# GSH-01 Gobierno hospitalario

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El Reglamento funcional interno del hospital se corresponde con el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública vigente. |  |  |  |
| La Estructura funcional del hospital se corresponde con lo aprobado por el Ministerio de Salud Pública para la categoría de la institución. |  |  |  |
| El hospital dispone de la misión y la visión. |  |  |  |
| Se cumple lo establecido en el Reglamento funcional del Consejo de Dirección. |  |  |  |
| Se cumple el Plan anual de temas del Consejo de Dirección. |  |  |  |
| Las actas del Consejo de Dirección y del Consejo Económico Administrativo se adhieren a las orientaciones vigentes y se corresponden con el plan de temas aprobados. |  |  |  |
| Se cumple el Plan anual de actividades principales de la institución. |  |  |  |
| Se cumple el Plan anual de temas de la Comisión de Cuadros y se documenta |  |  |  |
| Se cumple el Plan de anual de temas del Consejo Científico y se documenta. |  |  |  |
| Los Objetivos institucionales se corresponden con los Objetivos estratégicos ministeriales vigentes. |  |  |  |
| Establecido y documentado el sistema de entregas de guardias matinal y vespertina |  |  |  |
| Funciona la política institucional de ingresos y de atención ambulatoria. |  |  |  |
| Funciona el sistema de referencia y contrarreferencia en la institución. |  |  |  |
| El Plan Director del hospital es pertinente. |  |  |  |
| Se cumple la ejecución del Presupuesto Anual aprobado y las justificaciones valorativas son adecuadas. |  |  |  |
| Los Comités de calidad funcionan de acuerdo con lo establecido. |  |  |  |
| El hospital implementa la Estrategia de Gestión de la Calidad. |  |  |  |
| Está actualizado y se cumple lo establecido para el Expediente de Acciones de Control. |  |  |  |
| El Comité de prevención y control funciona de acuerdo con lo establecido. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El Plan de prevención de riesgos es pertinente |  |  |  |
| Poseen los departamentos y servicios los Manuales de organización y procedimientos, los protocolos de actuación y las guías de prácticas clínicas. |  |  |  |
| Se realizan acciones para la atención a colaboradores y se documenta. |  |  |  |
| Funciona la Comisión de Ética Médica del hospital y se documenta. |  |  |  |
| Está implementado el Sistema de ciencia e innovación tecnológica. |  |  |  |
| Están definidas las relaciones contractuales de la institución. |  |  |  |
| El hospital dispone de un plan para la defensa y situaciones excepcionales. |  |  |  |
| Comité de contratación, cobros y pagos y comisión de divisas. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Expediente jurídico de la institución. |  |  |  |
| Reglamento General de Hospitales vigente. |  |  |  |
| Reglamento Funcional Interno. |  |  |  |
| Estructura funcional del hospital y su correspondencia con la orientada por el MINSAP según categoría otorgada al hospital. |  |  |  |
| Nombramiento del Director, de los miembros del Consejo de Dirección y de todos los órganos asesores de la Dirección del hospital. |  |  |  |
| Reglamento Funcional del Consejo de Dirección. |  |  |  |
| Plan anual de Temas del Consejo de Dirección. |  |  |  |
| Actas del Consejo de Dirección y del Consejo Económico Administrativo. |  |  |  |
| Plan de las actividades principales de la institución. |  |  |  |
| Plan de Trabajo mensual del Director y de los directivos. |  |  |  |
| Plan Director de la institución. |  |  |  |
| Plan anual de Temas de la Comisión de Cuadros. |  |  |  |
| Plan anual de Temas del Consejo Científico del hospital. |  |  |  |
| Objetivos institucionales y su correspondencia con los Objetivos vigentes del MINSAP. |  |  |  |
| Sistema de garantía de la continuidad de la atención médica. |  |  |  |
| Expediente de Acciones de Control. |  |  |  |
| Plan de Prevención de Riesgos. |  |  |  |
| Actas del Comité de Prevención y Control. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Relaciones contractuales de la institución vigencia y requisitos de calidad de las mismas. |  |  |  |
| Política institucional de ingresos electivos y atención ambulatoria. |  |  |  |
| Sistema de referencia y contrarreferencia. |  |  |  |
| Manual de Organización y Procedimientos. |  |  |  |
| Funcionamiento de la Comisión de Atención a los Colaboradores. |  |  |  |
| Funcionamiento de la Comisión de Ética del hospital. |  |  |  |
| Actas del Comité de contratación, cobros y pagos y comisión de divisas. |  |  |  |

# GSH-02 Gestión de la calidad y seguridad del paciente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Existe un plan de Gestión de la Calidad, con objetivos, acciones y tareas que se controlan periódicamente. |  |  |  |
| Se discuten y evalúa el cumplimiento de las acciones de calidad y Seguridad del paciente, en el Consejo de Dirección del hospital. |  |  |  |
