

Manual de acreditación hospitalaria



Manual de acreditación hospitalaria

Colectivo de autores

 **ecimed**
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS
La Habana, 2016

Edición y emplane: Lic. Lazara Cruz Valdés
Diseño: DI. Meylín Sisniega Lorigados
Realización del diseño: Ac. Luciano O. Sánchez Núñez

© Ministerio Salud Pública, 2016
© Editorial Ciencias Médicas, 2016

ISBN:

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, No. 654 entre D y E, El Vedado
La Habana, CP-10400, Cuba
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Teléfonos: 36 1898
<http://www.ecimed.sld.cu>

Autores



Dra. Ileana Morales Suárez
Dra. Yoerquis Mejías Sánchez
Dr. Moisés Santos Peña
Dr. C. Juan Carlos Rodríguez Vásquez
Dr. Joaquín García Salabarría
Lic. Lázaro Hernández Vergel
Dr. C. Carlos A. León Román
Dr. Gonzalo Estévez Taves
Dra. Selma Arteaga Catá
Dra. María Luisa Quintana Galende
Dra. Blanca Manzano Ovies
Ing. Jorge Castro Medina
Lic. Nancy Pérez Rodríguez
Lic. María Vidal Ledo
Ing. Sebastián Perera Vandrell
Dra. C. Miriam Portuondo Sao
Dra. María Victoria Norabuena Canal
Dra. Ana Margarita Toledo Fernández
Ing. Joaquín Hernández Reyes
Lic. Mislenis Pérez de la Rosa
Lic. Dagmara Cejas Bernet
Dr. Orlando Zamora Santana
Lic. Liena Nuñez Nuñez
Dr. C. René Oramas González.
Lic. Julián Rodríguez Álvarez
Dra. Dulce María Calvo Barbados

Lic. Marilda Pérez Romero
Dra. Maritza Sosa Rosales
Dra. C. Ana María Gálvez González
Dr. C Albadio Pérez Assef
Dr. Pedro Luis Véliz Martínez
Lic. Aleski Fernández Vidal
Dra. María Rosaris Martínez Romero
Dr. Alioth Fernández Valdés
Dra. Isabel Gómez Olivera
Dr. Roberto Álvarez Sintés
Lic. Idalmis Infantes Ochoa
Dra. María Acelia Marrero.

Colaboradores



Dr. Humberto Sainz Cabrera
MsC. Cristian Morales Fuhriman.
Dra. Lizette Pérez Perea
Dr.Cs. Pastor Castell Florit Serrate
Lic. Lázaro Díaz Hernández
Dra. Carmen Rosa Fernández Martínez
Dr. Aldo Muñiz
Dr. Manuel González Fernández
Dr. Manuel Rivero Avella
Lic. Miguel Olivares
Dr. C. Miguel Ángel Blanco Aspiazu
Dr. Yohan Perdomo Delgado
Ing. Alina Choy Martínez
Dra. Yamila de Armas Águila
Dr. Alberto Martínez Blanco
Dr.C Guillermo Guera Bustillo
Lic. Janette Lorenzo Sallez
Dra. C. Sandra Álvarez Guerra
Dra. Maritza Rodríguez Gavin
Dr. Juan Francisco Rocha Hernández
Dr. Orestes Landrove Rodríguez
Dra. Rosaida Ochoa Soto

Presidentes de las Sociedades Científicas de la Salud
Jefes de Grupos Nacionales de las Especialidades Médicas
Directores Nacionales del Ministerio de Salud Pública
Jefes de Departamento del Ministerio de Salud Pública

Comité de aprobación

Dr. Roberto Tomás Morales Ojeda

Dr. José Ángel Portal Miranda

Dr. Alfredo González Lorenzo

Dra. C. Marcia Cobas Ruiz

Lic. Luis Fernando Navarro Martínez

Lic. Rolando Yero García

Contenido



Sistema cubano de instituciones de Salud/ 1
Estándares centrados en la atención y seguridad del paciente/ 7
Estándares de gestión y seguridad hospitalaria/5 0
Estándares de docencia e investigación/ 72
Bibliografía/ 80

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA CUBANO DE INSTITUCIONES DE SALUD

La acreditación en salud, es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa, que tributa a la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Se realiza a través de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por una entidad de acreditación autorizada.

En India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo a.C. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX.

Estados Unidos inició el movimiento de garantía de calidad en el campo de la salud, cuando en 1917 el Colegio Estadounidense de Cirujanos compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para los procesos de acreditación, los cuales desde 1951 son realizadas por la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud).

En la década de los años 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia en la deficiente calidad de los servicios y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar los procesos de garantía de calidad basada en acreditación y estándares.

En 1966, Avedis Donabedian, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Italia para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina y en 1995 se creó la *International Society for Quality in Health Care Inc* (ISQua) en Australia.

En junio de 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales establecieron un acuerdo de coo-

peración con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica, a partir de la implementación de un Manual de Acreditación.

Actualmente Canadá, Nueva Zelandia, Australia, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia, Argentina, Costa Rica y Colombia, entre otros, han implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.

Experiencia de Cuba en la acreditación de instituciones de salud

El perfeccionamiento continuo del Sistema Nacional de Salud (SNS) es expresión de la voluntad política del Estado cubano. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP), en su condición de organismo rector ha instrumentado, en diferentes períodos, múltiples documentos normativos y metodológicos encaminados a ese fin.

