceso de Atención de Enfermería.

Verificar nombramientos y títulos de las personas que ocupan la jefatura de enfermería, los subjefes, supervisores y jefes de salas. Precisar también la capacitación específica para el cargo (70%) en área de Urgencias, Neonatología, Perinatología, Cuidados Intermedios, Cuidados Intensivos, Nefrología, Unidad Quirúrgica y Esterilización. Revisar la plantilla de enfermería y su completamiento. Verificar el porcentaje de solución (70%) de los problemas identificados de la Educación Permanente. Comprobar la aplicación el PAE en salas abiertas y en la atención al paciente grave.

ENFERMERIA

Documentos a Revisar

- Carpeta Metodológica de Enfermería
- Normas institucionales para el trabajo y la distribución del personal.
- Planes de adiestramiento en Servicio y Educación Permanente.
- Plantilla de Enfermería
- Manual de Organización y Procedimientos en Salas, Servicios y Departamentos controlados.

Estándar 11 ESTERILIZACION

NIVEL 1.

El servicio puede ser propio o conveniado. En el caso de tener servicio propio se cuenta con un local con áreas diferenciadas y señalizadas donde se realiza la preparación y esterilización del material institucional según normas nacionales. Cuenta al menos con una autoclave y estufa u horno aptos para su utilización. Se realizan controles biológicos y químicos según normas nacionales. La responsabilidad del trabajo la tiene una enfermera general capacitada para el cargo. Tienen elaborado, actualizado y aplican el Manual de Organización y Procedimientos.

Revisar convenio con la unidad que le presta servicio. En caso de ser propio verificar la existencia del local y las áreas diferenciadas con su equipamiento certificado como apto. Comprobar la existencia y cumplimiento de las normas. Comprobar nombramiento, título y certificación de la responsable de la actividad en la oficina de personal. Verificar la realización y resultados de los controles realizados al material estéril. Una muestra de material estéril recogida en los diferentes servicios y en el área de esterilización dio como resultado que el 100% de la misma cumplía los requisitos de empaquetadura y fecha de uso según lo establecido nacionalmente. Verificar la existencia, actualización y aplicación del Manual de Organización y Procedimientos.

NIVEL 2.

La unidad organizativa cuenta con áreas para la "recepción y lavado", "preparación y acondicionamiento" y "esterilización y almacenamiento" perfectamente diferenciadas. La comunicación con el exterior se realiza a través de una ventanilla o mostrador de entrega, estando separadas la recepción de material sucio y la entrega de material estéril. Se efectúan los controles biológicos al material estéril. Existe personal capacitado y suficiente para garantizar acceso a material estéril durante las 24 horas y tiene la posibilidad de esterilizar material termo sensible con recursos propios o mediante convenio. La Jefa de la Unidad es licenciada o enfermera general capacitada para el cargo con 2 ó más años de experiencia en esta actividad. Existen normas escritas de Bioseguridad que son conocidas y cumplidas por el personal que trabaja en la Unidad.

Verificar organización y estructura del departamento, así como organigrama que demuestra su existencia. Comprobar en la oficina de personal relación de trabajadores del departamento y su capacitación para el cargo así como rotación que garantiza el servicio las 24 horas. Verificar que se hayan efectuado los controles biológicos al material estéril. Comprobar la existencia de capacidad o convenio para la esterilización de material termosensible. Verificar que el equipamiento del departamento esté acorde con el volumen de servicios y tipo de actividad del centro. Verificar la existencia de normas escritas sobre bioseguridad establecidas para el manejo del material y equipos y comprobar que estén disponibles para todo el personal y sean conocidas por éste.

NIVEL 3.

La Central de Esterilización cuenta con equipos propios para esterilizar el material estéril y termosensible y cumple los requisitos de diseño funcional para que se cumpla el flujograma de esterilización sin dificultad y cuenta con sistema de climatización para el área de material estéril y de ventilación mecánica en el área de esterilización. El lavado y desinfección del material se realizan con equipos automáticos. Se efectúan regularmente los controles biológicos al material estéril. Se cumple la calidad del Proceso de Esterilización según lo establecido nacionalmente en Carpeta Metodológica. La jefatura la ocupa un graduado en Licenciatura de Enfermería con capacitación para el cargo.

Comprobar cumplimiento de las normas de diseño así como la existencia y funcionamiento del sistema de climatización del área estéril y el de ventilación mecánica en el área de esterilización. Comprobar que existen equipos automáticos para limpieza y desinfección del material. Constatar que en la evaluación de los últimos 3 meses el promedio de controles biológicos realizados al material estéril dio como resultado la cifra de controles establecida cada mes con resultados negativos. Verificar el cumplimiento con calidad del proceso de esterilización según Carpeta. Comprobar el nombramiento título y capacitación de la persona que ocupa la jefatura.

ESTERILIZACION

Documentos a Revisar

- Convenio del servicio si ni se tiene propio.
- Manual de Organización y Procedimientos del Departamento (Todos los niveles)
- Registro de realización y resultados de los controles realizados al material estéril. (Todos los niveles)
- Convenio para la esterilización del material termo sensible. (Niveles I-II)

Estándar 12 CONSULTA EXTERNA

NIVEL 1.

Cuenta como mínimo con 3 locales de consulta y sala de espera, dispuestos de forma tal que garantizan la privacidad de la atención y una adecuada relación médico - paciente y tienen facilidades para el lavado de manos. Existe oferta de turnos en las especialidades que posee para la atención por los médicos del hospital y recibe oferta mensual de turnos de otras especialidades para la atención por médicos de otras instituciones que incluye fecha, hora y lugar de la consulta. Tienen elaborados y aplican el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Su funcionamiento se rige por la política institucional para las consultas y reconsultas.

Verificar la existencia y condiciones de los locales de consulta y la sala de espera. Comprobar la utilización de la programación de turnos, así como la existencia, características y utilización de la programación mensual. Verificar la existencia, actualización y aplicación del Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios así como la política regulatoria institucional.

NIVEL 2.

Los locales de consulta están equipados con los medios necesarios para garantizar prácticas especializadas y cuentan con personal de enfermería exclusivo para la actividad y con hora de comienzo programada y programación horaria. Oferta mensualmente turnos para consultas especializadas a unidades de menor capacidad resolutive según regionalización de un territorio y están disponibles en un plazo no mayor de 15 días.

Verificar las condiciones y equipamiento de los locales de consulta y comprobar la realización de prácticas especializadas. Solicite en Recursos Humanos el listado de personal que trabaja en Consulta Externa, verifique títulos, y revise funciones. Revisar las copias de las ofertas de turnos que la unidad envía a las otras instituciones y verificar que cumplan con los requisitos de fecha, hora y local de la consulta y que se envían a las unidades de destino desde antes que finalice el mes anterior. Comprobar la disponibilidad de turnos, para los próximos siete días en todas las especialidades. Preguntar a una muestra de usuarios en la sala de espera sobre el tiempo que llevan esperando para ser atendidos así como el tiempo de espera entre la solicitud de la consulta y su fecha de oferta.

NIVEL 3.

Están definidas las políticas institucionales para consulta y reconsulta por especialidades en las principales enfermedades crónicas no transmisibles. Oferta de turnos según las políticas institucionales y la regionalización vigente en todas las especialidades que posee para consultas por: especialistas, por enfermedades y/o por grupos multidisciplinarios. La organización facilita la realización de investigaciones complementarias durante la consulta o una vez concluida ésta. Existen, se aplican y actualizan los protocolos para manejo de las enfermedades más frecuentes en los egresos hospitalarios de las especialidades básicas. Cuenta con una consulta de Medicina Natural y Tradicional.

Verificar toda la programación de consulta de la institución y comprobar que reúna los requisitos señalados. Todas las especialidades cuentan con sus locales de consultas definidos así como con personal de enfermería propio. Comprobar por muestreo que se realizan investigaciones desde la primera consulta, antes o al finalizar ésta. Solicitar los protocolos de los servicios de: Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Cirugía General y confrontarlos con una muestra de Historias Clínicas. Verificar la existencia de una consulta de Medicina Natural y Tradicional.

CONSULTA EXTERNA

Documentos a Revisar (Todos los niveles)

- Programación de Consultas de cada una de las especialidades (en la institución y en las áreas de Salud).
- Política institucional para la regulación de las consultas y reconsultas.
- Manual de Organización y Procedimientos del Departamento.
- Sistema de programación horaria.

Indicadores que debe controlar el director del área y mostrárselo a la Comisión.

- Cumplimiento del plan anual de consultas.
- Índice de consultas suspendidas.
- Índice de consultas sustituidas
- Puntualidad al comienzo de la consulta
- % de disminución de casos vistos en consultas
- Relación No. de consultas institucionales / No. de consultas en APS.
- Verificar en una muestra de pacientes que se cumple la programación horaria en más de un 85% de los casos.

Estándar 13 POLIQUIMIOTERAPIA

NIVEL 1.

Existe una área organizativa dedicada a la aplicación de tratamiento quimioterápico a pacientes con enfermedades neoplásicas, tanto ambulatorias como ingresadas, según protocolos terapéuticos predefinidos. Se cumplen las normas de bioseguridad en la preparación y reconstitución de los citostáticos. Existe un mínimo de un sillón por cada 6 administraciones de quimioterapia y 1 cama por cada 20 administraciones. Cuenta con stock de medicamentos y otros insumos para enfrentar posibles emergencias. Dispone al menos de un médico especialista en Oncología y un personal de enfermería con adiestramiento en la actividad. Se cumplen los procedimientos de recolección de información, tanto asistencial como para la investigación. Los indicadores de calidad del reporte de casos al Registro Nacional de Cáncer (RNC) se corresponden con este nivel. Existe área de desechos citostáticos.

Comprobar existencia de la unidad organizativa y de los protocolos terapéuticos así como su cumplimiento. Verificar cumplimiento de las normas de bioseguridad en la preparación, reconstitución y administración de citostáticos. Constatar la existencia de condiciones para el cumplimiento de las actividades. Verificar en la oficina de personal nombramiento y título del personal de la unidad. Comprobar que existe disponibilidad de información actualizada, tanto para el control asistencial como para la investigación y que se cumple lo estipulado para la actualización del RNC. Comprobar existencia y utilización del área de desecho para citostáticos.

NIVEL 2.

La unidad organizativa es parte de una Sala o Servicio que cuenta con el personal necesario para el cumplimiento de los protocolos terapéuticos que indican sus médicos oncólogos. El área de preparación debe contar al menos con una Campana de Extracción de Gases. La unidad organizativa debe contar con una o varias consultas que reúnan las condiciones para facilitar el examen de los pacientes. Puede tener hasta un 10% de sus capacidades asistenciales dedicadas a los Ensayos Clínicos y con condiciones de semiaislamiento para al menos un paciente. Cuenta con el apoyo de una Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Existe apoyo diferenciado de Laboratorio Clínico para la evaluación de los casos y fácil acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio de Diálisis para tratar la Insuficiencia Renal Aguda. Existen Programas de Control de Calidad, de capacitación y superación docente y protocolos de investigaciones. La información para el Registro Nacional de Cáncer (RNC) se corresponde con este nivel.

Comprobar la existencia de Sala o Servicio de Oncología y relación y títulos del personal. Verificar la existencia de la campana en el área de preparación y la consulta con las condiciones requeridas. Constatar la realización de ensayos clínicos y el cumplimiento de lo regulado para éstos, así como la capacidad dedicada a ello. Comprobar existencia del área de semiaislamiento y el apoyo de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos o similar, así como del Laboratorio Clínico, la UCI y el Servicio de Hemodiálisis para agudos. Constatar la existencia y cumplimiento de Programas de Control de Calidad, de capacitación para el personal y protocolos de investigación (al menos 2 aprobados). Constatar información al RNC.

NIVEL 3.

El área de preparación cuenta con cabina de Seguridad Biológica Clase II. El área de administración tiene condiciones para la aplicación de tratamientos arteriales por infusión continua y también condiciones de semiaislamiento. Cuenta con condiciones de aislamiento con presión positiva de aire y filtro HEPA. Existen facilidades de O₂ y aspiración y equipos para RCP básica disponibles inmediatamente. Uno de sus médicos cuenta con capacitación en Cuidados Paliativos. El Laboratorio garantiza los exámenes en el mismo día. Cuenta con procesamiento computarizado de la información asistencial e investigativa y los indicadores del reporte de casos al RNC se corresponden con este nivel.

Verificar existencia de Cabina de Seguridad Clase II y de condiciones para tratamiento arterial por infusión continua. Comprobar condiciones de aislamiento, facilidades de O₂ y aspiración y equipamiento para RCP básica. Comprobar capacitación en Cuidados Paliativos, garantía de 24 horas en Laboratorio y Procesamiento Computarizado de la Información. Constatar información al RNC.

POLIQUIMIOTERAPIA

Documentos a Revisar

- Convenio con otra institución que le brinda el servicio.
- Esquemas terapéuticos según patología oncológica.
- Manual de Organización y Procedimientos

Indicadores a Evaluar

- Promedio de administraciones de Quimioterapia
- Promedio de reportes a RNC por mes

Estándar 14 MEDICINA NUCLEAR

ONCOLOGICO E INSTITUTOS CON IMAGENOLOGIA MEDICO-NUCLEAR Y RADIOTERAPIA METABOLICA

NIVEL 1

Existe una unidad organizativa dedicada al diagnóstico por técnicas médico-nucleares que deberá cumplir el basamento legal-reglamentario de la radioseguridad contando con la pertinente autorización por parte del Organismo Regulador Nuclear del ministerio CITMA. Se dispone de columnas cromatográficas para control de calidad radiofarmacéutica, activímetro y radiómetro de doble propósito (tasa de dosis y contaminación superficial) realizándose los procedimientos gammagráficos según el manual de procedimientos del servicio de Telemedicina. La totalidad del personal debe tener autorización para el ejercicio de sus funciones específicas. La acreditación del médico se basará en el grado de especialización, el especialista en Radiofísica deberá contar con un pregrado de especialidades afines (Licenciatura en Física o Física Nuclear, Ingeniería Nuclear, etc.). Para el especialista en Radiofarmacia se requerirá un pregrado de especialidades en afinidad (Licenciatura en Radioquímica, Química, Bioquímica o Farmacia). Se acreditará al especialista en Electromedicina a través de un pregrado afín (Ingeniería Eléctrica o Electrónica, etc.). El técnico medio quedará acreditado mediante el título básico de Radiofísica Médica. Cuenta con laboratorios básicos de cuarto caliente, Radiofarmacia, captación tiroidea (opcional) y diagnóstico imagenológico. Dispone de dos médicos con entrenamiento en Medicina Nuclear, un especialista en Radiofísica Médica, un especialista en Radiofarmacia y 3 técnicos medios en Radiofísica Médica. Resultan ejecutados procedimientos básicos de diagnóstico médico-nuclear como función tiroidea, estudios endocrinológicos, técnicas planales de función cardiaca así como imagenología del tracto gastrointestinal, neumológica, esquelética y nefro-uroológica. Se acomete tratamiento de tiroideopatías benignas y metástasis óseas con 32P.