| El hospital cuenta con las disposiciones y normativas vigentes relacionadas con su misión. |  |  |  |
| El personal conoce las disposiciones y normativas vigentes en correspondencia con sus funciones y con los procesos que realiza. |  |  |  |
| Existe un programa de capacitación del personal, relacionado con la calidad y la seguridad del paciente y se controla su cumplimiento. |  |  |  |
| El personal que labora en el hospital cumple los requisitos que se establecen para el cumplimiento de sus funciones. |  |  |  |
| El personal tiene información de los objetivos y acciones que se acometen en virtud de la calidad y la seguridad del paciente. |  |  |  |
| Se identifican los riesgos de eventos centinelas, adversos e incidencias y se toman acciones para su solución o mitigación. |  |  |  |
| Se registran y analizan los eventos centinelas, adversos e incidencias y se identifican las oportunidades de mejora. |  |  |  |
| Se encuentran funcionados los Comités y círculos de calidad. |  |  |  |
| Se implementan mecanismos para la búsqueda activa de la satisfacción de pacientes, acompañantes, visitantes, estudiantes y prestadores (encuestas, reuniones deacompañantes, pacientes, prestadores, estudiantes, residentes) y se toman acciones. |  |  |  |
| Se atienden, analizan y se les ofrece respuesta a los planteamientos realizados por pacientes, acompañantes, estudiantes y prestadores. |  |  |  |
| El hospital cuenta con personal capacitado, en ejercicio, para atender la actividad de metrología. |  |  |  |
| El metrológo cumple con sus funciones y se encuentra integrado a los procesos de asistencia, docencia e investigación del hospital. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Se controla el estado de aptitud y verificación de los instrumentos de medición de acuerdo con lo establecido y al aseguramiento metrológico que se dispone. |  |  |  |
| El hospital implementa un Plan de mantenimiento de la tecnología médica, no médica y para la instalación hospitalaria. El hospital implementa un plan de inversiones dirigido a la seguridad hospitalaria y al aseguramiento de los procesos. |  |  |  |
| El hospital implementa planes de medidas para la solución de los señalamientos identificados en diferentes formas de control. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Plan de gestión de la calidad. |  |  |  |
| Disposiciones y normativas vigentes relacionadas con la función hospitalaria. |  |  |  |
| Actas del Consejo de Dirección. |  |  |  |
| Actas de las reuniones de los Comités y Círculos de Calidad. |  |  |  |
| Registro del personal capacitado. |  |  |  |
| Plan de calibración y verificación. |  |  |  |
| Plan de mantenimiento de la tecnología médica, no médica y para la instalación hospitalaria. |  |  |  |
| Plan de inversiones. |  |  |  |
| Base de datos de instrumentos de medición. |  |  |  |
| Contratos con los prestadores de los servicios de metrología. |  |  |  |
| Registro de atención a la población. |  |  |  |
| Actas de las reuniones de acompañantes, pacientes, prestadores, estudiantes, residentes. |  |  |  |
| Registro de los eventos centinelas, adversos e incidencias y los riesgos de éstos. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Registros de aplicación de las guías de autocontrol asociadas a la asistencia, economía y satisfacción. |  |  |  |
| Planes de medidas para la solución de los problemas identificados en los controles realizados y su seguimiento. |  |  |  |

# GSH-03 Gestión de la seguridad y protección hospitalaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Existencia de la documentación referente a leyes, códigos y regulaciones vigentes relacionadas con el funcionamiento como instalación sanitaria. |  |  |  |
| Conocimiento por parte de los directivos del hospital, del contenido de los documentos referidos en el inciso anterior. |  |  |  |
| El hospital cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados para garantizar la seguridad y protección. |  |  |  |
| El hospital desarrolla programas documentados que describen el proceso de gestión de riesgos para la protección de pacientes, familiares, visitantes, prestadores y medioambiente. |  |  |  |
| El hospital tiene implementadas acciones para la atención a personas con necesidades especiales. |  |  |  |
| El hospital posee un programa para el inventario, la manipulación, el almacenamiento y el uso de sustancias peligrosas. |  |  |  |
| El hospital dispone de un programa para el manejo y disposición de desechos peligrosos. |  |  |  |
| El plan director de inversiones y de mantenimiento, contemplan acciones dirigidas al cumplimiento de los requisitos necesarios para la seguridad y protección de la institución. |  |  |  |
| El hospital establece e implementa programas y planes para la prevención y enfrentamiento de situaciones excepcionales. |  |  |  |