En Cuba, después de un entrenamiento de dos profesionales en Argentina, en 1991 se inició la implementación de un Manual de Acreditación Nacional de Hospitales (1993), tomando como base la experiencia de Argentina, el Manual de Acreditación de la OPS y otros manuales establecidos en Norteamérica, Europa y Asia. Fue creada la Comisión de Acreditación Hospitalaria, quien se responsabilizó con el establecimiento de estándares adaptados a las condiciones de esa etapa.

Fue confeccionado un Manual, se crearon Comisiones Provinciales de Acreditación y se capacitaron profesionales vinculados con esta actividad en el país. En noviembre de 1995 se comenzaron las evaluaciones de los hospitales que se prolongaron hasta el año 2000.

En el 2007 se implementó el "Programa de Perfeccionamiento Continuo de los Servicios Hospitalarios", mediante Resolución 45/2007 que estableció la organización y funcionamiento de la Unidad Organizativa de Calidad y los Comités Hospitalarios.

El proceso demostró que la acreditación es uno de los instrumentos para mejorar la calidad en la atención médica, logra incentivar a los trabajadores para brindar un mejor servicio, ofrece mejoría en el nivel de organización de la unidad, actualiza normas y reglamentos y propicia una distribución más razonable de los recursos.

En el 2014, la Brigada Médica en Qatar tuvo la experiencia de participar de manera protagónica en la acreditación del Hospital Cubano de Dukhan, por la Joint Commission International (JCI) y en noviembre del 2015 recibió el premio Press Ganey, sobre base nacional de datos de indicadores de calidad de enfermería, galardón que reconoce la excelencia de la atención.

En el ámbito universitario, que incluye la formación de recursos humanos en las ciencias médicas, fue creado el Sistema Universitario de Pro-

gramas de Acreditación (SUPRA), mediante la Resolución No. 150/99 del Ministro de Educación Superior, cuyo objetivo es *"contribuir a la mejora de la calidad de la educación superior en Cuba mediante la certificación al nivel nacional e internacional de programas e instituciones que cumplan requisitos de calidad establecidos"*; para su implementación fue creada la Junta de Acreditación Nacional de Cuba (JAN), presidida por el Ministro de Educación Superior de la República de Cuba. Más de veinte carreras y siete universidades de las ciencias médicas se han sometido a estos procesos de evaluación externa.

En la actualidad, los Lineamientos de la Política Económica y Social del Estado y el proceso de transformaciones necesarias en SNS hacen necesario la implementación del Sistema de Acreditación de las Instituciones de Salud, que responde a la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud 2016-2020.

Propuesta del sistema cubano de acreditación en salud

Se propone el diseño e implementación de un “Sistema de Acreditación Institucional en Salud”, con un sello autóctono, el cual considere la experiencia internacional más avanzada, así como las mejores prácticas de Cuba relacionadas con el tema.

Sistema de acreditación abarcará varios subsistemas de atención: hospitalario, atención ambulatoria, laboratorios de análisis clínicos, organización del transporte sanitario, programas específicos de atención (por ejemplo. cáncer, enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares, etc.) y se propone iniciar el proceso por los hospitales.

Componentes del sistema de acreditación:

- El órgano acreditador.
- Las premisas de acreditación.
- Los procedimientos de acreditación.
- Los estándares de acreditación (normas).
- El certificado de acreditación.
- La vigilancia posterior.

Órgano acreditador

Junta de Acreditación Nacional en Salud de Cuba. Es un órgano, adscrito al Ministerio de Salud Pública e independiente de sus estructuras, que funciona con carácter externo y cuya visión es la acreditación por la Sociedad Internacional de Calidad en Salud u otra institución internacional reconocida para tales efectos.

Premisas del sistema de acreditación:

- La acreditación es un proceso de evaluación de la calidad dirigido a las instituciones de asistencia médica y social y se complementa con otros programas de calidad. (procesos de acreditación universitaria, sistema de gestión y la certificación).
- Previo al proceso de acreditación las unidades deben estar habilitadas.
- Una vez informadas del inicio del proceso, las instituciones tienen hasta tres meses para comenzar los procesos de autoevaluación.
- Para desarrollar el Sistema se debe implementar estrategias de capacitación, así como procesos continuos de formación de evaluadores, en instituciones nacionales y extranjeras, de prestigio en la actividad.
- Como parte de las actividades previstas se debe diseñar un programa de divulgación, tanto interna en el sector como para la población, sobre el Sistema de Acreditación y su impacto en la salud pública cubana.

Misión

Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad, en los sistemas y servicios que se ofrecen en el sector, mediante el desarrollo y aplicación de un proceso de evaluación y acreditación de acuerdo con estándares establecidos.

Objetivos:

1. Promover, organizar, ejecutar y controlar la Política de Acreditación para las instituciones de salud de acuerdo con los estándares establecidos.
2. Coordinar los diferentes procesos de evaluación institucional en los centros del Ministerio de Salud Pública.
3. Evaluar y acreditar las Instituciones del Sistema Nacional de Salud de Cuba.
4. Ejecutar investigaciones en sistemas y servicios, así como actividades docentes en esta materia.

Propósitos:

1. Impulsar procesos de autoevaluación y evaluación externa con la participación de todos los trabajadores.
2. Favorecer el cumplimiento de lo dispuesto por el MINSAP en relación a los procesos asistenciales, docentes, investigativos y de gestión.
3. Lograr que las instituciones superen los estándares mínimos y alcancen niveles superiores de desempeño, así como en los indicadores de salud de la población cubana.
4. Contribuir al incremento de la satisfacción de la población con los servicios.
5. Potenciar el desarrollo del sector, así como su sostenibilidad.