Comprobar el cumplimiento del basamento legal-reglamentario para regulación de la radioseguridad y el programa institucional de aseguramiento de la calidad médico-nuclear. Determinar la existencia de condiciones en la unidad organizativa para el cumplimiento de la actividad global. Verificar que el oncólogo, cardiólogo, nefrólogo, neurólogo u ortopédico haya realizado entrenamiento sobre Medicina Nuclear durante un año como mínimo; que el profesional radiofísico tenga la formación idónea con estancia en determinada área de Medicina Nuclear bajo supervisión de un especialista con mayor experiencia, exigiéndose como complementación formal el diplomado en Radiofísica Médica del ISCN o una capacitación; el especialista en Radiofarmacia disponga de formación idónea con estancia en cierta área de Medicina Nuclear bajo supervisión de un especialista más experimentado, exigiéndose formalmente también el diplomado en Radiofísica Médica del ISCN o una capacitación equivalente; los técnicos medios ostenten el título básico de Radiofísica Médica. Constatar en la oficina de recursos humanos el nombramiento y la titulación del personal así como el cumplimiento de los indicadores de plantilla para Medicina Nuclear.

NIVEL 2

La unidad organizativa contará además con sala de ingreso para procedimientos terapéuticos de pacientes y laboratorio de diagnóstico imagenológico que dispondrá de cámara gamma. En tal sentido brindará técnicas de SPECT y tratamiento del carcinoma tiroideo con I131. Los recursos humanos se incrementan en técnicos medios en Radiofísica Médica (4 como mínimo).

Comprobar la existencia de cámara gamma y sala de ingreso para tratamiento con I131 y la realización de las técnicas de SPECT. Comprobar que existe disponibilidad de información actualizada para control asistencial, investigativo y docente.

NIVEL 3

La unidad organizativa cuenta con 4 médicos especialistas con entrenamiento en Medicina Nuclear, dos especialistas en Radiofarmacia, 2 Físicos Médicos y 6 técnicos medios en Radiofísica Médica. Puede realizar tratamientos con I131-MIBG a tumores neuroendocrinos y biomoléculas de 3ra. generación.

Comprobar la aplicación terapéutica con I131-MIBG y biomoléculas de 3ra. generación.

MEDICINA NUCLEAR

Documentos para revisión

- Convenio con otra institución que le brinda servicios.
- Licencia de puesta en servicio
- Licencia de operación
- Manual institucional de radio seguridad
- Programa institucional de garantía de la calidad médico-nuclear
- Programa de Actividades Docentes.
- Programa de Investigaciones
- Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios

Indicadores de evaluación

- Procedimientos de diagnóstico "in vivo" por año
- Procedimientos terapéuticos x año
- Controles de calidad radio farmacéutica por año
- Determinaciones individuales de marcadores tumorales mediante RIA x año
- Determinaciones individuales de hormonas mediante RIA x año
- Ocurrencia de sucesos radiológicos

Estándar 15 RADIOTERAPIA

HOSPITALES ONCOLOGICOS, CLINICO-QUIRURGICOS Y GENERALES CON RADIOTERAPIA

NIVEL 1.

Existe una unidad organizativa dedicada al tratamiento por radiaciones ionizantes a pacientes, tanto ambulatorios como ingresados, portadores de enfermedades neoplásicas acorde a protocolos terapéuticos predefinidos. El área de Radioterapia deberá cumplir el basamento legal-reglamentario de la radio seguridad contando con la pertinente autorización de cada módulo radioterapéutico por parte del Organismo Regulador Nuclear del Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente (CITMA). El equipamiento completo incluyendo los sistemas computarizados de planificación estará registrado por el Centro de Control Estatal de Equipos Médicos (CCEEM) resaltándose la calibración inicial y la puesta en servicio. Se aplica un programa para garantía de la calidad de aspectos radiofísicos y clínicos así como una formulación programática del mantenimiento preventivo. Se cumplen los procedimientos para recolección de información asistencial, docente e investigativa. La totalidad del personal está debidamente autorizada para el ejercicio de sus funciones específicas según los requisitos descritos en Medicina Nuclear. Cuenta con un equipo de cobaltoterapia empleando bloqueadores estandarizados; acceso a equipo de roentgenodiagnóstico clínico para localización; planificación computarizada bidimensional; módulo básico de dosimetría clínica. Dispone de dos oncólogos radioterapeutas, un profesional radio físico, cuatro técnicos radiofísicos y acceso a profesional de Electromedicina. Hay una o varias consultas que reúnen las condiciones para facilitar el examen de pacientes.

Comprobar el cumplimiento del basamento legal-reglamentario para regulación de la radio seguridad y el programa institucional de aseguramiento de la calidad radioterapéutica. Verificar que el oncólogo haya realizado entrenamiento en un área de Radioterapia durante un año como mínimo; el profesional radio físico tenga la formación idónea con entrenamiento en determinada área de Radioterapia bajo supervisión de un especialista con mayor experiencia, exigiéndose como complementación formal el diplomado en Radiofísica Médica del ISCN o una capacitación equivalente; los técnicos medios ostenten el título básico de Radiofísica Médica. Determinar la existencia de protocolos para tratamiento y control de calidad y registro propio de ambos perfiles. Verificar en la oficina de Recursos Humanos el nombramiento y la titulación del personal así como el cumplimiento de los indicadores de plantilla para Radioterapia. Constatar que existe disponibilidad de información actualizada tanto para control asistencial como para investigación.

NIVEL 2.

La unidad organizativa es parte de un Servicio de Oncología, que cuenta con personal necesario para el cumplimiento de los protocolos terapéuticos que indican los médicos oncólogos radioterapeutas. Dispone de dos equipos de cobaltoterapia isocéntricos o equipo de cobaltoterapia isocéntrico más acelerador lineal simple (solo fotones de 6 MV o mayor energía). Hay posibilidad de

confeccionar bloqueadores personalizados y realizar imágenes portales. Existe planificación computarizada bidimensional con dos o más cortes anatómicos y posible empleo de imágenes tomográficas; equipamiento simulador dedicado a Radioterapia; equipo de radioterapia superficial; sala de hospitalización para pacientes tributarios de Teleterapia. Se cuenta con Braquiterapia de variante intracavitaria (ginecológica) que incluye sala de hospitalización con sistemas radio protecciónistas para baja tasa o búnker adecuado para equipo de alta tasa; módulo ampliado de dosimetría clínica. Dispone de tres o cuatro oncólogos radioterapeutas; dos especialistas en Radiofísica Médica; diez técnicos radiofísicos uno de cuales tendrá calificación de dosimetrista; un técnico o profesional en Electromedicina; personal de enfermería para braquiterapia entre los que uno debe ser licenciado.

Verificar que más de un 50% de los pacientes sean planificados y simulados con el sistema computarizado de planificación; se realizan placas para localización en la planificación tele terapéutica mediante simulador; se ejecutan placas de localización en el 100% de la actividad braquiterapéutica; se acomete al menos una placa de verificación portal en equipos de Teleterapia a más del 30% de los pacientes; se comprueban de manera independiente los cálculos de planificación. Constatar que el personal de Enfermería haya recibido cursos sobre manejo de fuentes radiactivas y seguridad radiológica respectivamente así como un entrenamiento en un área de Braquiterapia bajo supervisión de personal con mayor experiencia. Comprobar la participación en protocolos clínicos formando parte de grupos multidisciplinarios como en grupos colaborativos de tratamiento del cáncer.

NIVEL 3

Dispone además de un acelerador lineal dual (Dos calidades de fotones y varios electrones); cuarto de molde para construir bloqueadores, inmovilizadores y compensadores en modalidad personal; taller de maquinado para construir accesorios y modificaciones en condición especial del haz; acceso a servicio de TAC para adquirir datos de planificación. También hay planificación computarizada tridimensional basada en imágenes tomográficas (TAC); actividad braquiterapéutica para diferentes localizaciones (intracavitaria, intersticial e intraluminal) a baja, media o alta tasas de dosis; módulo completo de dosimetría clínica. Cuenta con un número de oncólogos radioterapeutas de acuerdo con las recomendaciones internacionales relacionadas con equipamiento disponible, número de pacientes y complejidades terapéuticas de los cuales el 50% serán especialistas de segundo grado y al menos uno (preferiblemente el Jefe del Servicio) con categoría investigativa o docente y doctorado en Ciencias. Un número de radiofísicos médicos acorde a las recomendaciones internacionales relacionadas con número de pacientes, complejidades terapéuticas y equipamiento disponible de cuales al menos uno tendría categoría de investigador titular o doctorado. Una cantidad de técnicos radiofísicos acorde a las recomendaciones internacionales relacionadas con número de pacientes, número de equipos y complejidades terapéuticas. Una disponibilidad de técnicos radiofísicos con nivel postbásico de dosimetristas según las recomendaciones internacionales relacionadas con número de pacientes bajo planificación, número de los sistemas de planificación y complejidades terapéuticas. Un número de

técnicos y profesionales de Electromedicina acorde a las mismas recomendaciones sobre pacientes, equipos y complejidad terapéutica. Personal de Enfermería para actividades braquiterapéuticas de que el 50 % serán licenciados.

Verificar que más del 75% de pacientes son planificados y simulados mediante sistema computarizado; más del 30% de pacientes son planificados por imágenes de TAC; más del 50% de pacientes con lesiones de cabeza y cuello son tratados con inmovilizadores y moldes en modalidad personal. Se realizan placas para localización en la planificación tele terapéutica mediante simulador. Resultan ejecutadas placas de localización en 100% de la actividad braquiterapéutica; Es acometida una placa de verificación portal en módulos de Teleterapia a más del 50% de los pacientes.

RADIOTERAPIA

Documentos para revisión

- Convenio con otra institución que le brinda el servicio.
- Protocolos Terapéuticos.
- Licencia de puesta en servicio
- Licencia de operación
- Manual institucional de radio seguridad
- Programa institucional de garantía de la calidad radioterapéutica
- Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

Indicadores de evaluación

- Nuevos casos tributarios de Teleterapia por año
- Tratamientos tele terapéuticos iniciados por año
- Nuevos casos tributarios de Braquiterapia por año
- Aplicaciones braquiterapéuticas iniciadas por año
- Aplicaciones braquiterapéuticas de carga diferida manual por año
- Pacientes planificados y simulados con sistema computarizado de planificación
- Pacientes planificados por imágenes de TAC
- Pacientes con placa para localización en la planificación tele terapéutica mediante simulador
- Pacientes con una placa de verificación portal en módulos tele terapéuticos
- Pacientes con lesiones de cabeza y cuello que son tratados con inmovilizadores y moldes en modalidad personal
- Pacientes con placa de localización en la actividad braquiterapéutica
- Ocurrencia de sucesos radiológicos

Estándar 16 LABORATORIO CLINICO

NIVEL 1.

Cuenta con una estructura organizativa y reglamento adecuados y escritos en el Manual de organización y Procedimientos y un Jefe Técnico que jerarquiza todo lo relacionado con esta actividad y un número de técnicos medios suficiente para garantizar la prestación del servicio durante las 24 horas. Existe un responsable del aseguramiento de la Calidad. Participa en un Programa de Evaluación de Calidad Externo. Existe un manual de Bioseguridad en el servicio, referidos a la toma, manipulación y procesamiento de las muestras. Realiza todas las investigaciones referidas a continuación.

Verificar que la instalación cuente con área de espera, registro de muestras y pacientes, área de procesamiento, fregado y preparación de materiales, iluminación, drenaje y ventilación adecuados. Verificar que el jefe de servicio sea el personal de más alta calificación (médico especialista, licenciado, técnico postbásico, técnico en laboratorio clínico) el cual será nombrado en la oficina de personal, con constancia de su título. Verificar organización y documentación de las fases preanalíticas, analíticas y postanalíticas, para cada procedimiento, departamento y para el servicio. Constatar documentos que demuestran la práctica diaria del aseguramiento de la calidad (control interno de la calidad, registros, cartas controles) y de la participación en un programa de evaluación externa de la calidad). Verificar los equipos, instrumentos y medios de medición necesarios para el correcto desempeño del trabajo. Verificar el mantenimiento y limpieza de los equipos. Constatar que existe un adecuado almacenamiento de los reactivos: temperatura, máximos y mínimos. Comprobar el correcto almacenamiento de las muestras (contenedores apropiados, temperatura). Comprobar la existencia de convenio para la realización de exámenes que demanden mayor capacidad resolutive que la que posee el centro. El laboratorio tiene que procesar sin delegar las siguientes investigaciones:

1. Hemograma que incluya: Hemoglobina, hematocrito; Cuenta total de leucocitos, Cuenta diferencial de leucocitos.
2. Eritrosedimentación(VSE)
3. Coagulación, tiempo
4. Sangramiento, tiempo.
5. Protrombina, tiempo
6. Tromboplastina parcial, tiempo
7. Coágulo, retracción
8. Trombocitos, conteo
9. Prueba de falciformación
10. Eosinófilos, conteo
11. Reticulocitos, conteo
12. Glucosa en suero
13. PTG (2 horas)
14. Creatinina
15. ALAT(TGP)
16. ASAT (TGO)
17. Colesterol
18. Triglicéridos
19. Hierro en suero
20. Capacidad total de saturación de la transferrina.
21. Cituria
22. Glucosa en orina cualitativa
23. Proteínas en orina cualitativa

24. Sustancias cetónicas en orina

Revisar el registro de investigaciones de los últimos meses. En una muestra de HC equivalente al 10% de la dotación de camas del centro se constata que los resultados de las investigaciones están en la sala a las 24 horas de realizados, lo cuál también se corrobora en una muestra de pacientes ambulatorios que se atienden en consulta externa, en este caso 72 horas. Las investigaciones de urgencia son realizadas, informadas y entregadas al médico que las indicó antes de 1 hora.