| El hospital posee y cumple el plan seguridad y protección. |  |  |  |
| El hospital posee y cumple el plan de seguridad informática. |  |  |  |
| El hospital implementa un programa para garantizar que los sistemas de suministros básicos funcionen de manera eficaz y eficiente. |  |  |  |
| El hospital establece un plan de mantenimiento para el equipamiento, a partir del inventario del mismo. |  |  |  |
| El hospital tiene un plan contra incendios que incluye la habilitación del personal. |  |  |  |
| El hospital tiene un plan de emergencia y evacuación de incendio. |  |  |  |
| El hospital dispone de un plan de protección a la información clasificada. |  |  |  |
| El hospital adopta y utiliza los formularios del Índice de seguridad hospitalaria, que le son aplicables. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Disposiciones y normativas vigentes relacionadas con el funcionamiento como instalación sanitaria. |  |  |  |
| Plan director. |  |  |  |
| Plan de inversiones. |  |  |  |
| Plan de mantenimiento constructivo. |  |  |  |
| Plan de la defensa. |  |  |  |
| Programa de enfrentamiento de situaciones excepcionales. |  |  |  |
| Plan contra incendios. |  |  |  |
| Registros de habilitación del personal para la seguridad y protección. |  |  |  |
| Plan de emergencia y evacuación de incendio. |  |  |  |
| Plan de protección a la información clasificada. |  |  |  |
| Programa de enfrentamiento a desastres naturales y sanitarios. |  |  |  |
| Programa para el manejo de desechos peligrosos. |  |  |  |
| Plan de seguridad informática. |  |  |  |
| Programa para el inventario, la manipulación, el almacenamiento y el uso de sustancias peligrosas. |  |  |  |
| Plan de mantenimiento del equipamiento y las tarjetas de control. |  |  |  |
| Inventario actualizado de equipos médicos y no médicos. |  |  |  |
| Evidencia documental sobre el cumplimiento del programa dirigido al funcionamiento de los sistemas de suministros básicos (contratos, planes, certificaciones,entre otras). |  |  |  |
| Evidencias de la adopción de los formularios para la evaluación de hospitales seguros. |  |  |  |

# GSH-04 Gestión de capital humano

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Constitución y funcionamiento del Comité de expertos para la recomendación sobre la idoneidad demostrada de los trabajadores. |  |  |  |
| Aplicación del período de prueba. |  |  |  |
| Cumplimiento de un programa de acogida. |  |  |  |
| Existencia del Reglamento disciplinario interno. |  |  |  |
| Procedimientos establecidos para la selección del personal. |  |  |  |
| Confirmación de la idoneidad de los trabajadores por el director del hospital o por la autoridad en quien haya delegado y con posterioridad al período de prueba. |  |  |  |
| Actualización del Registro de profesionales de la salud. |  |  |  |
| Programa de acciones que se realizan para el reconocimiento de los resultados de los trabajadores. |  |  |  |
| Utilización de vías de comunicación de diversa índole, en especial la realización y participación en las reuniones departamentales y asambleas. |  |  |  |
| Métodos empleados para conocer la satisfacción de los trabajadores. |  |  |  |
| Sistema de mejoras en las condiciones de trabajo. |  |  |  |
| Plantilla de cargos de acuerdo con las necesidades asistenciales. |  |  |  |
| Definición de las atribuciones y obligaciones de cada cargo. |  |  |  |
| Elaboración del plan de capacitación y desarrollo en relación con las necesidades identificadas. |  |  |  |
| Acciones de capacitación y educación continuas efectuadas. |  |  |  |
| Inclusión de necesidades de capacitación en las evaluaciones de los trabajadores y la valoración de su cumplimiento. |  |  |  |
| Evaluaciones de los trabajadores como mínimo de forma anual de una manera integral donde se midan los resultados del trabajo con la eficiencia, calidad yproductividad requeridas y el cumplimiento de las normas de conductas, dadas fundamentalmente en el Reglamento disciplinario interno y se defina recomendaciones. |  |  |  |
| En los prestadores se mide el cumplimiento de los principios de la ética médica, los valores de carácter social, moral o humano que prestigien la medicina cubana y la actualización de conocimientos y habilidades necesarias propias de sus funciones. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Utilización de los resultados de las evaluaciones para acciones individuales y organizacionales en función de la mejora continua de la calidad en la atención a lospacientes. |  |  |  |
| Existencia de la documentación que respalda legalmente el cumplimiento de los requisitos exigibles para cada puesto de trabajo, así como los deberes a cumplir y la historia laboral de cada trabajador. |  |  |  |
| Definidas las funciones de los puestos de trabajo. Definidas las obligaciones y atribuciones de cada cargo. |  |  |  |