Función

Ejecutar el proceso de acreditación de instituciones a partir de los manuales elaborados y aprobados para este fin.

Composición

La Junta está compuesta por un número no mayor de 15 expertos y está encabezada por un presidente, un vicepresidente y una secretaria ejecutiva.

Presidente: Ministro de Salud Pública.

Vicepresidente: Director de Ciencia e Innovación Tecnológica.

Secretaría Ejecutiva:

– Secretario Ejecutivo.

– Miembros.

Evaluadores.

Asesores.

Premisas de acreditación

Regulan la organización del proceso que abarca la planificación, organización, dirección y control e incluye la preparación de las unidades a acreditar, la evaluación, los deberes del sujeto a evaluar, las reclamaciones, la confidencialidad de la información, el seguimiento y reevaluaciones posteriores, así como el sistema de vigilancia de eventos negativos, entre otros.

Procedimientos

Se elaborará un Reglamento General para el Sistema Nacional de Acreditación en Salud, Procedimientos para la labor de la Junta, un Manual de Acreditación con estándares y un Sistema de Trabajo. Estos documentos establecen los mecanismos y la forma en que se ejecuta cada etapa del proceso. Los procedimientos tendrán en cuenta que la unidad a acreditar debe contener la evidencia documental de habilitación y la certificación de la contabilidad.

Estándares

Los estándares se plasmarán en el Manual de Acreditación y deben ser óptimos, alcanzables y en correspondencia con los planteados por los organismos internacionales.

Certificado de acreditación

Se diseña un Certificado de Acreditación que es válido el tiempo que decida en que debe re-evaluarse (no menos de 3 años), así como otros de renovación periódica. Puede considerarse la conveniencia de otorgar un “Sello de Oro” para aquellas instituciones con una elevada calificación.

Vigilancia

La vigilancia posterior a la acreditación exige a que la unidad acreditada no se desvincule del órgano acreditador mediante el reporte, al órgano acreditador, de la aparición de “eventos adversos” previamente definidos, el resultado del análisis de las causas y condiciones que lo propiciaron y las medidas adoptadas. El Órgano

Acreditador se reserva el derecho de profundizar en el análisis de estos hechos cuando lo considere necesario.

Manual de acreditación hospitalaria

En la actualidad, los Lineamientos de la Política Económica y Social del Estado y el proceso de transformaciones necesarias en el Sistema Nacional de Salud hacen necesario la implementación del Sistema de Acreditación de las Instituciones de Salud, que responde a la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud 2016-2020.

Como parte del Sistema de Acreditación de Instituciones de Salud se ha elaborado el *Manual de acreditación hospitalaria*, concebido para todos los hospitales, independientemente de su complejidad y categorización, los cuales previamente deben tener la evidencia documental de habilitación y la certificación de la contabilidad.

Para la elaboración del Manual se constituyó un grupo central, quien coordinó el trabajo de tres subgrupos de expertos, compuestos por 35 profesionales de amplia experiencia docente-asistencial-investigativa y en dirección de hospitales. Las sesiones de trabajo se desarrollaron en la Escuela Nacional de Salud Pública y el Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud en los meses de enero y febrero de 2016.

La primera versión del documento fue consensuada con otros especialistas y directivos del Ministerio de Salud Pública, incluyendo consultas a Presidentes de Sociedades Científicas de la Salud y Jefes de Grupos Nacionales de Especialidades.

El *Manual* que se propone cuenta con 41 estándares, organizados en tres grupos: (Anexo).

Grupo N°1: Estándares centrados en la atención y seguridad del paciente.

Grupo N°2: Estándares de gestión y seguridad hospitalaria.

Grupo N°3: Estándares de docencia e investigación.

El grupo de estándares centrados en la atención y seguridad del paciente cuenta con 27 indicadores, el de gestión y seguridad hospitalaria once y el de docencia e investigación tres, los cuales contienen una breve descripción, así como propósitos, Elementos a evaluar: y documentos a verificar.

La validación de este *Manual* se desarrolló en hospitales de las diferentes regiones del país para lo cual se seleccionaron evaluadores con experiencia en la actividad hospitalaria.

Se espera que el *Manual* de acreditación hospitalaria, que hoy se pone a su disposición, constituya una herramienta de trabajo que favorezca la mejora continua de la calidad de los procesos que se desarrollan en estas unidades de atención médica.

ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ASP-01 Identificación inequívoca de los pacientes

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

Propósitos:

- Implementar un sistema declarado y confiable que permita identificar correctamente a los pacientes que reciban asistencia en la institución hospitalaria.
- Evitar en el paciente errores durante el proceso de diagnóstico, tratamiento o ambos.
- Garantizar que la identificación declarada abarque la atención de urgencias, hospitalización y la actividad ambulatoria de la institución.
- Elementos a evaluar:
 - El sistema documentado para la identificación inequívoca de los pacientes incluye como mínimo dos formas de identificación, sin emplear como forma de identificación, el nombre o número de la sala, número o identificación de la habitación y número de la cama que utiliza el paciente.
 - El sistema de identificación incluye nombre y apellidos de los pacientes o de la madre, en el caso de los recién nacidos, como invariante y uno o más de las variantes siguientes: número de historia clínica, el número de carné de identidad o manilla.
 - El sistema declarado es utilizado como identificación de los pacientes previo a cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.
- Documentos a verificar:
 - Manual de organización y procedimientos del hospital.
 - Sistema documentado para identificación inequívoca.
 - Manual de procedimientos para registros y estadísticas de salud.