NIVEL 2.

El Laboratorio está organizado por áreas o departamentos (recepción, toma de muestra, preanalítica, analíticas, postanalíticas, limpieza) las áreas analíticas se organizan según tipos de pruebas o tecnologías instaladas (química clínica, hematología, orina, hemostasia, urgencias, UCI, UCIM, etc. La jefatura es ocupada por un profesional.

Constatar la organización interna del Laboratorio. Verificar el título, nombramiento y requisitos para el cargo del Jefe del Laboratorio. El Laboratorio puede procesar, sin delegar, las investigaciones del nivel anterior además de dos o tres pruebas adicionales para el diagnóstico de:

- A. Hígado y páncreas. Fosfatasa Alcalina, δ GT, Amilasa, Amilasa Pancreática, Lipasa
- B. Dislipidemias. HDL-Colesterol, LDL, VLDL
- C. Cardiopatía Isquémica. CK total, CK-MB, Troponinas
- D. Nefropatías Agudas y Crónicas. Microalbúmina, Dais, Filtrado glomerular
- E. Anemias. Vitamina B12-Folatos, Ferritina, Electroforesis de proteínas
- F. Hemopatías Malignas. Medulograma, histoquímica, Pruebas para HPN
- G. Trastornos de la Hemostasia y Pacientes Anticoagulados. Dosificación de factores, Dimaro D, PDF, Antitrombina, TP en INR, anticoagulante lúpico
- H. Estudios de proteínas. Electroforesis
- I. Atención al grave. Gases sanguíneos, Iones
- J. Diabetes Mellitus. Hemoglobina glicosilada, Insulina
- K. Inmunidad humoral, Igs, C3 y C4, ICC
- L. Enfermedades Autoinmunes. ANA, Anti ADN
- M. Enfermedades Endocrinas. Tiroides, Fertilización, etc.

NIVEL 3.

Cuenta con profesionales universitarios al frente de las diferentes áreas y con equipamiento automatizado para química clínica y hematología. Existe una gestión informatizada de los datos.

Verificar título y nombramiento de los J' de secciones. Realizarán todo lo señalado en los niveles anteriores y otras pruebas para el diagnóstico de las enfermedades relacionadas en los incisos de la A a la K. Realizan además determinación de Marcadores Tumorales: PSA, PSA libre, CEA, AFP, HCG, otros. Las subcontrataciones se limitaran solamente a estas pruebas antes mencionadas. Si algunas de las pruebas se realizan por Radioinmunoanálisis, se comprobará la autorización de la autoridad competente para el uso de material radioactivo.

LABORATORIO CLINICO

Documentos a Revisar

- Normas departamentales
- Programa de rotaciones de los técnicos
- Documentos que demuestren la práctica diaria del Aseguramiento de la Calidad (Registros, cartas, control).
- Documentos de participación en un programa de Evaluación Externa de la Calidad.
- Convenios para la realización de aquellos exámenes que se realizan en otro laboratorio.
- Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios del Departamento.
- Registro de investigaciones realizadas por paciente.
- Recepción de órdenes de análisis llenadas correctamente y con la firma y cuño del Registro Profesional del médico solicitante, así como los datos de los pacientes legibles.
- Informe de resultados legibles para él o los componentes analizados y para las unidades de medida. No utilizar firma del técnico sino nombre.
- Programa de Capacitación Científico-técnico, entrenamientos y evaluación de todo el personal técnico y profesional.
- Reglamento de Bioseguridad.

Nota: Los Institutos de Investigaciones realizarán aquellos estudios relacionados con la especialidad y establecerán subcontrataciones para el resto de las pruebas que necesiten los pacientes. Los laboratorios mencionados pueden realizar otros estudios de valor asistencial o investigativo, cumpliendo con los requisitos básicos para brindar resultados de calidad. Los laboratorios de unidades del tercer nivel deben ser evaluados en los niveles 2 y 3, no pueden ser acreditados en el nivel 1.

Estándar 17 MICROBIOLOGIA

NIVEL 1.

Cuenta con un técnico de Microbiología o con un técnico integral que garantiza la prestación del servicio durante 8 horas como mínimo. Existen normas que son conocidas por el personal y que regulan tanto el trabajo en el laboratorio así como los elementos de bioseguridad referidos a la toma, manipulación, conservación, procesamiento y transportación de las muestras. Existen marchas técnicas de todos los diagnósticos microbiológicos que se realizan en el laboratorio. Se confeccionan informes estadísticos por número de muestras y determinaciones de análisis realizados. Tienen elaborado, actualizado y aplican el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Se realizan las investigaciones normadas para este nivel y tiene convenida la realización de las que demanden mayor capacidad resolutive, controlando la recepción y entrega de los resultados. Pueden realizar:

1. Heces fecales.
2. Gram en heces fecales.
3. Esputo BAAR (directo)
4. Exudado vaginal (en fresco)
5. Exudado uretral (Gram.).
6. Exudado endocervical. (Gram.)
7. Orina en campo oscuro.
8. L.C.R. (Gram)
9. Gota gruesa. (Paludismo)

Comprobar la existencia y título del técnico así como la existencia y aplicación de las normas de trabajo e interrogar al personal acerca de su conocimiento. Revisar las marchas técnicas. Verificar existencia de los recursos que garantizan la realización de los exámenes señalados y comprobar en el registro del laboratorio su realización así como el control de los realizados según convenio. Comprobar que la institución no haya recibido quejas por pérdidas o extravió de resultados.

NIVEL 2.

Cuenta con un médico especialista en microbiología o similar que jerarquiza el trabajo del laboratorio y técnicos suficientes para garantizar el servicio durante 12 horas como mínimo (excepto en ginecobstétricos que trabajan 8 horas). Existe interrelación directa de los microbiólogos con salas y servicios. Se realizan investigaciones coordinadas por la Vicedirección de Docencia e Investigaciones de la Institución. Realizan todas las investigaciones normadas para este nivel por técnicas convencionales que son:

1. Esputo bacteriológico.
2. Exudado con y sin cultivo de secreciones, líquidos y sangre.
3. Pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos.
4. Control de calidad de la desinfección, antisepsia y esterilización hospitalaria.
5. Pruebas serológicas (VDRL, HA. Leptospira, TASO, P. Bunnell, otras)

6. Identificación de géneros en estudios micológicos.

Verificar la existencia y título del médico y del personal técnico. Verificar rotaciones que garanticen el servicio al menos por 12 horas. Constatar la realización de las investigaciones y la existencia de equipamientos, kits reactivos y medios de cultivo que garanticen el servicio. Comprobar mapeo microbiológico del centro según Servicios, microorganismos y sitios de localización de la infección y la existencia de mecanismos que aseguren la calidad de los resultados. Verificar la existencia de interrelación directa de los microbiólogos con las salas y servicios. Comprobar la realización de investigaciones coordinadas por la Vicedirección de Docencia e Investigaciones de la Institución.

NIVEL 3.

El laboratorio cuenta con estructura y flujo adecuado desde el punto de vista epidemiológico según dinámica de trabajo. Existen y utilizan soluciones antimicrobianas (desinfectantes y antisépticas) en el trabajo sistemático. El personal participa activamente en el establecimiento de la Política de Desinfección y Política de Antibióticos en la Institución. Desarrollan y aplican un programa de Control de Calidad en el Laboratorio. El Laboratorio realiza investigaciones parasitológicas, bacteriológicas, micológicas, serológicas y virológicas por técnicas convencionales y de diagnóstico rápido. Existe personal suficiente y recursos para garantizar el servicio las 24 horas. Se realiza:

1. Cultivo BAAR en esputo y otros fluidos.
2. Cultivo de microorganismos anaerobios y su identificación.
3. Aislamiento e identificación de especies micológicas.
4. Antígeno de superficie de Hepatitis B.
5. IFI. para diagnóstico de toxoplasma y otros.
6. Test de Kelsey y Maurer para soluciones.
7. Estudios de otros marcadores biológicos.
8. Espudos micológicos

Verificar la relación y títulos de los médicos y técnicos del Laboratorio y nombramiento del jefe o responsable. Constatar la existencia de los recursos y equipos que garantizan la prestación del servicio durante las 24 horas. Constatar la existencia de microscopio de fluorescencia, equipo SUMA, e incubadora o Jara para anaerobios. Constatar técnicas de las investigaciones que se realizan. Verificar los convenios para realización de estudios virológicos. Comprobar en el registro de investigaciones del laboratorio la realización de cada una de ellas. Verificar la existencia y utilización de la tecnología que posibilita la realización de investigaciones bacteriológicas con antibiograma en menos de 12 horas para los casos sépticos severos y a demanda de los médicos asistenciales y según la política de la institución.

MICROBIOLOGIA

Documentos a Revisar

- Normas para el trabajo del Laboratorio (deben incluir medidas de bioseguridad)
- Marcas técnicas
- Informes estadísticos
- Programa de Rotaciones de los técnicos.
- Convenio para la realización de estudios virológicos.
- Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios del Dpto.

Indicadores que debe controlar el Jefe de Servicios y presentar los resultados a la Comisión.

- Promedio de exámenes por ingreso
- % de exámenes no útiles
- Índice de positividad por servicios
- Demora en la entrega de resultados
- Análisis no recogidos (por servicios)

Estándar 18 IMAGENOLOGIA

NIVEL 1

Cuenta con 2 ó más técnicos de Radiología y al menos un equipo de Rayos X de 300 MA. Tienen en vigencia normas nacionales e internacionales que regulan el funcionamiento del servicio y la utilización de la tecnología. Se dispone y se aplica el basamento legal-reglamentario para regulación de la radioseguridad, contándose con un programa institucional de aseguramiento de la calidad radiofísica. Realizan un grupo de exámenes básicos. Existe un responsable que jerarquiza el trabajo y organiza las rotaciones y guardias del personal. El servicio para las urgencias se garantiza mediante guardias técnicas físicas o localizables a menos de 30 minutos. Existe control de la calidad del trabajo y de la eficacia de su utilización llevándose el índice de positividad de los estudios. Tienen elaborado, actualizado y aplicándose el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

Verificar en la oficina de Personal la relación de técnicos y sus respectivos títulos. Constatar la existencia de normas institucionales sobre el servicio y la tecnología radiológica. Comprobar el cumplimiento del basamento legal-reglamentario para regulación de la radioseguridad y el programa institucional de aseguramiento de la calidad, el cual contemplará obligatoriamente tanto la verificación de condiciones operacionales como la medición de parámetros físicos. Revisar el programa de rotaciones y guardias que garantizan la prestación del servicio durante las 24 horas. Comprobar que la guardia localizable esté disponible a menos de 30 minutos. Constatar que existe control de la calidad del trabajo y que se registran los exámenes no útiles y la positividad por servicios y por médicos. Comprobar que se garantiza la realización de los estudios relacionados a continuación:

Radiografías simples de tórax, abdomen y huesos.

Telecardiogramas

Radiografías contrastadas del tractus digestivos (excepto en GinecoObstétricos)

Histerosalpingografía (En GinecoObstétricos)

NIVEL 2

Existe un Departamento o Sección de Imagenología. El número de equipos de Rayos X es de 3 ó más e incluye la existencia de uno portátil, y un equipo de ultrasonido diagnóstico. El jefe es un médico especialista en Radiología y existe guardia técnica física y guardia médica física o localizable según el número de ellos, además de disponibilidad de todos los medios diagnósticos las 24 horas. Se realizan reuniones clínico-radiológicas al menos mensualmente. Pueden participar en la docencia de técnicos medios y pregrado. Se evalúan los indicadores de la actividad..

Constatar existencia de equipos y que existan locales para estudios radiológicos, área para preparación y vestuario de los pacientes, local de revelado y local para lectura e informes de los estudios así como archivo. Verificar nombramiento del Jefe de Departamento, listado y títulos del personal médico y técnico especializado, así como programación de guardias. En una muestra de HC equivalente al 10% de la dotación de camas del hospital se constató 100% de exámenes interpretados y

firmados por médicos radiólogos y los informes adjuntados en la HC a menos de 48 horas de efectuada la lectura. Verificar la programación y realización de Reuniones clínico-radiológicas científicas y registro de su participante. Verificar la existencia actualización y aplicación del Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

NIVEL 3

El Departamento o Sección cuenta con posibilidades de realizar estudios de Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética Nuclear y Angiografía por sustracción digital por medios propios o conveniados, y tiene disponibilidad de 24 horas para todos los equipos de imágenes que posee, incluyendo los conveniados. El Jefe tiene categoría docente y participa en la docencia de postgrado de manera parcial o total.

Verificar que el equipo portátil permita la realización de colangiografías intraoperatorias y que el servicio tenga personal y equipamiento (carro de cura, medicamentos, material gastable y enfermera de apoyo) para realizar estudios invasivos bajo control radioscópico o ecográfico y normas para su realización. Verificar la participación en planes docentes.

IMAGENOLOGIA

Documentos para revisión

- Normas Nacionales e Institucionales
- Listado de guardia del Departamento.
- Registro de exámenes no útiles
- Informes de exámenes realizados.
- Actas de reuniones clínico-radiológicas
- Documentos inherentes a la autorización de la práctica radiológica
- Manual institucional de radioseguridad
- Programa institucional para aseguramiento de la calidad radiofísica
- Programa regulatorio de la radioseguridad
- Control de calidad del trabajo

Indicadores de evaluación

- Promedio de exámenes por ingresos (servicios de urgencias)
- Promedio de exámenes por hospitalizados.
- % de exámenes no útiles
- Índice de positividad por servicios
- Demora en la entrega de resultados
- Tiempo de espera entre la entrega del turno y la realización del examen

Estándar 19 ANATOMIA PATOLOGICA

NIVEL 1.

El Servicio está conveniado con una institución de mayor capacidad resolutive según las normas y procedimientos de esta especialidad y la regionalización de los servicios vigente si tiene actividad quirúrgica.

Verificar la existencia del convenio y las normas institucionales que lo regulan. Interrogar al personal médico acerca del conocimiento que tienen de las normas. El convenio debe incluir la realización de necropsias a las muertes fetales y a los recién nacidos que fallecen en el postparto inmediato y en dependencia de los servicios que brinda el hospital podrá incluir también la evaluación especializada y diagnóstico de biopsias, piezas quirúrgicas y exámenes citológicos, así como cualquier otro procedimiento que se necesite.