| Se identifican las necesidades de aprendizaje de los trabajadores, relacionadas con sus puestos de trabajo para el proceso de capacitación del personal. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos de Recursos humanos con los procedimientos de selección e integración. |  |  |  |
| Manual de funcionamiento Interno con las obligaciones y atribuciones de los cargos de la plantilla. |  |  |  |
| Contratos de trabajo. |  |  |  |
| Programa de acogida laboral. |  |  |  |
| Acta de constitución del Comité de expertos. |  |  |  |
| Actas de funcionamiento del Comité de expertos. |  |  |  |
| Comunicaciones sobre la confirmación de la idoneidad demostrada por los directores. |  |  |  |
| Registro de profesionales del hospital. |  |  |  |
| Convenio colectivo de trabajo. |  |  |  |
| Reglamento disciplinario interno. |  |  |  |
| Programa de estimulación moral. |  |  |  |
| Actas de reuniones departamentales y asambleas. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Actas de la comisión de ética médica. |  |  |  |
| Resultados de encuestas o entrevistas para conocer sobre la satisfacción laboral. |  |  |  |
| Organigrama de dirección. |  |  |  |
| Plantilla de cargos. |  |  |  |
| Registro de trabajadores. |  |  |  |
| Plan de capacitación y desarrollo en relación con las necesidades identificadas. |  |  |  |
| Registros de acciones de capacitación y educación continuas. |  |  |  |
| Proyecciones de necesidades de capacitación en las evaluaciones de los trabajadores y la valoración de su cumplimiento. |  |  |  |
| Normas para la evaluación de los trabajadores establecidas en el Convenio colectivo de trabajo. Protocolos con las evaluaciones realizadas. |  |  |  |
| Actas de los Consejos de Dirección. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Evaluaciones del desempeño de los trabajadores. |  |  |  |

# GSH-05 Gestión en la farmacia hospitalaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Existe un Licenciado en Ciencias Farmacéuticas responsable del departamento de farmacia hospitalaria. |  |  |  |
| Se dispone de un área administrativa donde el director técnico realiza las labores de dirección. |  |  |  |
| El servicio posee la documentación con especificación de responsabilidades y funciones para cada puesto de trabajo y es conocido por todo el personal. |  |  |  |
| Se evalúan las necesidades de personal y de equipamiento para alcanzar los objetivos propuestos. |  |  |  |
| Se realiza la evaluación y mejora continua de los procesos ejecutados en el servicio farmacéutico. |  |  |  |
| Las normativas vigentes existen y están archivados y organizados cronológicamente. Con evidencias de que a todo el personal se le dio a conocer las mismas,las dominen y se evalúa su cumplimiento, así como material docente y de consulta que garantice el desarrollo de las actividades relacionadas con la capacitación. |  |  |  |
| Todas las áreas del Departamento forman un conjunto o unidad funcional, con un flujo adecuado que garantice fácil acceso desde el interior y exterior del establecimiento asistencial. |  |  |  |
| Se cumple en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios las regulaciones internas para la circulación de personas y equipos. |  |  |  |
| Se dispone de soporte informático, cristalería, estantes, gaveteros, muebles, insumos, materiales de oficina, y parles, así como de instalaciones de gas, agua, redeléctrica, comunicación y regulación de la temperatura adecuada, protecciones de Seguridad e instalaciones sanitarias para el personal. |  |  |  |
| La vía de acceso al servicio será diferente a la de las vías sucias de la unidadasistencial. |  |  |  |
| Se dispone de una plantilla completa de trabajadores, profesionales, técnicos, de servicio y auxiliares. |  |  |  |
| Se dispone de un registro individualizado y actualizado de su personal en cuanto a formación, experiencia y evaluaciones realizadas a los mismos. |  |  |  |
| Se garantiza la presencia física de los profesionales farmacéuticos o técnicos todo el tiempo que permanezca abierto el servicio. La farmacia tiene servicio las 24 h. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos de farmacia hospitalaria. |  |  |  |
| Programa Nacional de Medicamentos. |  |  |  |
| Circulares técnicas de farmacia vigentes. |  |  |  |
| Resoluciones e instrucciones ministeriales vigentes. |  |  |  |
| Cuadro básico de medicamentos de la institución. |  |  |  |
| Acta de constitución del Comité Farmacoterapéutico. |  |  |  |
| Expedientes laborales en el Departamento de Recursos humanos, títulos y capacitaciones necesarias para el personal que labora en el sistema de la FarmaciaHospitalaria. |  |  |  |
| Expediente laboral en el Departamento de Recursos humanos, el título y nombramiento del Jefe del Departamento de Farmacia Hospitalaria. |  |  |  |