ASP-02 Admisión y registro de pacientes en el hospital

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

Propósitos:

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

Elementos a evaluar:

- El proceso de registros de admisión a hospitalizados, los de atención de urgencias y servicios ambulatorios cumple con lo establecido.
- Existe un proceso de ingreso directo desde el servicio de emergencia.
- El proceso de registro de pacientes que permanecen en observación cumple con lo establecido.
- Se priorizan, en el momento de admisión para hospitalización, los casos de emergencia y los pacientes que necesitan cuidados especiales según la valoración médica en el momento de ingreso y se selecciona el servicio más adecuado para responder a las necesidades.
- Se ofrece al paciente y acompañante la información relacionada con el proceso de atención integral.
- Existe un plan de admisión de pacientes para situaciones especiales.
- Existen criterios de ingreso para los pacientes que demanden asistencia en unidades de atención al grave.
- Se cumple con lo establecido en todos los servicios ambulatorios del hospital.
- En la consulta externa del hospital se prioriza la oferta de turnos para casos nuevos.
- Se garantiza la oferta de turnos para todo el año en los servicios ambulatorios.
- Están priorizadas las consultas especializadas y por equipos multidisciplinarios.
- Se cumple con lo establecido para los registros primarios en urgencias, servicios ambulatorios y en admisión de pacientes para hospitalización.
- Están nombrados los jefes de servicios de urgencias, consulta externa o servicios ambulatorios y de admisión.
- Existe en Admisión un mecanismo para el control de camas.
- Existen adecuadas condiciones de los locales donde se realiza la consulta externa.
- Se utiliza en consulta externa la programación de turnos de forma escalonada, así como programación anual.
- Existen posibilidades de acceso desde el primer nivel de atención al sistema de oferta de turnos en consulta externa.
- Existen consultas de seguimiento a pacientes egresados.
- Existe adecuada calidad del registro en las hojas de cargo en consulta externa y en Urgencias.
- Existen prácticas especializadas en el área ambulatoria del hospital.

- Documentos a verificar:
- Manual de organización y procedimientos.
 - Manual de procedimientos para registros médicos y estadísticas de salud.
 - Registros primarios establecidos en urgencias, servicios ambulatorios y admisión de pacientes.
 - Historias clínicas.
 - Expedientes laborales.
 - Resolución de nombramiento.

ASP-03 Continuidad de la atención

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

Propósitos:

- Implementar en el hospital procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre el personal sanitario en los servicios de:
 - Urgencia, emergencia y en la admisión de los pacientes hospitalizados;
 - De diagnóstico, tratamiento o ambos;
 - Atención ambulatoria;
 - Coordinación con otras instituciones de salud.

Elementos a evaluar:

- Los jefes de servicios y departamentos disponen e implementan procedimientos que contribuyen a la continuidad y coordinación de la atención.
- La historia clínica del paciente está disponible y actualizada para aquellos profesionales autorizados que la necesiten para la atención del paciente.
- Los procesos de continuidad y coordinación de atención se realizan a través del uso de herramientas, como el manual de organización y procedimientos, guías de prácticas clínicas, protocolos de actuación y otras normativas.
- Durante la hospitalización existe un profesional médico identificado como responsable de la atención del paciente.
- En el proceso asistencial del paciente hospitalizado el pase de visita se planifica y ejecuta.
- Existe planificación y ejecución de discusión colectiva de casos complejos.
- Se emplea una “segunda opinión”, de ser necesaria, en el proceso de atención.
- La transportación interna del paciente para proceder diagnósticos y/o terapéuticos ocurre de forma segura.
- La historia clínica del paciente que requiere traslado interno posee un resumen o *epicrisis de traslado*.
- El egreso del paciente se determina por criterio médico.
- Es emitida hoja de egreso al paciente donde se resumen los aspectos relacionados con la evolución del enfermo, los resultados relevantes de los exámenes complementarios, la impresión diagnóstica y el plan terapéutico a seguir. Este documento constituye la contrarreferencia para su médico de familia o su médico de atención.

- Una copia de la hoja de egreso se conserva en la historia clínica del paciente.
- En el proceso de egreso son tenidos en cuenta:
 - Seguridad y uso efectivo de los medicamentos del paciente.
 - Seguridad y uso efectivo de la tecnología médica.
 - Interacciones potenciales entre los medicamentos indicados en su plan terapéutico.
 - Dieta y nutrición a seguir.
 - Atención integral al dolor.
 - Rehabilitación.
 - Educación sanitaria.
 - Comunicación con acompañantes y familiares.
 - Satisfacción de pacientes y familiares.
- El hospital posee un procedimiento para identificar las razones por las cuales los pacientes se retiran sin consentimiento médico (alta a petición).
- Existe un procedimiento de notificación a las instancias correspondientes cuando un paciente se retira durante el proceso de atención en los servicios hospitalarios.
- Reciben educación sanitaria los pacientes hospitalizados, en urgencias y servicios ambulatorios como parte de su atención integral.
- El hospital gestiona el transporte sanitario para los egresados que requieran traslado seguro.
- Existe un sistema para la referencia de procesos diagnósticos, terapéuticos y de atención médica del paciente.
- El proceso de referencia se documenta en la historia clínica.
- El hospital tiene un registro de los procesos de referencia y contrarreferencia.
- El hospital controla los reingresos o readmisiones no previstas.
- Existe un proceso que evalúa la satisfacción de pacientes y familiares durante su estancia en el hospital.
- La responsabilidad de la atención del paciente es de un médico especialista.
- Existe organización del trabajo asistencial e integración de los grupos básicos de trabajo.
- Se cumple la normativa relacionada con el alta precoz, en pacientes de cirugía mayor ambulatoria y corta estadía.