NIVEL 2.

Existe un Departamento o Sección de Anatomía Patológica con normas nacionales e institucionales que se aplican, regulan la actividad y son conocidas por el personal técnico y profesional de departamento. Cuenta con Laboratorio equipado con los recursos necesarios para la realización de biopsias por congelación y parafina, citología, piezas quirúrgicas y necropsias, en las que alcanzan un índice de más de un 50% con índice de correlación clínico – patológica superior al 75%. Realizan reuniones clínico-patológicas con una frecuencia no menor de una vez al mes, así como reunión de piezas frescas una vez por semana. Se garantiza la guardia física o localizable, según lo descrito en Continuidad de la Atención Médica. Tienen elaborado, actualizado y aplican el Manual de Organización y Procedimientos.

Constatar la existencia de la unidad organizativa en el organigrama del centro. Verificar el nombramiento y título del Jefe de Departamento o Sección, así como títulos y certificaciones del resto del personal profesional y técnico especializado. Cuenta con un laboratorio equipado con los recursos mínimos necesarios para la realización de biopsias por congelación y parafina, citologías, piezas quirúrgicas y necropsias. Revisar listado de guardias técnicas y médicas según sean físicas o localizables. Comprobar la realización de reuniones clínico-patológicas con una frecuencia no menor de una vez al mes, así como la discusión de piezas frescas al menos una vez por semana, y registro de los participantes.

NIVEL 3.

Cuenta con los recursos necesarios para la realización de estudios de inmunohistoquímica, así como procesamiento de muestras para microscopía electrónica. El índice de necropsia es superior al 70% y el de correlación clínico-patológica es superior al 85%. Aplica la computación en la actividad utilizando el Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica (SARCAP)

Verificar la existencia de microscopio de fluorescencia, balanza analítica, sierra eléctrica, estufas de diferentes grados, freezer y una morgue equipada para la conservación de cadáveres y realización de necropsias. Verificar que el personal esté capacitado para la realización de estudios inmunohistoquímicos.

ANATOMIA PATOLOGICA

Documentos a Revisar

- Convenio con institución de mayor capacidad resolutive (I)
- Listado de guardias del departamento
- Actas de reuniones Clínico-Patológicas
- Manual de Organización y Procedimientos del Departamento.
- Registro de quejas por demora o resultado de estudios.

Indicadores que deben ser controlados en la institución y presentados a la Comisión.

- Tiempo promedio para diagnóstico de biopsias y citologías
- Tiempo promedio para diagnóstico de necropsias.
- Índice de necropsias de la institución y por servicios.
- Índice de correlación diagnóstica clínico-patológica de la institución y por servicios.

Estándar 20 BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA

NIVEL 1.

Cuenta con expansores plasmáticos y el Banco de Sangre territorial puede suministrarle a demanda sangre y componentes, cumpliendo los requisitos exigidos por las normas nacionales para las transfusiones y con un tiempo de demora que no sobrepase las 2 horas. Cuenta con Jefe técnico en inmunohematología o estudio afín. Existe un local propio para la conservación de sangre y componentes suministrado por el Banco de Sangre territorial y que se utiliza en casos electivos y urgentes. Si se realizan transfusiones en el Hospital, debe haber local y equipamiento propio. El Comité Fármaco terapéutico supervisa la actividad y evalúa sus resultados existiendo registro de eventos adversos. Existe y se aplica el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

Verificar la existencia de expansores plasmáticos en el Servicio de Urgencia y en Farmacia. Comprobar el mecanismo a utilizar para la solicitud de sangre y hemoderivados y que la distancia entre el Banco de Sangre y la institución posibilite su entrega en un tiempo máximo de 2 horas. El Laboratorio Clínico del hospital debe 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 y se llevan registros de:

Recepción de sangre y componentes

Transfusiones

Ordenes de transfusiones

Bajas

Destrucción de las bajas

Reacciones Adversas

En la H C del paciente deben reflejarse las Reacciones Adversas que igualmente deben reportarse a la Farmacia .

Comprobar la participación del jefe de la actividad en el trabajo del Comité Fármaco terapéutico así como la evaluación por este último del trabajo de Hemoterapia en el centro. El Comité Farmacoterapéutico lleva el control de:

Uso de sangre total con respecto a los concentrados de eritrocitos. (%).

Litros de plasma trasfundidos por camas.

Unidades o litros de concentrados de eritrocitos por camas.

Transfusiones de una sola unidad, de cualquier componente.

Reacciones transfusionales.

NIVEL 2.

Existe un local propio que cuenta con neveras (que están conectadas al sistema alternativo de generación de electricidad) para la conservación de sangre y hemoderivados suministrados por un Banco de Sangre territorial y que se utilizan en casos electivos y urgentes. Cuenta con un Jefe Médico y varios técnicos que cumplen las normas que regulan el trabajo en esta actividad. Si realizan extracciones de sangre en un local habilitado para ello. Está preparado para realizar ex-sanguíneo transfusiones, así como para trabajar con crioprecipitados, plaquetas y glóbulos lavados.

Comprobar la existencia del local y que el mismo cuente con neveras para la conservación de la sangre y que ésta esté conectada al sistema alternativo de generación de electricidad. Verificar en la oficina de Personal la relación y títulos de los técnicos y nombramiento del jefe. Constatar la existencia de normas que incluyen el registro de las reacciones post-transfusionales. Verificar el área de extracción y sus condiciones.

NIVEL 3.

Existe más de un médico especialista y varios técnicos que garantizan la prestación de servicios las 24 horas. Cuenta con Laboratorio propio dotado del equipamiento que permite la realización de las pruebas normadas nacionalmente con la participación complementaria del Banco de Sangre provincial en los casos necesarios. Brinda servicios las 24 horas. Deben practicarse programas de autotransfusión y cuenta con la documentación que regula:

- Plasmaféresis.
- Guías de Buenas Prácticas Transfusionales.
- Evaluación de Indicadores por Servicios y Grupos Básicos de Trabajo.

Verificar en la oficina de Personal nombramiento y título del personal médico y los técnicos. Constatar programación de rotaciones y guardias que garantizan el servicio las 24 horas. Evaluar actas de reuniones del departamento así como su frecuencia. Ver registro de reacciones post-transfusionales para evaluar frecuencia y causa. Verificar realización de evaluaciones de indicadores por Servicios y Grupos Básicos de Trabajo.

HEMOTERAPIA

Documentos a revisar

- Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios
- Normas nacionales para transfusiones.
- Registro de reacciones transfusionales.

Indicadores que se deben controlar y presentar a la Comisión.

- Índice de reacciones transfusionales.
- % de glóbulos / sangre total.
- Consumo de glóbulos / cama real.
- Consumo de plasma / cama real.
- Consumo de sangre total / cama real.

Estándar 21 TRABAJO SOCIAL

NIVEL 1.

Cuenta con servicio propio prestado por un técnico en trabajo social, que garantiza la interrelación con las trabajadoras sociales de las unidades de salud comprendidas en el territorio. Se dispone de un local que garantiza la privacidad necesaria para las entrevistas. Cuenta con un Manual de Organización y Procedimientos. Una muestra de pacientes refiere satisfacción con la actividad.

Verificar la existencia nominal del técnico en Trabajo Social y su título. Constatar la existencia de un local que garantice privacidad y condiciones de trabajo para las entrevistas así como el horario de prestación del servicio. Verificar el cumplimiento de la Guía Metodológica para el Trabajo Social en instituciones de salud. Verificar los mecanismos y procedimientos para el cumplimiento de la interrelación con las áreas de salud.. Evaluar la calidad del trabajo en una muestra de 10 HC de casos sociales o de riesgo social contenidas en el archivo. Verificar la existencia, actualización y utilización del Manual de Organización y Procedimientos. Comprobar el grado de satisfacción de pacientes con este Servicio.

NIVEL 2.

Cuenta con un jefe graduado de técnico medio que tiene 3 o más años de experiencia y que jerarquiza el cumplimiento de la actividad. El número de Trabajadores Sociales se corresponde con el número de camas y servicios priorizados según lo normado. Participan en las reuniones de pacientes y familiares en la sala de hospitalización que le corresponden y también en las reuniones departamentales de los servicios y realizan la de su unidad organizativa. Cumplen satisfactoriamente la interrelación con las áreas de salud. Un número significativo de pacientes (> 70%) muestra satisfacción con este servicio.

Ver el organigrama del centro y comprobar en la oficina de personal nombramiento, título y requisitos para el cargo del jefe de departamento, así como el número de trabajadores sociales existentes. Comprobar el esquema organizativo del trabajo del departamento y la asignación de servicios por cada trabajadora social con su correspondiente plan de actividades. Interrogar a los jefes de sala y de servicio acerca del cumplimiento de esas actividades. Comprobar el desarrollo de actividades de verificación en la comunidad para la confección de historias sociales, así como la realización de reuniones departamentales y la participación en reuniones de sala o servicio. Revisar los mecanismos y los procedimientos para el cumplimiento de la interrelación con área de salud. Comprobar la satisfacción de pacientes (hospitalizados y egresados en la comunidad) con este servicio.

NIVEL 3.

La actividad se lleva a cabo por un departamento o sección cuyo jefe es graduado universitario en trabajo social o en especialidad afín, con más de 3 años de experiencia en la actividad. Han participado en trabajos investigativos, al menos uno en los últimos 3 años y tienen al menos una publicación en ese mismo lapso de tiempo. Han participado en los últimos 5 años en algún evento científico de carácter nacional.

Verificar el nombramiento, título y requisito para el cargo de Jefe de Departamento. Comprobar la participación de sus integrantes en trabajos investigativos, las publicaciones logradas y su participación en eventos nacionales.

TRABAJO SOCIAL

Documentos a Revisar (Todos los niveles)

- Manual de Normas y Procedimientos.
- Guía Metodológica para el Trabajo Social en instituciones de salud.
- Historias Sociales de casos.

Estándar 22 MEDICAMENTOS

NIVEL 1.

Puede tener el servicio conveniado. Si lo tiene propio existe local para Farmacia con las condiciones y la higiene adecuadas para conservar medicamentos y material gastable, equipada con nevera para el material termo sensible y conectada al sistema eléctrico de emergencia. Hay un técnico medio en farmacia disponible 24 horas. Existen normas ajustadas al Programa Nacional de Medicamentos vigente y que regulan el uso de antimicrobianos y otros productos. Hay registro de narcóticos con responsable y seguridad en su almacenaje y Guía Terapéutica. Existe el control de vencimiento de medicamentos, así como la correcta rotación de lotes. Se realizan sistemáticamente supervisiones a salas para el seguimiento de la ruta crítica de los medicamentos. Disponen de un dispensario de fitofármacos y apifármacos. Funciona un Comité Fármaco-Terapéutico asesor de la actividad. La Institución cuenta con un médico especialista debidamente entrenado en Fármaco epidemiología, que jerarquiza esta actividad y que mantiene vinculación permanente con el Comité Fármaco-Terapéutico (CFT). Tienen identificados los problemas de calidad en la prescripción y realizan acciones para solucionarlos. Se atiende la Fármaco vigilancia y existe registro de incidencias. Tienen elaborado y aplican el Manual de Organización y Procedimientos en toda lo que concierne a medicamentos y en el local de la Farmacia.

Revisar convenio en caso de no tener servicios propio. De existir en el instituto se comprobará la existencia del local y que el mismo cuente con la seguridad e higiene necesarias y con una nevera que está conectada al sistema alternativo de generación de electricidad. Verificar título y capacitación del personal que en ella labora. Comprobar la existencia y cumplimiento de las normas institucionales y nacionales y verificar que exista control de la disponibilidad, posibilidades de servicio durante las 24 horas y garantías para el adecuado cumplimiento terapéutico del paciente. Evaluar el Registro para el Control de Narcóticos y su funcionamiento según normas nacionales. Verificar el control del vencimiento de los medicamentos y la realización diaria de las supervisiones a salas. Revisar la composición y nombramiento del Comité Fármaco - Terapéutico así como cumplimiento de sus funciones según normas nacionales. Verificar la existencia de un Especialista que atiende la Fármaco-epidemiología. Revisar documentos del Comité Fármaco-terapéutico. Verificar controles sobre la calidad de la prescripción a pacientes atendidos en servicios de urgencias, pacientes hospitalizados y a los atendidos en consulta externa. Revisar implementación de la Farmacovigilancia.

NIVEL 2.

La Farmacia cuenta con áreas bien delimitadas para el almacenaje y conservación de productos así como un área para la elaboración de fórmulas medicamentosas. Está regulada la utilización de antibióticos y quimioterápicos así como otros productos según normas institucionales. El jefe del departamento es un Licenciado en Farmacia, participa en el trabajo asesor del Comité Fármaco-Terapéutico. Cuenta con personal técnico suficiente para garantizar el servicio durante las 24

horas. Cuenta con un grupo multidisciplinario para la FÁRMACO epidemiología, jerarquizado por un especialista (este grupo puede quedar integrado al Comité FÁRMACO-Terapéutico o puede constituirse como un subgrupo del mismo). Esta confeccionado, actualizado y es conocido por los Facultativos el cuadro básico de medicamentos del hospital. Se realizan actividades científico-docentes de actualización Terapéutica a los Facultativos de cada uno de los servicios asistenciales que brinda la Institución. Están elaboradas y se aplican las políticas terapéuticas de la institución por grupos farmacológicos seleccionados según protocolos terapéuticos de Patologías seleccionadas principalmente: enfermedades crónicas no transmisibles.

Verificar la existencia de las áreas de almacenaje, conservación y elaboración de fórmulas. Comprobar las normas de regulación del uso de medicamentos y su cumplimiento. Verificar en la oficina de Personal relación y títulos del personal del departamento y comprobar que su rotación garantice el servicio durante las 24 horas. Constatar la existencia y funcionamiento del Grupo Multidisciplinario en FÁRMACO epidemiología y verificar con los facultativos su dominio del mismo. Verificar realización de actividades científico-docentes de actualización terapéutica y su cobertura a todas las especialidades que brinda el Hospital. Comprobar aplicaciones de las Políticas terapéuticas institucionales según grupos farmacológicos seleccionados (ejemplos antibióticos) y según protocolos de Patologías seleccionadas (ejemplo: Enfermedades crónicas no transmisibles: Cardiopatía Isquémica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedades Cerebro vasculares y Asma Bronquial)

NIVEL 3.