# GSH-06 Selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| La selección de los medicamentos del cuadro básico parte del análisis de la demanda de los servicios, lo asesora el Comité Farmacoterapéutico y se revisa deforma sistemática. |  |  |  |
| Definidos los *stock* mínimos de medicamentos que se requieren en todos los servicios. |  |  |  |
| Posee el hospital la planificación de los medicamentos acorde con su nivel de actividad y según lo establecido en el Programa Nacional de Medicamentos. |  |  |  |
| Se emplea el mecanismo de solicitud de medicamentos por urgencia o no contenidos en el Cuadro básico del país. |  |  |  |
| Los pedidos se realizan cumpliéndose los plazos de reaprovisionamiento de la institución y teniendo en cuenta los máximos y los mínimos. El cálculo de los mismos se reevalúa según lo establecido en el Manual de normas y procedimientos de farmacia hospitalaria. |  |  |  |
| Los productos almacenados (material sanitario, especialidades farmacéuticas; etc.), están separados y debidamente clasificados e identificados, según normas de almacenamiento. |  |  |  |
| Se cumplen las Buenas Prácticas de Almacenamiento y de las disposiciones para la seguridad del trabajador. |  |  |  |
| El almacenamiento de medicamentos que constituyen estupefacientes, psicotrópicos o similares a las drogas, así como de explosivos y sustancias inflamables según las condiciones de seguridad para la preservación y manipulación de estos productos, con el cumplimiento de las normas establecidas. |  |  |  |
| Está actualizado el Registro de control de fechas de vencimiento y se realiza la rotación de lotes en el almacén del departamento de farmacia y en los servicios. |  |  |  |
| Se controlan y se registran los medicamentos retenidos y se realiza la destrucción de medicamentos de acuerdo con las normas vigentes. |  |  |  |
| Existe capacidad suficiente para la conservación de los medicamentos termolábiles y neveras con rangos de temperatura adecuada. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Se dispone de zonas de recepción de pedidos de salas y recetas; para la preparación de los pedidos de los servicios y para los medios de traslado de medicamentos. |  |  |  |
| Las solicitudes y los pedidos de la Farmacia a la Empresa distribuidora de medicamentos, cumplen con las normas establecidas. |  |  |  |
| El despacho y reposición de medicamentos se realiza como lo establece el Manual de normas y procedimientos |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos de farmacia hospitalaria. |  |  |  |
| Programa Nacional de Medicamentos. |  |  |  |
| Circulares técnicas de farmacia vigentes. |  |  |  |
| Resoluciones e instrucciones ministeriales vigentes |  |  |  |
| Cuadro básico de medicamentos de la institución. |  |  |  |
| Actas del Comité Farmacoterapéutico. |  |  |  |
| Libro de control de fechas de vencimiento y rotación de lotes. |  |  |  |
| Registro de control de medicamentos retenidos. |  |  |  |
| Modelos de pedidos de sala y de empresa distribuidora de medicamentos. |  |  |  |
| Expedientes de solicitud de medicamentos no contenidos en el cuadro básico de salud. |  |  |  |

# GSH-07 Gestión de la información

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos se tienen en cuenta en los procesos de planificación. |  |  |  |
| Las necesidades de información de quienes gestionan el hospital se tienen en cuenta en los procesos de planificación. |  |  |  |
| Las necesidades de información y requisitos de las personas y organismos externos al hospital se consideran en los procesos de planificación. |  |  |  |
| La planificación se basa en el tamaño y la complejidad del hospital. |  |  |  |
| El hospital tiene un proceso escrito que protege la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información. El proceso cumple con las disposiciones y normativas vigentes. |  |  |  |
| Las fuentes de información de cada sistema son únicas, veraces y confiables. |  |  |  |
| El proceso identifica el nivel de confidencialidad que se mantiene para categorías diferentes de datos e información. |  |  |  |
| Se identifica a las personas que necesitan o tienen un puesto que les permite acceder a cada categoría de datos e información. |  |  |  |
| Se monitoriza y se evidencia el cumplimiento del proceso. |  |  |  |
| El hospital cumple el tiempo de retención de las historias clínicas y de otros datos e información de los pacientes acorde con lo establecido. |  |  |  |
| El proceso de retención brinda la confidencialidad y seguridad esperadas. |  |  |  |
| Las historias clínicas, los datos y la información se destruyen de modo tal que no comprometan la confidencialidad y la seguridad |  |  |  |
| Se usan códigos de diagnóstico y procedimientos, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, y se controla su uso. |  |  |  |
| Se usan definiciones, símbolos y abreviaturas estandarizadas, las que no deben ser usadas están identificados y se controlan. |  |  |  |