Documentos a verificar:

- Historias clínicas
- Manual de organización y procedimientos.-
- Protocolos de actuación, guías de prácticas clínicas y otras normativas vigentes.
- Programación de guardias médicas y organización de la continuidad de la atención a pacientes hospitalizados de 4 p.m. a 8 a.m., así como los sábados, domingos y días feriados.
- Evidencias de las supervisiones periódicas de los pases de visita médico.
- Actas de reuniones de discusión de casos complejos.
- Manual de procedimientos de registros y estadísticas de salud.
- Expedientes laborales.

- Programación de consultas.
- Programación de consultas especializadas en el primer nivel de atención como parte de la proyección comunitaria de las especialidades.
- Documentación del sistema de referencia y contrarreferencia de la institución y su cumplimiento.
- Remisiones.

ASP-04 Derechos del paciente y satisfacción

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

Propósitos:

- Garantizar por la dirección del hospital, los jefes de los servicios y departamentos el trato adecuado que se les ofrece a sus pacientes.
- Divulgar a pacientes y familiares sus derechos y las condiciones de convivencia hospitalaria.
- Respetar los derechos de los pacientes y su familia, así como sus valores personales y espirituales.
- Reducir las barreras físicas, idiomáticas, culturales y otras para el acceso y prestación de servicios.
- Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del paciente.
- Informar a pacientes y familiares sobre los aspectos de su atención médica.
- Apoyar el derecho del paciente a la atención integral del dolor y al trato respetuoso y compasivo al final de la vida.
- Establecer la responsabilidad del hospital sobre los bienes de los pacientes.
- Garantizar la protección de los pacientes y prestadores de los servicios de salud ante cualquier manifestación de violencia.
- Cumplir con lo implementado en el sistema para tramitar quejas, inconformidades y estados de opinión de pacientes y familiares.
- Implementar un proceso de monitoreo de la satisfacción de los prestadores de los servicios de salud.
- Informar a los pacientes y sus familias sobre el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos, en los casos que lo necesiten.
- Apoyar la decisión del paciente y la familia de donar órganos y otros tejidos.
- Garantizar el cumplimiento de lo establecido para los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos que incluye los aspectos éticos y legales.
- Capacitar al personal del hospital en los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos que incluye los aspectos éticos y legales.

Elementos a evaluar:

- El hospital respeta los derechos de los pacientes y su familia como está explícito en las normas de convivencia hospitalaria vigentes.

- El hospital respeta los derechos de los pacientes y su familia en determinar qué información relacionada con su proceso de atención se proporcionará a la familia o a otras personas y en qué circunstancias.
- El hospital divulga por diferentes medios los derechos del paciente.
- Todo el personal está informado acerca de los derechos del paciente y puede explicar sus responsabilidades para proteger los referidos derechos.
- Los jefes de los servicios o departamentos implementan un proceso para resolver o limitar las barreras de los pacientes que buscan su atención.
- El personal ofrece una atención respetuosa en correspondencia con los valores y las creencias del paciente.
- La necesidad de privacidad del paciente es respetada para todas las consultas médicas, exámenes, procedimientos/tratamientos y transporte.
- La confidencialidad de la información del paciente se mantiene de acuerdo con las regulaciones vigentes.
- Los pacientes y familiares son informados, mediante entrevista médica, acerca de su condición sobre diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico.
- Se respeta y apoya el derecho del paciente a la evaluación y atención integral al dolor.
- Se apoya el derecho del paciente al trato respetuoso y compasivo al final de la vida.
- Se implementa el consentimiento informado.
- En el hospital está determinado el nivel de responsabilidad sobre los bienes de los pacientes.
- El hospital implementa un proceso de protección ante cualquier manifestación de violencia a pacientes, acompañantes y prestadores de los servicios de salud.
- Los pacientes y familiares son informados acerca del proceso para presentar quejas, inconformidades o estados de opinión.
- Las quejas son investigadas por la institución y los demandantes son informados de los resultados.
- Se implementa un proceso para abordar la satisfacción de los prestadores de los servicios de salud.
- Se informa a pacientes y sus familias acerca del proceso de donación de órganos y tejidos.
- Se apoya la decisión del paciente y la familia de donar órganos y tejidos.
- Se aseguran los controles adecuados para garantizar el cumplimiento de lo establecido para los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos que incluyen los aspectos éticos y legales.
- Existe un mecanismo establecido por la institución para la entrega de dietas, certificados y otros documentos que requieren gestión administrativa.
- Existe un sistema implementado para evaluar la satisfacción de prestadores de los servicios de salud a través de entrevistas o encuestas.
- Existencia y funcionamiento del sistema de entrevistas médicas.

- Documentos a verificar:
- Manual de organización y procedimientos.
 - Consentimiento informado.
 - Historias clínicas.
 - Evidencias de la divulgación de los derechos y deberes del paciente en concordancia con las orientaciones de convivencia hospitalaria establecidas.
 - Documentación de la oficina de atención a la población.
 - Planes de trabajo de los directivos enfocados a la planificación de la atención a la población.
 - Sistema de encuestas a pacientes y familiares.
 - Sistema de información a pacientes y familiares.

ASP-05 Prestación de la atención sanitaria

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

Propósitos:

- Respetar el derecho de los pacientes a recibir calidad en la atención en todos los servicios y departamentos del hospital.
- Los jefes de servicios y departamentos garantizan calidad en la atención en cada turno laboral.
- Disponer los recursos para atender las necesidades de los pacientes graves.
- Implementar un proceso para integrar y coordinar la atención sanitaria que se ofrece a cada paciente.
- Cumplir con las normativas establecidas para la prescripción de órdenes de medicamentos, hemocomponentes, hemoderivados, exámenes complementarios y otros en los pacientes.
- Registrar en la historia clínica los procedimientos, tratamientos, así como los resultados obtenidos en la atención del paciente.