Cuenta con Licenciados en Ciencias Farmacéuticas uno de los cuáles ocupa la jefatura del departamento de Farmacia y que mantienen interrelación de trabajo con los médicos y Jefes de Servicios Asistenciales sobre el uso de medicamentos antimicrobianos (antibióticos y quimioterápicos). Desde hace un año como mínimo realizan investigaciones relacionadas con la especialidad. Todos los productos antimicrobianos en uso que se encuentran dispuestos en frascos y conservados en las diferentes Salas y Áreas de Riesgo de la Institución deberán estar rotulados con las especificaciones según Política de Desinfección establecida con la adición del lote, fecha de confección y fecha de vencimiento. Existe evaluación económico-asistencial del trabajo. Participan periódicamente en pases de visita. Cuenta con un local para la elaboración de medicamentos homeopáticos. Cuentan con protocolos de Investigaciones en FÁRMACO epidemiología. Disponen de un Programa de Perfeccionamiento en Terapéutica según necesidades de aprendizajes identificadas. Se brinda un servicio informático de Consultas Terapéuticas a los facultativos de todas las Especialidades de las Instituciones y evalúan el impacto económico-asistencial de la actividad.

Comprobar en la oficina de Personal relación y títulos de los profesionales del Departamento. Verificar interrelación de trabajo con los servicios asistenciales y participación en los pases de visitas. Comprobar la realización de las Investigaciones, sus Temas y Resultados. Verificar todo lo relacionado con los productos antimicrobianos (rotulación, rotación de lotes, etc.) Verificar que el área de Laboratorio cuente con balanzas, cristalería y otros artículos necesarios para los fines que persigue. Revisar evaluaciones económico-asistenciales del Departamento

con análisis de los gastos del centro y de los servicios por concepto de medicamentos y otros insumos. Revisar protocolos de investigación y el Programa de Perfeccionamiento en Terapéutica. Verificar servicio de consultas terapéuticas. Revisar evaluaciones económicas y asistenciales sobre el tema.

MEDICAMENTOS

Documentos a Revisar (Todos los niveles)

- Convenio para aquellos institutos que no cuentan con servicio propio
- Manual de Organización y Procedimientos
- Normas nacionales para esta actividad.
- Normas Institucionales
- Programa Nacional de Medicamentos.
- Registro para el Control de Narcóticos.
- Guía Terapéutica
- Control de stocks.
- Rotaciones de técnicas.
- Registro de los Pedidos efectuados
- Vademécum Internacional.

Estándar 23 ADMISION A PACIENTES

NIVEL 1

La actividad se cumple con el personal del Dpto. de Estadística y Registros Médicos durante el horario laboral y por otro personal fuera de este horario mediante coordinación institucional. Se cuenta con un área, local o locales específicos y con las condiciones adecuadas para el desempeño de la actividad. Se realizan los trámites de ingreso, egreso y fallecidos que permitan el estricto control de las camas y la ubicación de los pacientes. No se constatan quejas donde se compruebe incumplimientos, impericia o maltrato por parte de los trabajadores de la Sección.

Verificar la existencia del personal y sus títulos de técnicos medios en estadística, además de como se resuelve la actividad después del horario laboral. Comprobar las condiciones del local o área de trabajo. Revisar la calidad de la realización de los ingresos, egresos y tramitación de fallecidos. Verificar si existen quejas imputables a la Sección.

NIVEL 2

Hay un Jefe de Sección (si se requiere) que tiene la calificación y el dominio requerido de las normas y procedimientos de Admisión para realizar esta función, sea técnico o no. Se cuenta con el personal suficiente y con los conocimientos necesarios para poder cumplir estrictamente y con calidad las normas, procederes y el ingreso directo en sala. Tienen elaborado, actualizado y aplican el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

Verificar en el Dpto. de Fuerza de Trabajo si existe el nombramiento del Jefe de Sección y si reúne las condiciones requeridas. Evaluar en base al volumen de trabajo de la sección y la plantilla cubierta si se cuenta con el personal necesario para garantizar la actividad. Comprobar su conocimiento de las normas y procederes establecidos, así como su cumplimiento estricto y con calidad. Verificar la realización del ingreso directo en sala Verificar la existencia, actualización y aplicación del Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

NIVEL 3

Se encuentra automatizada la actividad de Admisión y cuenta con personal técnico durante las 24 horas.

Comprobar el grado de automatización de la actividad de Admisión así como la relación y título del personal.

ADMISION

Documentos a Revisar

- Normas de Admisión
- Registro de quejas
- Manual de Organización y Procedimientos
- Registro de ingresos diferenciando electivos y urgentes.
- Certificación evaluativa del personal.
- Pizarra o mecanismo para el control de camas.

Estándar 24 ARCHIVO E HISTORIAS CLINICAS

NIVEL 1

La actividad se cumple con el personal del Dpto. de Estadística y Registros Médicos. Existe un local específico con las condiciones indispensables para el desempeño de la actividad. Se mantiene un estricto control de la numeración de las Historias Clínicas. Se tiene un estricto control del movimiento de las HC no existiendo expedientes mal archivados, extraviados o duplicidades. El tarjetero índice de pacientes está en estricto orden alfabético (excepto en los hospitales donde se utiliza el número de carné de Identidad como el número de Historia Clínica). La entrada al Archivo esta restringida para toda persona ajena al Dpto. de Estadística y Registro Médicos y al personal autorizado. Los exámenes complementarios están debidamente controlados e incluidos en las HC.

Verificar la existencia de personal que realice esta actividad y que tiene las condiciones mínimas necesarias. Verificar el control de la numeración y la calidad del control del movimiento de las HC. Verificar el ordenamiento de las HC en los estantes y la ausencia de duplicidades e HC extraviadas. Verificar el ordenamiento del tarjetero índice de pacientes.

NIVEL 2

Hay un Jefe de Sección (si se requiere) que tiene la calificación y el dominio requerido de las normas y procedimientos de Admisión para realizar esta función, sea técnico o no. Se cuenta con el personal suficiente y con los conocimientos necesarios para poder cumplir las normas y procedimientos. Se cuenta con un local con el espacio suficiente para el volumen de HC que tiene y el método de archivo adoptado, que tiene la iluminación y ventilación requerida, así como que permita el estudio de las HC por parte del personal médico o paramédico dentro del local. Existen las condiciones que permitan garantizar el servicio las 24 horas del día. Existe un método de pasivación, eliminación o depuración de las HC. Tienen elaborado, actualizado y aplican el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios

Verificar en el Dpto. de Personal el nombramiento del jefe de Sección y si éste reúne las condiciones requeridas. Comprobar el conocimiento de las Normas y Procedimientos establecidos por parte del Jefe de la Sección. Evaluar, en base al movimiento de HC si la plantilla es suficiente para garantizar la actividad. Comprobar las condiciones de ventilación, iluminación y espacio. Comprobar la existencia de un estricto control de la numeración y del movimiento de las HC. Verificar el ordenamiento de las HC en los estantes, ausencia de duplicidades, de HC extraviadas y de HC mal archivadas. Verificar la existencia de un control de los exámenes complementarios que entran al archivo y su inclusión en las HC. Verificar la existencia, actualización y aplicación del Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

NIVEL 3

Se encuentra automatizada la actividad del Archivo.

Comprobar el grado de automatización de la actividad de Archivo.

ARCHIVO E HISTORIAS CLINICAS

Documentos a Revisar

- .
- Normas de Historias Clínicas
- Registro de Historias Clínicas
- Registro de Movimiento de Historias Clínicas
- Normas para préstamos y tramitación de resúmenes de Historias Clínicas
- Manual de Organización y Procedimientos.

Estándar 25 ESTADISTICAS

NIVEL 1.

Existe un Departamento o Sección con personal técnico graduado o con experiencia de dos años en la actividad que emite una publicación mensual de los principales indicadores de la actividad del centro según lo regulado nacional e institucionalmente. Tienen elaborado e implantado el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios.

Verificar en la oficina de Personal la relación y título de los trabajadores de esta área. Evaluar la composición y calidad de los informes mensuales. Comprobar la existencia de normas institucionales que regulan toda la actividad estadística, así como verificar la actividad de supervisión y evaluación de HC.

NIVEL 2.

Los diagnósticos, procedimientos y otros datos de interés de la HC son codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades. Existe Jefe Técnico de estadística.

Comprobar en una muestra de HC de egresados y de hospitalizados el trabajo de codificación encontrando que el 100% de los mismos fue realizado adecuadamente. Verificar el tarjetero central según causa primaria y diagnósticos asociados. Comprobar nombramiento y título del Jefe.

NIVEL 3.

El Jefe del Departamento es profesional especializado ó técnico medio en Estadística o estudio afín con más de tres años de experiencia y el número de técnicos de nivel medio es suficiente para el volumen de actividades y se distribuye según normas locales. Se aplica la Computación en el desarrollo y control de la actividad estadística de la institución según el Programa de Informatización de hospitales.

Comprobar listado, nombramiento y títulos del personal del departamento así como normas de la institución que regulan el trabajo en el mismo y la ubicación de cada técnico. Comprobar la existencia y funcionamiento de las computadoras así como los sistemas de registro estadístico que se encuentran automatizados.

ESTADISTICA

Documentos a Revisar

- Normas para la Actividad Estadística
- Codificación de los Diagnósticos.
- Manual de Organización y Procedimientos
- Publicaciones y Asesorías
- Programas Informáticos que se aplican

Estándar 26 DOCENCIA

NIVEL 1.

Existe una Subdirección Docente en la institución que cumple las funciones que le corresponden y profesores categorizados para el desarrollo de las actividades de capacitación, superación profesional y especialidades. Se cuenta con aulas y locales aledaños así como medios auxiliares de enseñanza que se utilizan en la actividad y existe una biblioteca que complementa la actividad. Se apoyan para el trabajo en la existencia de un Consejo de Actividades Científicas que tiene definida la programación de actividades científicas y docentes de la institución. Están identificadas las necesidades de aprendizaje del personal por categorías ocupacionales y confeccionado y ejecutándose el Plan de Capacitación del personal. Se realizan investigaciones programadas y se controlan los principales indicadores establecidos para la enseñanza técnica y de capacitación.. Cuenta con Manual y Procedimientos para la actividad.

Verificar nombramiento y títulos del subdirector docente. Comprobar existencia de aulas, medios de enseñanza, consejo científico y programación de actividades científicas, así como biblioteca. Constatar que exista la identificación de necesidades de aprendizaje por categorías ocupacionales y que el plan de capacitación responda a las mismas. Evaluar la pirámide docente y verificar que cumpla las regulaciones al efecto. Comprobar que exista control de los principales indicadores de enseñanza técnica y de capacitación.

NIVEL 2. Existe una Subdirección Docente en la institución que cumple las funciones que le corresponden integrada por profesores de todas las categorías docentes y se apoya en la existencia de una biblioteca con personal especializado y publicaciones actualizadas. La institución puede poseer servicio de urgencias las 24 horas en especialidades básicas y diagnósticas así como UCI-UCIM y consultas especializadas de acuerdo a las características de la institución. El nivel de servicios que se brinda y la capacidad resolutive existente posibilitan una mejor formación de profesionales especializados según lo regulado para la docencia de postgrado. Se realizan sistemáticamente las reuniones clínico-patológicas, clínico-radiológicas, discusión de piezas frescas, discusión de fallecidos y presentación de casos complejos de interés científico. Existe control de la evaluación que se hace a los profesores. Existe un adecuado control de los principales indicadores asistenciales y docentes de la institución y en cada una de las especialidades que participan en las actividades docentes.

Verificar nombramiento, títulos y requisitos del subdirector docente y categorización de los profesores así como existencia de biblioteca con personal especializado y literatura actualizada. Evaluar características asistenciales del centro que contribuyen a la impartición de docencia de postgrado. Comprobar realización de reuniones científicas descritas y participación de profesores y residentes en las mismas. Constatar existencia de planes de desarrollo individual para profesores y evaluaciones periódicas de los mismos. Verificar y comprobar existencia de planes docentes ajustados a programas aprobados por especialidades. Evaluar los principales indicadores asistenciales y docentes. Comprobar la existencia de un Programa de Capacitación en Medicina Natural y Tradicional dirigido a médicos, enfermeros y otros técnicos de los diferentes servicios y departamentos.

NIVEL 3.

Se cuenta con una pirámide docente adecuadamente organizada. La biblioteca aplica la informática. Se apoyan en una unidad organizativa de Iconopatografía. La actividad asistencial permite de manera propia, y en contadas ocasiones conveniada, dar solución a la mayoría de las demandas de servicios de atención, diagnóstico y tratamiento, por lo que existen condiciones para justificar la docencia de postgrado académico en las especialidades que caracterizan la institución. Existe personal capacitado en Medicina Natural y Tradicional al menos en el 25% de las salas y participan en la docencia de postgrado en esta especialidad.

Comprobar el título y categoría docente del personal, aplicación de la informática en la biblioteca y existencia de iconopatografía con archivo de imágenes docentes. Evaluar actividad asistencial de la institución según especialidades existentes, así como sus principales indicadores asistenciales y docentes. Comprobar que en la docencia de postgrado se impartan temas de Medicina Natural y Tradicional, así como los certificados de capacitación en parte del personal del 25% de las salas.

DOCENCIA

Documentos a Revisar

- Manual de Organización y Procedimientos.
- Certificado anteriores para la Acreditación Docente de Postgrado
- Programa Docente de cada especialidad y disciplina autorizada para la docencia.
- Actas de reuniones docentes.
- Plan perspectivo para el desarrollo de la actividad en el centro.
- Programa de actividades para el año en curso.
- Evaluación de profesores y plan de desarrollo individual.
- Certificaciones de Acreditación para la docencia de postgrado.

Estándar 27 INVESTIGACION

NIVEL 1.