| Los pacientes y familiares reciben datos e información oportuna, de forma que facilite la comunicación y satisfaga sus necesidades. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El personal tiene acceso a los datos y a la información que necesita para cumplir con las responsabilidades de su puesto de trabajo. |  |  |  |
| Las partes interesadas en la tecnología de la información para la salud participan en la selección, implementación y análisis de dicha tecnología y cumple con losrequerimientos que establece la seguridad informática. |  |  |  |
| Los sistemas de tecnología de la información se evalúan y prueban en forma previa a su implementación. |  |  |  |
| Los sistemas de tecnología de la información para la salud se evalúan luego de su implementación en cuanto a su capacidad de uso, efectividad y seguridad de lospacientes. |  |  |  |
| Las historias clínicas y la información están protegidas contra pérdida, daño, destrucción, manipulación, contra el acceso y el uso no autorizado o indebido. |  |  |  |
| La formación está relacionada con la necesidad de datos e información inherentes a las responsabilidades del puesto de trabajo de la persona. |  |  |  |
| Los datos e información administrativos y clínicos se integran, siempre que sea necesario, para colaborar en la toma de decisiones. |  |  |  |
| Existe un documento guía que define por escrito los requisitos para desarrollar y mantener políticas, procedimientos y programas que incluye al menos:• La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de una persona autorizada en forma previa a su emisión.• El proceso y la frecuencia de revisión y aprobación continúa de los documentos.• Los controles para asegurar que estén disponibles únicamente las versiones vigentes y relevantes de los documentos.• Cómo pueden identificarse los cambios en un documento.• El cuidado de la identidad y la legibilidad del documento.• Un proceso para la gestión de documentos originados fuera del hospital.• La retención de documentos obsoletos al menos durante el tiempo que requieren las disposiciones y normativas vigentes, al mismo tiempo asegura que talesdocumentos no se emplearán por error.• La identificación y seguimiento de todos los documentos en circulación. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Hay formatos estandarizados para todos los documentos similares. |  |  |  |
| Los requisitos del documento guía se implementan y evidencian en las políticas, procedimientos y programas que se encuentran en todo el hospital. |  |  |  |
| Las políticas, los procedimientos y los planes se encuentran disponibles y el personal tiene acceso a los documentos relevantes para sus responsabilidades. |  |  |  |
| El personal está capacitado y utiliza los documentos relevantes para sus responsabilidades. |  |  |  |
| Los requisitos de las políticas, de los procedimientos y de los planes están implementados por completo y se evidencian en las acciones individuales de losmiembros del personal. |  |  |  |
| La implementación de políticas, procedimientos y planes está monitorizada y respaldada por la información correspondiente. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manuales de organización y procedimientos hospitalarios. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Actas e informes de trabajo. |  |  |  |
| Expedientes laborales de los trabajadores. |  |  |  |
| Planes de compras e inversiones. |  |  |  |
| Codificadores de diagnósticos, procedimientos y funcionalidad |  |  |  |
| Planes de capacitación e informes de su cumplimiento. |  |  |  |
| Sistemas de información estadística que respalden los programas y planes, sus fuentes de información e informes emitidos por la institución. |  |  |  |

# GSH-08 Historia clínica del paciente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Cada paciente hospitalizado o atendido en consulta externa tiene su historia clínica estacionaria. |  |  |  |
| El proceso de confección, registro y conservación de la historia clínica cumple con lo establecido y contiene información suficiente para identificar al paciente,respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar la evolución, donde se evidencie el pensamiento médico. |  |  |  |
| Las historias clínicas se conservan y custodian según lo establecido. |  |  |  |
| En las historias clínicas se identifica autoría, fecha y horario de ingreso, egreso, así como en cada anotación del proceso de atención. |  |  |  |
| Las historias clínicas de los pacientes egresados incluyen un resumen de la atención médica recibida, diagnóstico definitivo, su estado al egreso y las indicaciones para su seguimiento. |  |  |  |
| Existe registro de las personas autorizadas a acceder a historias clínicas de pacientes. |  |  |  |