Elementos a evaluar:

- Los jefes de servicios y departamentos trabajan en forma coordinada para ofrecer procesos de atención sanitaria.
- La prestación de la atención sanitaria cumple con las reglamentaciones vigentes.
- La planificación y prestación de la atención se encuentra integrada y coordinada entre los diferentes servicios y departamentos.
- La atención de cada paciente es planificada por el médico responsable, la enfermera y otros profesionales sanitarios dentro de las 24 h de su admisión como paciente hospitalizado.
- El plan de atención es individualizado y se basa en los datos de la evaluación inicial del paciente y sus necesidades identificadas.
- El plan de atención es actualizado, modificado y revisado por un equipo multidisciplinario en función de la reevaluación del paciente realizada por los profesionales sanitarios a cargo de la atención médica.

- El plan de atención de cada paciente es revisado cuando se desarrolla por primera vez y cuando es modificado por el equipo multidisciplinario y registrado en la historia clínica del paciente teniendo en cuenta los cambios que se produzcan en la condición del paciente.
- La atención médica planificada es brindada a cada paciente y registrada en su historia clínica por parte del profesional a cargo de brindar la atención.
- Las órdenes, procedimientos y tratamientos realizados son registrados en la historia clínica del paciente.

Documentos a verificar:

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

ASP-06 Atención médica en pacientes de alto riesgo

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

Propósitos:

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

Elementos a evaluar:

- La dirección del hospital y sus jefes de servicios y departamentos han identificado los pacientes y servicios de alto riesgo.
- La prestación de servicios de alto riesgo está implementada bajo directrices y procedimientos.
- El personal que participa en los procedimientos de alto riesgo está debidamente capacitado para brindar atención médica.
- Evaluaciones de servicios de alto riesgo.
- La adherencia a los protocolos de actuación o guías de práctica clínica en los servicios de alto riesgo en el hospital.
- Disponibilidad de exámenes de laboratorio clínico con estudio de gases sanguíneos y otros estudios las 24 h del día.
- Posibilidad de radiología e imágenes las 24 h del día.
- Posibilidad de hemoterapia las 24 h del día.
- Existe personal capacitado para la atención de pacientes de alto riesgo, según perfil.
- Indicadores de resultados definidos para cada tipo de unidad que atiende pacientes de alto riesgo.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos de los servicios.
- Protocolos de actuación, guías de práctica clínica en los servicios de alto riesgo y evaluación de su adherencia.
- Historias clínicas.
- Documentación técnica, registros de control del equipamiento disponible para atender pacientes de alto riesgo según su perfil.
- Expedientes laborales.

ASP-07 Cambios en el estado del paciente

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

Propósitos:

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

Elementos a evaluar:

- El hospital implementa un proceso sistemático de capacitación y asegura los recursos necesarios para que el personal pueda reconocer y actuar cuando el estado de un paciente muestra signos de deterioro.
- El hospital implementa criterios documentados que describen signos de alerta tempranos que muestran un cambio o un deterioro en la condición del paciente y que indican solicitar ayuda calificada.
- El personal sanitario informa al paciente y a su familia la forma de solicitar asistencia cuando la condición del enfermo se deteriora.
- Están disponibles los servicios de reanimación en todo el hospital, las 24 h del día, todos los días.
- El reconocimiento de la parada cardiorrespiratoria y el proceso de soporte vital debe llevarse a cabo de forma inmediata.

Documentos y procesos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Historias clínicas.
- Protocolos de actuación o guías de práctica clínica.
- Expedientes laborales.
- Recursos de reanimación cardiopulmonar.

ASP-08 Comunicación efectiva

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

Propósito:

- Alcanzar una comunicación entre profesionales sanitarios.

Elementos a evaluar:

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

- Posibilidad de uso de las tecnologías de la información y comunicaciones entre los profesionales.

Documentos y procesos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Historias clínicas
- Normas de convivencia hospitalaria.
- Registro de los valores de referencia de las pruebas diagnóstica.
- Informe de resultados de las pruebas diagnósticas.
- Actas de discusión de casos complejos.
- Actas de reuniones de servicios y departamentos.
- Disponibilidad y uso de las tecnologías de la información y comunicaciones

ASP-09 Cirugía y procedimientos invasivos seguros

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

Propósito:

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

Elementos a evaluar:

- Existe un sistema de notificación y reporte de eventos adversos en procedimientos quirúrgicos e invasivos.
- Se emplea una marca reconocible al instante para la identificación del sitio de la cirugía o del procedimiento invasivo que es consistente en el hospital.
- El marcado del sitio de la cirugía o del procedimiento invasivo es realizado por el profesional que ejecuta el procedimiento e involucra al paciente en el proceso de marcado.
- Se emplea una lista de comprobación antes del procedimiento: consentimiento informado correcto, identificación del sitio, el procedimiento y paciente correcto, documentos y equipamiento médico necesario disponible.
- El equipo quirúrgico completo realiza y registra un procedimiento de pausa prequirúrgica (la identificación del paciente correcto, la lateralidad y el sitio correcto, el acuerdo sobre el procedimiento que debe realizarse, y la confirmación de haber realizado el proceso de verificación), en el área en el cual se realiza la cirugía/procedimiento invasivo, antes de comenzar una cirugía/procedimiento invasivo.
- Cuando se realiza la cirugía, incluyendo procedimientos médicos y dentales en otros lugares además del quirófano, se desarrollan procesos para garantizar el sitio, procedimiento y paciente correctos.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos disponible.