Existe una unidad organizativa que controla todo lo relacionado con la Investigación Científica e Innovación Tecnológica en la institución. Existe la Proyección Estratégica en Ciencia e Innovación Tecnológica en la Salud para el Quinquenio en curso, que genera el Plan de Actividades de Investigación Científica e Innovación Tecnológica de la institución para el año con Proyectos de Investigación. Desarrollo e Innovación tecnológica presentados a los Programas Ramales, aprobados y contratados. *Existencia de una Estrategia coherente conducente a Grados Científicos en el marco del trabajo con el Potencial Científico de la institución que posee Planes de desarrollo individual existentes. Los Investigadores poseen una producción científica coherente con su categoría investigativa y desarrollo profesional. Existencia del grupo de Movilización de Recursos para los Proyectos de Investigación. Existencia de la Comisión de Forum de Ciencia y Técnica, Banco de Problemas, evento de base, ponencias presentadas y soluciones, y cumplimiento de lo establecido para la propiedad industrial e intelectual. Existencia del Consejo Científico y cumplimiento de sus funciones. Existencia de una Comisión de Ética de las Investigaciones en Salud.*

Comprobar nombramiento, títulos y categoría de los integrantes del Consejo Científico así como evaluar su trabajo asesor y control del trabajo de Investigación Científica e Innovación Tecnológica. Evaluar la metodología utilizada en los trabajos de terminación de las residencias y maestrías presentados o en ejecución y su correspondencia con la establecida para los proyectos de investigación. Constatar la existencia de la Proyección Estratégica en Ciencia e Innovación Tecnológica para el Quinquenio. Existencia de un Plan de Ciencia e Innovación Tecnológica para el Trienio y de los Cumplimientos del Plan de la institución y de los Indicadores de Ciencia y Técnica establecidos nacionalmente. Comprobar que en el último año el 85% de los universitarios del Instituto hayan realizado un proyecto de investigación (al menos territorial) aprobado por el Consejo Científico y la existencia de proyectos incluidos en los Programas Científicos cuyos resultados hayan sido publicados impresa o electrónicamente y los hayan presentado en algún evento provincial, nacional o internacional, con control de las salidas y de los impactos esperados en los proyectos. Verificar que existe Plan de Desarrollo Individual para el Potencial Científico de la Institución en base a la Política y Estrategia conducentes al Grado Científico y que incluya la participación en Cursos, Diplomados y Maestrías a través de la Escalera Certificativa Académica Postgradual; así como profesionales jóvenes y mayores de 35 años en la cantera, pre-plan y plan de grados científicos, con una programación de defensa de su Tesis de Grado en el trienio. Comprobar la existencia y funcionamiento de la Comisión del Forum de Ciencia y Técnica, revisar el Banco de Problemas y si fueron hechos los compromisos con los trabajadores, si se efectuó el evento de base, si hubo algún trabajo premiado o con mención y el número de ponencias presentadas en la institución, así como la existencia del Plan de Generalización Institucional conciliado con el Area Económica la elaboración de los Proyectos de Innovación y fechas de Generalización. Deberá existir un activista (al menos) para la propiedad industrial, capacitado y con control de la documentación y la existencia de un Sistema Interno de Propiedad Industrial e Intelectual. La institución debe contar con un Dpto. para el Control de los proyectos, así como los Centros de Costos por Proyectos y un Bioestadístico que brinde asesoría metodológica y estadística a las investigaciones. Comprobar la existencia del Grupo de Movilización de Recursos para los Proyectos de Investigación y demás

actividades científico técnicas con resultados alcanzados. Comprobar la existencia y funcionamiento de la Comisión de Ética de las Investigaciones en Salud. Además no se aprecia vínculo de su misión o son solo vínculos de apoyo o colaterales a la Estrategia Nacional. No han realizado ningún aporte o poca significación de los mismos en la relación de sus Objetivos Estratégicos con la Estrategia Nacional. Se encuentra en elaboración la estrategia de protección de la propiedad intelectual con poca significación del aporte económico o ningún aporte. Menos del 50% de los proyectos corresponden a las prioridades nacionales y/o ramales. Logra en un nivel inferior al 80% el cumplimiento de los resultados y salidas previstos en el plan de la entidad. No se evidencian incrementos en el impacto científico, tecnológico, social y/o medio ambiental de sus resultados. Se aprecia un decrecimiento de los indicadores económicos en los últimos 3 años. Menos del 30% de sus investigadores han alcanzado grado científico. Menos del 15% de sus investigadores poseen categoría titular. Menos del 80% de los profesionales y técnicos tienen la certificación de su competencia laboral correspondiente. Menos del 70% de sus investigadores y docentes desarrollan alguna vía de superación con resultados satisfactorios , sin considerar la vía autodidacta. Menos del 50% de los investigadores y docentes han publicado como autor o coautor una o más publicaciones en el año. El 50% de sus proyectos o servicios especializados se ejecutan por varios centros y especialistas de diferentes ramas. No existe sistema de gestión de la información. Cuenta con menos de 100 trabajadores en la entidad.

NIVEL 2.

Todo lo establecido para el nivel anterior y además se aprecia algún vínculo significativo de su misión a la Estrategia Nacional. Han realizado algún aporte en relación de sus Objetivos Estratégicos con la Estrategia Nacional. Tiene una estrategia de protección de la propiedad intelectual con algún aporte económico. No menos del 50% de los proyectos corresponden a las prioridades nacionales y/o ramales. Logra un cumplimiento de los resultados y salidas previstos en el plan de la entidad entre el 80% y el 90%. Crecimiento fluctuante en el impacto científico, tecnológico, social y/o medio ambiental de sus resultados. Se aprecia un crecimiento fluctuante de los indicadores económicos en los últimos 3 años.

Verificar vínculo significativo de su misión a la Estrategia Nacional así como los aportes en relación de sus Objetivos Estratégicos con la Estrategia Nacional. Verificar estrategia de protección de la propiedad intelectual con algún aporte económico. Comprobar que no menos del 50% de los proyectos corresponden a las prioridades nacionales y/o ramales y que logran un cumplimiento de los resultados y salidas previstos en el plan de la entidad entre el 80% y el 90%. Existencia de un crecimiento fluctuante en el impacto científico, tecnológico, social y/o medio ambiental de sus resultados. Se aprecia un crecimiento fluctuante de los indicadores económicos en los últimos 3 años.

El 30% o más de sus investigadores han alcanzado grado científico. El 15% o más de sus investigadores poseen categoría titular. El 80% o más de los profesionales y técnicos tienen la certificación de su competencia laboral correspondiente. El 70% o más de sus investigadores y docentes desarrollan alguna vía de superación con resultados satisfactorios , sin considerar la vía autodidacta. El 50% de los investigadores y docentes han publicado como autor o coautor una o más publicaciones en el año. El 60% de sus proyectos o servicios especializados se ejecutan por varios centros y especialistas de diferentes ramas. Existencia de un sistema de gestión de la información incompleta o solo para alguno de los ámbitos. Cuenta entre 100 a 350 trabajadores en la entidad.

NIVEL 3.

Todo lo establecido para el nivel anterior y además se aprecia vínculo evidente de su misión a la Estrategia Nacional. Aportes comprobados al Desarrollo de la Estrategia Nacional y su fundamentación por el impacto de su Actividad Científica o Tecnológica en un período de los últimos 3 años. Tiene una estrategia integral de protección de la propiedad intelectual encaminada a asegurar un aporte económico relevante. El 70% o más de sus proyectos de investigación científica corresponden a las prioridades nacionales y/o ramales. Cumple en más del 90% los resultados y salidas previstos en el plan de la entidad. Se aprecia un incremento sostenido en el aporte de los resultados de la entidad en los últimos 3 años, y que éstos tengan un impacto en lo científico, tecnológico, económico, social y medio ambiental de modo efectivo y demostrado. Se aprecia un crecimiento sostenido de los indicadores económicos en los últimos 3 años.

Verificar vinculación de su misión a la Estrategia Nacional. Comprobar los aportes al desarrollo de la Estrategia Nacional así como el impacto de su Actividad Científica o Tecnológica en un período de los últimos 3 años. Comprobar existencia de una estrategia integral de protección de la propiedad intelectual encaminada a asegurar un aporte económico relevante así como que el 70% o más de sus proyectos de investigación científica corresponden a las prioridades nacionales y/o ramales. Verificar cumplimientos de los resultados y salidas previstos en el plan de la entidad en más de un 90%. Comprobar incremento en el aporte de los resultados de la entidad y que éstos tengan un impacto en lo científico, tecnológico, económico, social y medio ambiental de modo efectivo y demostrado así como de los indicadores económicos en los últimos 3 años.

El 40% o más de sus investigadores poseen grado científico. El 25% o más de sus investigadores poseen categoría titular. El 90% o más de los profesionales y técnicos tienen la certificación de su competencia laboral correspondiente. El 80% o más de sus investigadores y docentes desarrollan alguna vía de superación con resultados satisfactorios, sin considerar la vía autodidacta. El 80% de los investigadores y docentes han publicado como autor o coautor una o más publicaciones en el año. El 80% de sus proyectos o servicios especializados se ejecutan por varios centros y especialistas de diferentes ramas. Existencia de un sistema de gestión de la información que permita integrar, compartir y acceder por medios automatizados, a todos los miembros de la entidad, tanto a la información interna como externa para la eficiente toma de decisiones y eficaz gestión de la entidad. Cuenta con más de 350 trabajadores en la entidad.

INVESTIGACION

Documentos a Revisar (Todos los niveles)

- Manual de Organización y Procedimientos.
- Proyección Estratégica en Ciencia e Innovación Tecnológica del quinquenio.
- Plan de Ciencia e Innovación Tecnológica del trienio.
- Plan de la institución. Cumplimiento.
- Nombramiento del Consejo de Actividades Científicas y de la Comisión del Forum de Ciencia y Técnica.
- Banco de problemas.
- Proyectos de Investigaciones Territoriales o Ramales y su aprobación.

Estándar 28 INFORMACION CIENTIFICO-TECNICA

NIVEL 1.

Se cuenta con una Sala de Lectura que funciona como Biblioteca con publicaciones actualizadas referentes a especialidades básicas de acuerdo al perfil de la institución en forma de tratados, manuales, revistas, monografías y otras publicaciones. Existe un responsable de área con capacitación para el desempeño de sus actividades. Cuenta con normas institucionales que regulan esta actividad y sus fondos se nutren mediante convenio con el Centro de Información de Ciencias Médicas del territorio. La utilización mensual de estos servicios promedió como mínimo el 30 % del personal técnico y profesional del centro. Se cuenta con un Manual de Organización y Procedimientos para la actividad.

Constatar la existencia de la Sala de Lectura así como de los diversos tipos de texto por especialidad. Verificar la existencia y cumplimiento de las normas institucionales evaluando la existencia de tarjetero, fichero y registro de control de los préstamos. Verificar la utilización mensual de estos servicios. Evaluar cumplimiento del convenio con el Centro de Información de Ciencias Médicas. Verificar en personal nombramiento y certificado de capacitación del responsable. Evaluar la utilización de la misma por el personal de la unidad.

NIVEL 2.

Se cuenta con uno o más técnicos medios en bibliotecología. Existe un almacén para la colección del fondo bibliográfico en el que se incluyen tratados, textos, revistas y otros de carácter internacional, todos acordes con las especialidades existentes en la institución y el desarrollo de las mismas. Existe al menos una computadora con lector de CD y MODEM, conectada a la red telemática de salud (Infomed) y cuenta con las Base de Datos Medline, LILACS y Current Contents. Presta servicios informáticos de carácter territorial y nacional y participan en intercambios informativos nacionales. La utilización mensual de estos servicios promedia como mínimo el 50% del personal médico y técnico del centro.

Comprobar el nombramiento y títulos del personal. Constatar la existencia de almacén y fondo bibliográfico adecuado para las características del centro. Verificar que existan por lo menos 5 revistas científicas, existencia de la computadora y de las BD así como el cumplimiento de las especificaciones. Verificar la utilización mensual de estos servicios.

NIVEL 3.

Se cuenta como mínimo con un licenciado en Información Científico Técnica y Bibliotecología y técnicos medios. Poseen un punto de presencia con computadoras y conexión a la red telemática de salud (Infomed). Existen computadoras con lector de CD y colección de libros y revistas nacionales e internacionales y textos actualizados de cada especialidad en soporte impreso y electrónico. La utilización mensual de estos servicios promedia como mínimo el 70% del personal médico y técnico del centro.

Verificar en la oficina de personal el nombramiento y títulos del personal. Comprobar existencia del punto de presencia con las cinco computadoras y la conexión a Infomed. Comprobar existencia de libros y revistas nacionales e internacionales, así como de textos por especialidad en soporte impreso y electrónico.

INFORMACION CIENTIFICO-TECNICA

Documentos a Revisar (todos los niveles)

- Manual de Organización y Procedimientos
- Normas institucionales de funcionamiento
- Convenio con el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
- Registro diario de la utilización del servicio.

Indicadores a evaluar y presentar por la Comisión

- No. de profesionales que utilizan los servicios por tipo.
- % del total de profesionales que utilizan los servicios por tipo.
- No. de técnicos medios que utilizan los servicios por tipo.
- % del total de técnicos.

Estándar 29 INFORMATIZACIÓN

NIVEL 1

La institución cuenta con Comité Conductor Informático, presidido por el Director. Tiene realizado el estudio básico de la institución e información completa de tres proyectos principales:

- Capacitación
- Seguridad Informática (de existir al menos una computadora)
- Informatización de los Servicios

Verificar las actas de las reuniones del Comité y el nombramiento de sus integrantes.

Revisar el Plan de Desarrollo Informático.

Plan de Capacitación (Instrucción, capacitación y perfeccionamiento)

Seguridad Informática (Previstas las medidas de seguridad física y lógicas de equipos y aplicaciones, así para la seguridad y confidencialidad de la información sobre los pacientes.

Plan de Informatización de los Servicios (Propuesta de Proyectos a corto y mediano plazo hasta máquinas en stand alone)

NIVEL 2

La institución cuenta con correo electrónico. Existe un Manual de Organización y Procedimientos que regula la actividad. Están informatizados 3 de los subsistemas siguientes:

Registros Médicos

Terapias

Medios de Diagnóstico

Farmacia

Información Científico - Técnica (Biblioteca)

Capacitación y Perfeccionamiento

Gerencia Hospitalaria

Administración y Servicios Básicos

Revisar la informatización de los subsistemas relacionados.

Comprobar la utilización del correo electrónico.

NIVEL 3

Están informatizados todos los subsistemas anteriores y dos de los siguientes:

Salas de hospitalización

Historia Clínica de Pacientes

Sistemas Ingenieros (Ingeniería Clínica) y de Gerencia Analítica

Están conectados los servicios informáticos en red

La institución conectada a la Red Nacional de Telemedicina.

Revisar la informatización de los Sistemas seleccionados. Comprobar la conexión de los servicios en red y la conexión a la Red Nacional de Telemedicina.