| Las anotaciones en las historias clínicas son realizadas por las personas autorizadas, con la identificación correspondiente. |  |  |  |
| Existe un procedimiento para asegurar que solo las personas autorizadas tengan acceso a las historias clínicas de los pacientes y cumple el principio de confidencialidad |  |  |  |
| Existe un procedimiento que aborda cómo se corrigen o sobrescriben las anotaciones en la historia clínica del paciente. |  |  |  |
| Se evalúa de manera concurrente y retrospectiva una muestra de historias clínicas con la frecuencia y metodología establecida. |  |  |  |
| Los resultados del proceso de evaluación se incorporan al mecanismo de supervisión de la calidad del hospital. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Manuales de organización y procedimientos hospitalarios. |  |  |  |
| Resoluciones de nombramiento de los comités de evaluación técnica. |  |  |  |
| Actas de los Comités de evaluación de la historia clínica. |  |  |  |
| Registros de control de entrada y salida del archivo de historias clínicas. |  |  |  |
| Registro del personal autorizado para el acceso a las historias clínicas. |  |  |  |
| Registro del personal autorizado para realizar las anotaciones en las historias clínicas. |  |  |  |
| Convenios para la realización de interconsultas y seguimiento de la atención primaria. |  |  |  |
| Modelo 53-59, Evaluación cualitativa de historias clínicas. |  |  |  |

# GSH-9 Higiene y epidemiología hospitalaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| El hospital dispone de una estructura para asumir la conducción del Programa de Epidemiología Hospitalaria, de acuerdo con su nivel. |  |  |  |
| Existe un comité de prevención y control que coordina las actividades de higiene y epidemiología hospitalaria con la participación de todo el personal. |  |  |  |
| Existe un programa de prevención y control de infecciones. |  |  |  |
| En el presupuesto del hospital está previsto proporcionar recursos para apoyar el programa de prevención y control de higiene y epidemiología. |  |  |  |
| El hospital diseña e implementa un programa integral para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria Se realizan acciones de vigilancia con un enfoque basado en riesgos. |  |  |  |
| Se controlan los procedimientos médicos y de enfermería dirigidos a reducir el riesgo de infección. |  |  |  |
| Se asegura la limpieza y desinfección de la tecnología y mobiliario medico Se controlan y cumplen los procesos de limpieza, desinfección y esterilización, asícomo el manejo adecuado de lavandería, ropa de cama y la reutilización de los dispositivos médicos, en correspondencia con lo establecido. |  |  |  |
| Se utilizan, manejan, trasladan y disponen el material biológico y sustancias peligrosas de acuerdo con lo establecido. |  |  |  |
| Se cumple con la inocuidad de los alimentos de acuerdo con lo establecido en las normas cubanas obligatorias. |  |  |  |
| El hospital reduce el riesgo de infección y accidentes en las instalaciones, asociado con los controles mecánicos y de ingeniería, así como durante la demolición,construcción y renovación estructural. |  |  |  |
| El hospital proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, familiares y prestadores de las enfermedades transmisibles El hospital gestiona, dispone y utilizan los equipos de protección necesarios para cada puesto de trabajo. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El hospital realiza las acciones establecidas en relación con la atención a la salud de los trabajadores y dispone de registro de accidentes y enfermedades profesionales. |  |  |  |
| El proceso de prevención y control de infecciones se integra con el programa general para la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes. |  |  |  |
| El hospital proporciona educación sobre las prácticas de prevención y control de infecciones al personal, a los médicos, a los pacientes, a las familias y a otrosencargados del cuidado cuando esté indicado por su participación en la atención. |  |  |  |
| Cumplir los programas de higienización y control de vectores. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Resoluciones de nombramiento del personal responsable. |  |  |  |
| Actas de las reuniones y acuerdos del comité de prevención y control de las IAAS. |  |  |  |
| Programa local de prevención y control de las IAAS. |  |  |  |
| Evidencias de gastos del presupuesto en prevención de las IAAS. |  |  |  |
| Actas del consejo de dirección del hospital. |  |  |  |
| Análisis del comportamiento de las IAAS. |  |  |  |
| Informe estadístico del comportamiento de las IAAS. |  |  |  |
| Programas de mantenimiento e inversiones y remodelaciones estructurales. |  |  |  |
| Informes de controles de brotes de infecciones. |  |  |  |
| Programa de trabajo de las enfermeras vigilantes. |  |  |  |
| Plan de trabajo anual de la unidad organizativa de higiene y epidemiología. |  |  |  |