- Registro de accidentes quirúrgicos.
- Informes operatorios.
- Informes anestésicos.
- Historias clínicas.
- Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica.
- Registros primarios en las unidades quirúrgicas.
- Informes en el departamento de registros médicos y estadística de salud relacionados con la actividad quirúrgica.

ASP-10 Riesgo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

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

Propósito:

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

Elementos a evaluar:

- Existe un sistema de notificación y reporte de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- El hospital posee un programa institucional para la prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria basado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública.
- El hospital aplica una política institucional de desinfección y descontaminación basada en disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública.
- Se implementa un programa de lavado efectivo de manos en todo el hospital (social, higiénico y quirúrgico).
- Existen los medios necesarios para el adecuado lavado higiénico de las manos con soluciones alcohólicas.
- Los procedimientos de limpieza y desinfección de manos se utilizan de acuerdo con las directrices de lavado higiénico de las manos en todo el hospital.
- Uso adecuado de guantes (manipulación o quirúrgicos), según procedimiento.
- Se emplean una sola vez los dispositivos de inyección descartables.
- Las conexiones y protecciones de los catéteres y dispositivos colocados en los pacientes son correctas.
- Se emplea la profilaxis con antibióticos según la política establecida en el servicio específico hospital.
- Se aplican las medidas de asepsia y antisepsia en la realización de procedimientos y técnicas que comprometan el riesgo de infecciones en los pacientes.
- Existe un procedimiento riguroso de limpieza, desinfección, esterilización, traslado, almacenamiento de los materiales, dispositivos y equipamientos médicos basado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública.

- Existe un procedimiento riguroso en el control del material reutilizable (rehúso) basado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública.
- Son adecuadas las condiciones higiénicas de los equipos y accesorios para la atención del paciente.

Documentos a verificar:

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

ASP-11 Daño del paciente causado por caídas

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

Propósito:

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

Elementos a evaluar:

- El hospital implementa un proceso para evaluar los riesgos del entorno en el que se proporcionan la atención y los servicios.
- El hospital implementa un proceso para evaluar (evaluación inicial y continua) a todos los pacientes hospitalizados para identificar su riesgo de caídas.
- El hospital implementa un proceso para la protección de pacientes hospitalizados y ambulatorios que se identifiquen con riesgo de caídas.

- Utiliza los mecanismos de sujeción y dispositivos de inmovilización adecuados, según necesidades del paciente durante la hospitalización, traslado y transportación.
- Son adecuadas las condiciones estructurales de los equipos y accesorios para la atención y traslado de los pacientes.
- Existe un sistema de notificación y reporte de caídas de los pacientes.

Documentos a verificar:

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

ASP-12 Atención anestésica

Se dispone de servicios de atención preanestésica, anestésica y de cuidados posanestésicos para satisfacer las necesidades de los pacientes que cumplen con las normativas y disposiciones vigentes.

Propósito:

- Propiciar durante los servicios de atención preanestésica, anestésica y postanestésica una evaluación clínica completa e integral del paciente y una continua monitorización del proceso con criterios objetivos de recuperación.

Elementos a evaluar:

- El hospital cuenta con un sistema para proporcionar servicios de atención preanestésica, anestésica y de cuidados pos anestésicos que se requieren según su población de pacientes, los servicios clínico quirúrgicos que ofrece y las necesidades de atención del profesional sanitario.
- Los servicios de analgesación, monitorización anestésica y anestesia para cirugía cumplen con todos los estándares de seguridad y regulaciones nacionales vigentes.
- Los servicios de atención preanestésica, anestesia y de cuidados posanestésicos están disponibles para emergencias después del horario normal de funcionamiento.
- Las responsabilidades para monitorizar y revisar todos los servicios de atención preanestésica, anestésica y de cuidados posanestésicos están definidos en el hospital.
- Los servicios de atención anestésica se realiza frecuentemente en muchas áreas del hospital fuera del quirófano, su administración debe ser uniforme en todo el hospital y contar con los estándares clínicos de seguridad para los pacientes.
- El hospital posee guías específicas sobre cómo, cuándo y dónde se puede usar la analgesación.
- En el hospital están identificadas las áreas en donde puede administrarse la analgesación, y cuenta con personal capacitado y diestro en esos procesos; están

también identificadas las diferencias entre las poblaciones pediátricas, adultas y geriátricas, así como otras de consideraciones especiales; posee disponibilidad y uso de tecnología médica especializada y obtención del consentimiento informado tanto para el procedimiento anestésico como para la analgosedación.