INFORMATIZACIÓN

Documentos a revisar.

- Manual de Organización y Procedimientos.
- Acta de constitución del Comité Conductor y sus reuniones.
- Proyecto de Informatización de los Servicios.
- Plan de Capacitación
- Plan de Seguridad Informática.

Estándar 30 ALIMENTACION Y NUTRICION

NIVEL 1.

Cuenta con una dietista propia o conveniada que jerarquiza el trabajo de esta área. Existe una Guía de Dietoterapia según principales enfermedades y requerimientos nutricionales de los pacientes, así como normas institucionales de trabajo, según lo dispuesto nacionalmente, que incluyen la evaluación sistemática de la calidad del servicio. Más del 70% de una muestra significativa de pacientes manifiesta satisfacción por el servicio. Tienen elaborado y aplicando el Manual de Normas y Procedimientos.

Comprobar en la oficina de Personal nombramiento (o convenio de trabajo) y título de la Dietista. Constatar la existencia de Guía de Dietoterapia y normas de trabajo del área. Comprobar que las mismas sean conocidas por el personal de la institución. Verificar la satisfacción de los pacientes en los diferentes servicios.

NIVEL 2.

La institución cuenta con una unidad organizativa de Nutrición y Dietética con normas que se cumplen y que regulan todo el trabajo de alimentación. Existen áreas diferenciadas para la preparación de alimentos y fórmulas lácteas según normas nacionales.

Comprobar la existencia de la Sección o Departamento y la relación y capacitación de sus integrantes. Verificar la existencia de normas institucionales para la actividad. Interrogar a los trabajadores del departamento para comprobar su conocimiento. Verificar la existencia de áreas diferenciadas para la preparación de alimentos y fórmulas lácteas. Comprobar la existencia de normas nacionales específicas para la preparación de las diferentes fórmulas.

NIVEL 3.

Existe un Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) que jerarquiza las Buenas Prácticas de Alimentación-Nutrición de los pacientes con compromiso nutricional. El trabajo de la unidad organizativa de Nutrición y Dietética cuenta con la asesoría del GAN. Existe capacidad tecnológica para la instalación y conducción de esquemas de Nutrición Artificial (enteral y parenteral)

Revisar una muestra de las historias clínicas en las que intervino el Departamento de Nutrición y el GAN para evaluar la participación e influencia de los mismos en el estado nutricional del paciente. Revisar un 20% de los enfermos que presentan deficiencias nutricionales y evaluar se el Departamento de Nutrición-Dietética y el GAN intervinieron en la supervisión del esquema alimentario-nutricional suministrado. Más del 70% de estos pacientes deben tener una prescripción dietética correcta. Comprobar que se conducen correctamente los esquemas de Alimentación-Nutrición enteral y parenteral

ALIMENTACION Y NUTRICION

Documentos a Revisar

- Manual de Organización y Procedimientos
- Guía de Dietoterapia
- Acta de constitución del Grupo de Apoyo Nutricional
- Programa de Intervención Alimentario, Nutrimental y Metabólico del Paciente Hospitalizado
- Manual de Calidad en Nutrición Clínica.

Indicador que debe ser controlado por los Jefes de Servicio y presentado a la Comisión

- % de pacientes con desnutrición según grado y servicios.

Estándar 31 ADMINISTRACION Y SERVICIOS GENERALES

NIVEL 1.

Existe una Jefatura para el área administrativa y de servicios generales graduado de técnico medio en Economía o estudio afín, o con más de 2 años de experiencia en la actividad. Existe registro actualizado de todo el personal de la institución que incluye certificaciones o títulos que poseen. Cuenta con un Manual de Organización y Procedimientos Administrativos. Se cumple lo normado nacionalmente para esta actividad en carpeta metodológica. Cuenta con lavandería propia o conveniada. Existen normas que regulan el lavado y cambio de ropa de pacientes así como la limpieza de las diferentes áreas del centro. Existe control de los portadores energéticos y se analizan sus consumos. La limpieza del centro es buena.

Ver organigrama del centro. Comprobar en la oficina de personal nombramiento y requisito para el cargo de la Jefatura, así como revisar una muestra de los expedientes laborales del centro para constatar su actualización. Verificar existencia y cumplimiento del Manual de Organización y Procedimientos. Comprobar el control de los recursos materiales en almacenes según lo regulado nacionalmente para esta actividad. Verificar existencia y utilización de información y documentos normativos de la carpeta metodológica. Comprobar que se analice mensualmente el consumo de portadores energéticos y que se tomen medidas para su control. Evaluar el orden, limpieza y calidad del trabajo en todas las áreas y secciones que la integran así como las quejas relacionadas con la actividad.

NIVEL 2.

La Administración tiene una estructura organizativa en la que están diferenciadas las áreas de recursos humanos, abastecimiento, transporte y mantenimiento, nutrición y cocina comedor, servicios generales, etc. y el Administrador es graduado universitario en Economía o estudio afín; en el caso que sea técnico medio debe tener al menos 2 años de experiencia en la actividad. Cada unidad organizativa cuenta con regulaciones propias para el desempeño de las actividades que en ella se realizan y tienen elaborados, actualizados y aplicándose los Manuales de Organización y Procedimientos. Se realizan análisis del Plan de Abastecimientos en todos los recursos. El servicio de lavandería dispone de normas que se cumplen para la exclusión y tratamiento de los artículos potencialmente contaminantes.

Constatar la estructura organizativa de la Administración así como el cumplimiento de los requisitos para la Jefatura. Verificar la existencia de regulaciones propias para el trabajo en cada unidad organizativa subordinada a la Administración y de la existencia, actualización y utilización de sus manuales de organización y procedimientos. Comprobar en las actas de los Consejos que se analiza el Plan de Abastecimiento. Verificar lo referente a lavandería así como la existencia y cumplimiento de las normas.

NIVEL 3.

Existe una estructura administrativa con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión, que comprende Departamentos y Secciones y donde cada jefe es graduado universitario o técnico medio con más de 4 años de experiencia. Aplican la computación en la ejecución y control de la actividad.

Ver organigrama y comprobar la estructura administrativa. Constatar la aplicación de la Computación en el control y ejecución de la actividad económica del centro. Verificar nombramiento y títulos de los Jefes de Departamentos y Secciones.

ADMINISTRACION Y SERVICIOS GENERALES

Documentos a Revisar

- Manual de Organización y Procedimientos Administrativos (y los de las secciones y departamentos subordinados a la administración)
- Documentos y Regulaciones de cada una de las unidades organizativas subordinadas a la administración.
- Documentos normativos de la Carpeta Metodológica para esta actividad.
- Actas de los Consejo de Dirección (Administrador)
- Normas que regulan el lavado y cambio de ropa de cama y pijama de pacientes.
- Normas de Lavandería para la exclusión y tratamiento de artículos y tratamiento de artículos potencialmente contaminantes
- Normas que regulan limpieza y desinfección de áreas y locales.

Indicadores a Evaluar

- Cumplimiento de los indicadores normados por Carpeta Metodológica para esta actividad.

Estándar 32 FINANZAS Y CONTABILIDAD

NIVEL 1.

Existe una jefatura para la atención especializada de estas disciplinas, graduado como mínimo de técnico medio en contabilidad, finanzas o estudio afín. Cuenta con los Manuales de Finanzas al día y cartas circulares, circulares e instrucciones generales del MINSAP, las normativas que establece la carpeta metodológica para estas actividades. Se aplica el sistema de costos por área de responsabilidad. Emiten con la regularidad establecida la información económico-financiera y se analiza mensualmente por el Consejo de Dirección. Los Registros se encuentran al día y se realiza el cuadro diario de movimientos en almacenes. Existen actas de activos fijos y fondos fijos, por departamentos. Se cumple lo estipulado en la Instrucción General 203. Tienen elaborados, actualizados y aplican el Manual de Organización y Procedimientos.

Ver organización del frente o departamento. Comprobar en el expediente requisitos para el cargo de la Jefatura. Verificar la existencia de los Manuales y su actualización periódica. Constatar que se encuentren al día los registros y se ejecuta el cuadro diario de los movimientos en almacenes. Comprobar la aplicación del sistema de costos y su utilización a nivel de los servicios. Revisar si existen actas por departamentos de activos fijos y fondos fijos, firmadas por los responsables y si se cumple el chequeo planificado según la Instrucción General No. 203. Evaluar la calidad de la información mensual económica- financiera y comprobar su análisis mensual en el Consejo de Dirección.

NIVEL 2.

La estructura organizativa diferencia la responsabilidad del control financiero de la de los materiales en almacenes, activos fijos tangibles, fondos fijos y otras categorías. El que ocupa la jefatura es Licenciado o técnico medio en Economía, Contabilidad o Finanzas y tiene tres años o más de experiencia en la actividad. El sistema de costos incluye el análisis del costo por egreso y el costo fijo y el costo variable. Se analiza sistemáticamente la relación insumo-producto. Emiten publicación mensual económico-financiera que se analiza en cada Consejo de Dirección, Vicedirecciones y Jefaturas de Servicio y Departamento.

Constatar la estructura organizativa y división especializada del trabajo, el control que existe sobre los recursos materiales y financieros es calificado como bueno. Verificar que con las pérdidas, deterioros o faltantes se cumplen las regulaciones vigentes. Comprobar la utilización de las informaciones de costo por área de responsabilidad y por egresos así como la información del costo fijo y el variable para la toma de decisiones. Verificar si se analiza sistemáticamente la relación insumo-producto y si se emite la Publicación mensual con todos los elementos económico-financieros para su análisis por el director y todas las Vicedirecciones, servicios y departamentos.

NIVEL 3.

Existe una estructura organizativa contable-financiera que garantiza el control interno, apoyándose en especialistas que responden a cada frente o actividad. Aplican los sistemas computarizados de gestión elaborados o aprobados por el organismo.. El jefe es graduado universitario o técnico con no menos de cinco

años en la actividad, con capacitación en Economía de la Salud. La Contabilidad del centro mantiene de forma estable la calificación de confiable. Se hacen estudios e investigaciones sobre costo-efectividad y costo por enfermedad.

Verificar la existencia de la estructura y comprobar nombramiento y título de los responsables. Constatar la aplicación de los programas automatizados de gestión del Sistemas automatizados de Registros Contables SARC u otros aprobados por el organismo; la información contable mantiene de forma estable la calificación de confiable, (más de 3 años). Verificar si se hacen estudios e investigaciones sobre costo-efectividad y costo por enfermedades.

FINANZAS Y CONTABILIDAD

Documentos a Revisar

- Manual de Organización y Procedimientos del departamento.
- Manual de Finanzas
- Normas, circulares e instrucciones generales referentes a sus actividades.
- Documento de la Carpeta Metodológica para esta actividad
- Publicaciones Mensuales Económico- Financieras del Centro.
- Actas de Activos fijos y fondos fijos por departamentos.
- Actas de cumplimiento de la Instrucción General 203.
- Informaciones de costos por área de responsabilidad.
- Estudios e investigaciones sobre costo-efectividad y costo por enfermedad.
- Estructura organizativa de la sección
- Actas del Consejo de Dirección, Vicedirecciones, Servicios y Departamentos (verificar análisis mensual de las publicaciones económico-financiera)

Indicadores a Evaluar:

Los establecidos por la Carpeta Metodológicas para esta actividad

Estándar 33 ACCESOS Y CIRCULACIONES

NIVEL 1.

La institución posee facilidades para la circulación de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas. Las diferentes áreas y locales están debidamente señalizadas y con su nivel de acceso según normas nacionales.

Verificar la seguridad y protección en la circulación de pacientes. Comprobar la señalización de áreas y facilidades para acceder a las áreas de mayor afluencia (urgencias, consultas, servicios diagnósticos, etc.) En entrevista a una muestra del 10% de pacientes y visitantes existe satisfacción en más de un 90% con el acceso y la señalización del centro teniendo en cuenta las regulaciones de la institución.

NIVEL 2.

Cuenta con señalización en el acceso al Servicio de Urgencias y accesos diferenciados para vehículos y peatones. El acceso a la institución así como la circulación por el mismo no tienen barreras arquitectónicas.

Comprobar la señalización en el Servicio de Urgencias y accesos diferenciados. Verificar que para acceder y para circular por la institución no existan barreras arquitectónicas.

NIVEL 3.

Brinda facilidades de desplazamiento a pacientes discapacitados y posee acceso vehicular exclusivo para el Servicio de Urgencias. Cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y la orientación al público.

Comprobar la existencia de rampas junto a escaleras y pasamanos en éstas, así como facilidades de circulación para camillas y sillones de ruedas. Verificar que el Servicio de Urgencias tenga un acceso vehicular y peatonal diferenciado del de la entrada del hospital. . Una muestra de un 10% pacientes y de visitantes refiere en más de un 90% satisfacción por los accesos y la orientación al público

ACCESOS Y CIRCULACIONES

Documentos a Revisar

- Señalización del hospital
- Facilidad para la circulación en casos de impedidos físicos.

Estándar 34 SEGURIDAD GENERAL

NIVEL 1.

Se cumplen las normas nacionales referidas a la protección de áreas y recursos de la institución. Cuenta con personal capacitado y organizado para enfrentar incendios y catástrofes. Existe un Plan de Prevención contra incendios y extintores manuales de diversos tipos con un Programa de Recarga aprobado por la autoridad competente. Posee dispositivo de alarma general y la institución está integrada al Programa Nacional de Defensa Civil teniendo actualizado y aprobado su Plan para situaciones excepcionales.

Verificar las normas de protección y su cumplimiento. Comprobar la existencia de brigadas contra incendios y el certificado de capacitación. Revisar el Plan de Prevención contra incendios y disponibilidad de extintores con su Programa de Recarga aprobado. Comprobar el dispositivo de alarma y la existencia de convenio con la Defensa Civil del territorio, así como el Plan para situaciones excepcionales.

NIVEL 2.

Existe un Cuerpo de Vigilancia y Protección responsabilizado las 24 horas con el trabajo de protección y vigilancia de la institución. Las brigadas capacitadas para enfrentar incendios y catástrofes se agrupan por áreas de trabajo. Cuenta con Manual de Organización y Procedimientos.

Verificar en el Departamento de Personal la relación de trabajadores de vigilancia y protección y su distribución de horarios y programación de guardias operativas. Revisar los listados de brigadas contra incendios, capacitación de sus miembros y distribución por áreas de trabajo.

NIVEL 3.