| Programa de epidemiologia hospitalaria. |  |  |  |
| Programa de manejo de desechos peligrosos. |  |  |  |
| Reglamento de las Normas de bioseguridad. |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Reglamento de higiene de los alimentos. |  |  |  |
| Chequeos médicos de los trabajadores. |  |  |  |
| Registro de accidentes y enfermedades profesionales. |  |  |  |
| Manual de organización y procedimiento hospitalario. |  |  |  |
| Plan de higienización y vectores. |  |  |  |

# GSH-10 Cuadros

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| El hospital cumple con la política de cuadros. |  |  |  |
| El hospital cuenta con personal responsable de la actividad de cuadros. |  |  |  |
| El hospital tiene cubierta la plantilla de cuadros, con los nombramientos correspondientes. |  |  |  |
| El hospital tiene identificada la reserva de sus cuadros. |  |  |  |
| El hospital implementa un proceso para realizar la Los cuadros y reservas del hospital tienen y cumplen el plan de desarrollo individual. |  |  |  |
| El hospital realiza actividades de superación profesional en materia de dirección dirigido a sus cuadros y reservas. |  |  |  |
| El hospital controla el cumplimiento del plan individual de los cuadros y reservas. |  |  |  |
| El hospital implementa un proceso de estimulación de sus cuadros y reservas. |  |  |  |
| El hospital realiza el proceso de evaluación de los cuadros y reservas en el que identifica las necesidades de aprendizaje en materia de dirección. |  |  |  |
| El hospital identifica su cantera y desarrolla un plan de atención en conjunto con las organizaciones políticas y estudiantiles. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos hospitalarios. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Plan de desarrollo individual. |  |  |  |
| Expedientes de cuadros. |  |  |  |
| Evaluaciones de los cuadros y reservas. |  |  |  |
| Actas de la comisión de cuadros. |  |  |  |
| Actas de los consejos de dirección. |  |  |  |
| Plan temático de la comisión de cuadros. |  |  |  |
| Resolución de la comisión y nombramiento de los cuadros. |  |  |  |

# GSH-11 Gestión de la eficiencia económica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| El hospital cuenta con un equipo que atiende el área de economía y contabilidad, estos participan activamente en el consejo de dirección, se desarrollan con efectividad los consejos económicos. |  |  |  |
| Existe un presupuesto aprobado, desglosado por áreas de responsabilidad y por meses, así como su ejecución se corresponde con lo planificado. |  |  |  |
| Los documentos económicos relacionados con el pago a trabajadores, nóminas, SNS 225 y otros controles asociados al pago de trabajadores están actualizados yse realizan con rigor. |  |  |  |
| El control de activos fijos tangibles se mantiene actualizado. |  |  |  |
| Se mantiene el control sobre los gastos de materiales médicos, no médicos y medicamentos. |  |  |  |
| El control sobre uso del transporte, uso de combustible y otros portadores energéticos. |  |  |  |
| Disponibilidad de sistema de costo hospitalario y evaluar en caso que no exista pasos para su implementación. |  |  |  |
| Análisis de la buena marcha y confiabilidad de la contabilidad hospitalaria, efectivo en banco, caja, cuentas por pagar y cobrar, entre otros. |  |  |  |
| Los directivos y trabajadores cumplen con las disposiciones y normativas vigentes en temas de economía y contabilidad. |  |  |  |
| Existe un programa de capacitación del personal en temas de economía y contabilidad hospitalaria. Debe hacerse énfasis en la relación economía y calidad. |  |  |  |
| El hospital cuenta con un equipo de dirección capacitado en temas de economía y contabilidad. Los trabajadores tienen conocimientos básicos de economía y delcontrol de recursos en las áreas en que se desempeñan. |  |  |  |
| El área económica participa activamente en los consejos de dirección y la toma de decisiones. |  |  |  |
| Se realizan con puntualidad los consejos económicos. |  |  |  |
| Los trabajadores están informados de la situación económica del hospital y participan directamente en el fomento de la eficiencia y la ejecución del presupuesto. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Disposiciones y normativas vigentes para el control económico en hospitales. Ejemplo cumplimiento de la resolución 60. |  |  |  |
| Disposiciones vigentes sobre la actualización del modelo económico cubano. |  |  |  |
| Documentos del área de economía del hospital. |  |  |  |
| Actas del consejo de dirección. |  |  |  |
| Plan del hospital. |  |  |  |
| Sistema de costo hospitalario. |  |  |  |
| Otros documentos específicos que garanticen el adecuado control y cumplimiento de los recursos en el hospital. |  |  |  |
| Aplicación de la guía de autocontrol interno de la Contraloría General de la República. |  |  |  |