Cuenta con un sistema de extinción de incendios con tomas de agua diferenciadas y mangueras distribuidas en toda la institución. Cuentan con grupos de seguridad interna o están vinculados con Agencias de Seguridad Especializadas.

Revisar existencia y funcionalidad del sistema de extinción de incendios y de los Grupos de Seguridad o Agencia Especializada.

SEGURIDAD GENERAL

Documentos a Revisar

- Manual de Organización y Procedimientos de la unidad
- Normas nacionales de protección de áreas y recursos.
- Plan de Prevención contra incendios.
- Plan de Capacitación de las Brigadas contra incendios y su cumplimiento.
- Plan de recarga de extintores.
- Convenio con la Defensa Civil.

Indicadores que la institución debe controlar y presentar a la Comisión

- Indicadores establecidos en el Programa. Deben estar cumplimentados.
- % de delitos por tipo.
- Evaluación de las pérdidas.
- Índice de accidentes.

Estándar 35 MANTENIMIENTO

**Esta denominación comprende todas las actividades técnicas del mantenimiento y reparación de los equipos electromédicos y electromecánicos, así como también el mantenimiento constructivo del inmueble.*

NIVEL 1.

Existe una Estructura organizativa con un jefe que organiza las labores de mantenimiento que realiza cada grupo de trabajo, ya sea constructivo, electromédico o electromecánico. Este grupo tiene definida su misión, sus funciones específicas, incluso al nivel de trabajador, sus responsabilidades, deberes y obligaciones. En el caso de los equipos que no pueden recibir mantenimiento por la unidad existe convenio con otra entidad que lo garantiza y cumple. La institución posee una disponibilidad técnica de 80% en su equipamiento (calderas, plantas, motores, ascensores, transporte y demás elementos electromecánicos y electromédicos) El estado de conservación de los inmuebles y su mantenimiento es aceptable y sus dificultades están contempladas en el Plan Director de la institución. Cuenta con Manual de Organización y Procedimientos.

Comprobar la existencia de la estructura organizativa y el nombramiento de su jefe. Verificar documentos y cumplimiento de la organización, misiones y funciones específicas de cada grupo de trabajo así como sus controles periódicos y su cumplimiento durante el último año. Revisar los Planes de Mantenimiento Técnico-Productivo (MTP) y los convenios con otras entidades para ese fin. Comprobar que la disponibilidad técnica de la Institución esté como mínimo al 80%. Verificar la vitalidad constructiva, tanto interior como exterior (pinturas, falso techo, la carpintería, plomería, sistema sanitario e hidráulico) y constatar que los problemas están contemplados en el Plan Director.

NIVEL 2.

Existe una Sección de Mantenimiento jerarquizada por un ingeniero o técnico medio con más de tres años de experiencia, que dispone de talleres equipados con medios para la ejecución de los trabajos por especialidades. Tiene aplicada la carpeta metodológica para la organización, mantenimiento constructivo, electromecánica y electromedicina. Cuenta con toda la documentación relacionada con el mantenimiento, tales como: planes, carpetas técnicas, fichas técnicas, contratos y las proyecciones e inversiones necesarias. La Institución posee una disponibilidad técnica del 85% en su equipamiento (calderas, plantas, motores, ascensores, transporte y demás elementos electromecánicos y electromédicos). El estado de conservación de los inmuebles y su mantenimiento son satisfactorios.

Comprobar la jerarquización de la estructura organizativa y la existencia de talleres propios y su equipamiento. Verificar la aplicación de la Carpeta Metodológica y la existencia de la documentación relacionada con el mantenimiento. Comprobar que el coeficiente de disponibilidad técnico de la instalación esté, como mínimo, al 85%. Verificar en la plantilla el nombramiento al Jefe de Mantenimiento.

NIVEL 3.

El estado de los equipos es óptimo en todos los sentidos. Los equipos parados tienen una definición de solución y se encuentran conservados. No existen equipos de baja ni chatarra en la institución. Se cumplen los planes de Mantenimiento Técnico Productivo. La disponibilidad técnica es de 90% como mínimo. El estado de conservación y mantenimiento de los inmuebles se puede considerar óptimo en todas sus partes. La actividad de mantenimiento cuenta con un presupuesto de gastos internos y contratados y existen los controles de los costos existentes, así como de los indicadores técnico-económicos. Se aplica la computación en el control de la actividad técnico organizativa.

Verificar el estado óptimo de los equipos así como la conservación de los que están parados. Verificar el porcentaje de disponibilidad técnica. Comprobar la existencia de la vitalidad constructiva tanto interior como exterior (pinturas, falso techo, la carpintería, plomería, sistema sanitario e hidráulico) Verificar la existencia del presupuesto, control de costos y la aplicación de la computación.

MANTENIMIENTO

Documentos a revisar

- Manual de Organización y Procedimientos.
- Planes de Mantenimiento preventivo y su evaluación periódica:
 - a. De edificios.
 - b. De mobiliario
 - c. De equipamiento electromecánico e hidráulico
 - d. De equipamiento electromédico.

Indicadores a controlar por el Jefe de la Unidad Organizativa y que serán presentados a la Comisión.

- Coeficiente de disponibilidad técnica de los equipos y la tecnología.
- Cumplimiento de los planes de mantenimiento.
- Índice de roturas en los diferentes equipos

Estándar 36 ELECTRICIDAD

NIVEL 1.

Las instalaciones eléctricas de la red están aisladas, protegidas y señalizadas según las normas cubanas. La institución cuenta con plantas eléctricas en buen estado que suministran energía a las áreas vitales mediante arranque manual o automático. Se realizan pruebas periódicas de su funcionamiento según normas institucionales. El alumbrado garantiza una buena iluminación en toda la institución. Cuentan con Manual de Organización y Procedimientos y Plan de Mantenimiento Preventivo.

Comprobar aislamiento y protección de toda la red eléctrica del hospital. Verificar la existencia y funcionamiento de, al menos, una planta eléctrica, con arranque manual así como las áreas de la institución que reciben energía de ella. Comprobar que la iluminación es satisfactoria.

NIVEL 2.

La institución está protegida contra descargas atmosféricas y posee protección específica contra shock eléctrico en las áreas de Cuidados Intensivos y Unidad Quirúrgica. El sistema alternativo de electricidad tiene arranque y transferencia manual y automático. Los motores eléctricos tienen sus protecciones eléctricas en buen estado de calibración y llevan al menos un año sin accidentes por esta causa.

Verificar la existencia de un sistema de protección contra descargas eléctricas atmosféricas y específica contra shock eléctrico en equipos electromédicos de Cuidados Intensivos y Unidad Quirúrgica. Comprobar que las plantas eléctricas tengan y funcione el transferencial manual y automático. Los motores eléctricos presentan sus protecciones en buen estado. Comprobar que en último año la institución no haya tenido ningún accidente por este concepto.

NIVEL 3.

Existe un sistema de "puesta a tierra" independiente para equipos electromédicos. Se emplea la automática para el control de los consumos eléctricos. También se usa ésta en el arranque y pare de los equipos, sistemas básicos y en el control de los procesos. Existe una red computarizada para centralizar toda la información de la automática aplicada.

Comprobar la existencia de sistema de puesta a tierra independiente en equipos electromédicos u otros. Verificar el empleo de la automática y de la informática en cada uno de los aspectos señalados.

ELECTRICIDAD

Documentos a Revisar:

- Normas Institucionales para Pruebas y Funcionamiento de las instalaciones eléctricas.
- Manual de Organización y Procedimientos
- Registro de Accidentes del Trabajo
- Plan de Mantenimiento Preventivo de equipos e instalaciones

Estándar 37 TERMOENERGÉTICA

* Este concepto agrupa a los sistemas de vapor, de clima y refrigeración. No se evalúa en aquellos institutos que no tengan este Departamento

NIVEL 1.

Las áreas de atención a pacientes poseen condiciones ambientales adecuadas y poseen equipos para garantizarlas, tales como extractores, ventiladores y/o acondicionadores de aire. Cuentan con capacidad de refrigeración para la conservación y congelación de alimentos y otros productos. La mayoría de una muestra significativa de pacientes refiere satisfacción por las condiciones ambientales de la institución. Las áreas críticas como salones quirúrgicos, de partos y legrados y unidades cerradas (terapias, quemados, Neonatología, etc.) poseen climatización adecuada. Cuentan con Manual de Organización y Procedimientos y Plan de Mantenimiento Preventivo de los equipos e instalaciones.

Comprobar las condiciones de iluminación, ventilación y temperatura existentes en las diferentes áreas de atención a pacientes. Comprobar que la capacidad de refrigeración del centro es suficiente. Interrogar a una muestra de pacientes hospitalizados y ambulatorios acerca de su grado de satisfacción por las condiciones ambientales del centro. Verificar climatización en las áreas críticas. Revisar Manual de Organización y Procedimientos y Plan de Mantenimiento Preventivo.

NIVEL 2.

Existe y funciona sistema de generación de vapor; sus instalaciones y las de climatización están insuladas. Existen suficientes equipos de refrigeración para la conservación y congelación de productos. La unidad quirúrgica posee climatización central. Todas las demás áreas críticas poseen climatización aunque no necesariamente central.

Verificar la existencia y estado de las calderas, que garanticen eficientemente la generación de vapor. Comprobar que sus instalaciones y las de clima estén insuladas. Comprobar que los equipos de refrigeración funcionan adecuadamente y satisfacen las necesidades del centro. Verificar funcionamiento adecuado de la climatización central que da cobertura a la unidad quirúrgica. Comprobar también climatización de las demás áreas críticas.

NIVEL 3.

Tienen declarada "eficiente" el área de calderas. Todas las áreas críticas poseen climatización central que cumple con los requisitos de óptima calidad y requerimientos epidemiológicos como filtros absolutos, reposición de aire al 100%. Las instalaciones de clima y vapor no tienen salideros.

Verificar la eficiencia del sistema de generación y distribución de vapor. Comprobar que la climatización de áreas críticas funciona adecuadamente y cumple todos los requisitos y requerimientos establecidos. Comprobar que no existen salideros en las instalaciones de clima y vapor.

Estándar 38 SITUACION DEL AGUA Y CONTROL DE RESIDUALES

NIVEL 1.

Existe capacidad de almacenamiento de agua potable suficiente para abastecer al centro por un mínimo de 24 horas. Se garantiza el suministro permanente de agua corriente en las áreas de riesgo y existe disponibilidad de agua caliente para el baño de pacientes a demanda. Dispone de un sistema de eliminación de residuales líquidos aprobado por la autoridad competente. La eliminación de residuales sólidos se ajusta a las normas de la localidad donde está ubicada la institución.

Verificar capacidad de almacenamiento y comparar con el consumo diario. Comprobar tratamiento del agua, sus resultados y la seguridad de los depósitos. Comprobar sistema de alcantarillado y disposición final de residuales líquidos así como de residuales sólidos, que garanticen la eliminación de riesgos para el medio ambiente y la sociedad. Revisar documentos que avalen la aprobación por las autoridades competentes.

NIVEL 2.

La institución cuenta con bebederos o cajas de agua en pasillos, salas de hospitalización u otros lugares para el suministro de agua fría a los pacientes. Existe y se utiliza el procedimiento establecido para el tratamiento de las aguas residuales. Se cuenta con un incinerador propio o conveniado que garantiza la quema adecuada de residuales sólidos de riesgo (vísceras, basuras y otros). Las instalaciones hidrosanitarias están en buen estado y no existe pérdida significativa de agua potable.

Verificar la existencia y buen funcionamiento de los bebederos y/o cajas de agua.. Verificar existencia y funcionamiento del incinerador y en los casos conveniados revisar la rutina que lo garantiza. Comprobar el estado de las instalaciones hidrosanitarias así como el nivel de salideros existente en la red , evaluando las pérdidas de agua que ocasionan.

NIVEL 3.

En las áreas de alto consumo existen equipos para la recuperación y uso de las aguas residuales aprovechables. También se da tratamiento adecuado a los residuales no aprovechables. Se cumplen los Índices de consumo aprobados por el acueducto para el centro (1m^3 x cama útil) Existen metros contadores en áreas de alto consumo. El sistema para el suministro de agua caliente para el baño está integrado a la red hidráulica.

Verificar la existencia y funcionamiento de equipos para la recuperación de aguas residuales. Comprobar los consumos diarios de los últimos 6 meses y su índice de consumo contra cama ocupada (el exceso de consumo demuestra la existencia de salideros o de mantenimientos deficientes que deben comprobarse). Verificar la existencia de metros contadores en áreas de alto consumo y que el sistema de agua caliente está integrado a la red hidráulica.

SITUACION DEL AGUA Y CONTROL DE RESIDUALES

Documentos a Revisar

- Plan de mantenimiento preventivo hidráulico
- Convenios con otras entidades.

Estándar 39 GAS, COMBUSTIBLE Y SERVICIOS ESPECIALES

** La denominación de Servicios Especiales comprende a las instalaciones de oxígeno, aspiración, aire comprimido y oxido nitroso.*

NIVEL 1.

Las instalaciones y depósitos tienen la aprobación de la autoridad competente y poseen dispositivos de control y seguridad. Los gases medicinales y la aspiración se administran por equipos individuales portátiles que cumplen con las normas de seguridad y protección establecidas.

Verificar las instalaciones y depósitos de gas, combustible y oxígeno, así como su certificado de aprobación por las autoridades competentes y los dispositivos de control y seguridad. Comprobar la existencia de equipos individuales de oxígeno, nitroso, aire comprimido y aspiración. Verificar que la institución no haya tenido en el último año ningún accidente por este concepto.

NIVEL 2.

La institución cuenta con bancos de oxígeno y nitroso centrales. Estos poseen bandas dobles con controles automáticos de alarma y válvulas de cierre y sectorización. Existe sala de compresores de aire comprimido y vacío.

Verificar la existencia y estado de conservación y funcionamiento de los bancos de oxígeno y nitroso, las dobles bandas, los sistemas automáticos de alarma, válvulas de cierre y sectorización. Comprobar también la existencia y funcionamiento de la sala de compresores de aire comprimido y vacío.

NIVEL 3.

Existe bala central de oxígeno medicinal acoplado a la línea que abastece a las diferentes áreas que la necesitan. Existe bala central de nitrógeno. Ambas cumplen las medidas de seguridad y protección.

Verificar existencia y estado técnico de las balas de oxígeno y nitrógeno así como el cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas al efecto.