- Se cuenta con tecnología médica y suministros de emergencia disponibles fácilmente y personalizados según el tipo de analgosedación que se esté realizando, así como de la edad y condición médica del paciente.
- El hospital posee guardias de médicos especialistas con presencia física las 24 h.
- Los profesionales sanitarios responsables de la sedación a los pacientes que reciben servicios de atención preanestésica se encuentran capacitados y bajo supervisión especializada.
- La competencia de todo el personal implicado en la sedación preanestésica está documentada en los expedientes laborales en el departamento de recursos humanos.
- Se utilizan y documentan criterios establecidos para la recuperación y para el alta de los servicios de Recuperación Postanestésica.
- El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre el riesgo, los beneficios y las alternativas de atención preanestésica y están en condiciones de firmar el consentimiento a recibir la atención anestésica que demande su enfermedad, estudio o intervención.
- El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones reciben educación acerca de la analgesia posterior al procedimiento.
- Un profesional capacitado imparte la educación.
- Se realiza la evaluación clínica previa a la anestesia para cada paciente en consulta por un especialista o residente de 3er o 4to año.
- Se realiza una evaluación final inmediatamente antes de la inducción anestésica.
- Las dos evaluaciones las realizan especialistas o residentes de 3er. o 4to. año y se documentan en el modelo de Informe anestésico.
- La atención de anestesia de cada paciente se planifica y documenta en el expediente del paciente previa estratificación del riesgo.
- El anestesiólogo u otra persona (profesional) capacitada imparte y documenta la educación y explica el contenido del consentimiento informado.
- El complejo de monitorización durante la anestesia y la cirugía se basan en el estado previo del paciente, la técnica anestésica utilizada y el procedimiento quirúrgico realizado.
- La monitorización del estado psicológico del paciente es congruente con la práctica profesional.
- Los resultados de monitorización se documentan en el expediente del paciente.
- A los pacientes se les monitoriza con pulsioximetría durante el período de recuperación posterior a la anestesia.
- Los registros de la monitorización se documentan en el expediente clínico del paciente.

- A los pacientes se les aplican técnicas de analgesia previa o preventiva y se registran en el expediente clínico
- A los pacientes se les da el alta de la unidad de recuperación posanestésica (o se interrumpe la monitorización de recuperación) de acuerdo con los protocolos de actuación vigentes por el anestesiólogo actuante.
- La hora en que se inicia la recuperación posanestésica y la hora en que la fase de recuperación está completa se registran en el expediente del paciente.
- El hospital tiene el equipamiento anestésico requerido y seguro en cada quirófano en uso.
- La sala de recuperación posanestésica posee el personal de enfermería capacitado y dedicado exclusivamente a esta actividad con médico anestesiólogo responsable.
- El hospital dispone de anestesiólogo las 24 h en la sala de recuperación de urgencias.
- El hospital posee el servicio de anestesia ininterrumpido de 24 h.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Historia clínica.
- Hoja de evaluación anestésica.
- Hoja de cargo de la consulta de anestesia preoperatoria.
- Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica nacionales y su cumplimiento.
- Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica.
- Documentación relacionada con el control de fármacos y drogas anestésicas.
- Expedientes laborales en el Departamento de Recursos humanos, nombramiento y título del Especialista Médico Jefe del Servicio de Anestesiología.
- Expedientes laborales en el Departamento de Recursos humano, títulos del personal técnico del Servicio de Anestesiología.
- Certificación de aptitud del paciente para operarse y para egreso de la unidad quirúrgica por parte del anestesiólogo.
- Indicadores de la actividad anestesiológica: Fallecimientos en el período preoperatorio, intraoperatorio o posoperatorio inmediato; traumatismos o lesiones producidos por el procedimiento anestésico; paros cardiacos relacionados con la atención anestésica e índice de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral (RCPC) exitosa por el personal del servicio e incidencia de complicaciones atribuibles a la anestesia.
- Esquema de guardias con presencia física 24 h de médicos especialistas.

ASP-13 Atención quirúrgica

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

Propósitos:

- Garantizar que el proceso quirúrgico se realice con la eficiencia y calidad óptima.

- Lograr que las evaluaciones del paciente constituyan la base para seleccionar el procedimiento quirúrgico apropiado e identificar qué hallazgos durante la monitorización pueden ser significativos.
- Garantizar la identificación adecuada del paciente; así como el procedimiento y sitio adecuado a intervenir.
- Aplicar la lista de chequeo en cada quirófano previo a cada intervención quirúrgica.

Elementos a evaluar:

- La información de evaluación utilizada para desarrollar y respaldar el procedimiento invasivo planificado se documenta en el expediente del paciente por parte del médico responsable antes de que se realice el procedimiento.
- La atención quirúrgica de cada paciente se planifica con base en la información de la evaluación.
- El diagnóstico preoperatorio y el procedimiento planificado se documentan en el expediente del paciente por parte del médico responsable, antes del procedimiento.
- El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre los riesgos, los beneficios, las complicaciones potenciales y las alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico planificado.
- El cirujano del paciente imparte la educación y la documenta.
- Los informes quirúrgicos poseen todos sus escaques completados y se encuentra detallado el acto quirúrgico.
- El informe quirúrgico se encuentra disponible, antes el paciente sea transferido a otro servicio.
- Las necesidades de atención médica y de enfermería posterior a la cirugía difieren según el procedimiento quirúrgico realizado y el historial médico del paciente.
- Deben estar considerados que algunos pacientes pueden requerir atención de otros servicios, la que debe ser debidamente coordinada.
- La atención posquirúrgica proporcionada por médicos, enfermeros/as y otras personas satisface las necesidades del paciente.
- El plan de atención posquirúrgica de continuación incluye las necesidades médicas, de enfermería y de otro tipo con base en las necesidades del paciente.
- Cuando se indica por un cambio en las necesidades del paciente, el plan de atención posquirúrgica se actualiza y modifica según la nueva evaluación del paciente por parte de profesionales sanitarios.
- Los servicios quirúrgicos del hospital definen los tipos de dispositivos implantables que se incluyen dentro del alcance de los servicios.
- Existencia del servicio de atención quirúrgica electiva y urgente con áreas para el preoperatorio y para la recuperación anestésica de los pacientes.
- Se cumple con la disciplina del personal dentro de la(s) unidad(es) quirúrgica(s).
- La unidad cuenta con un área para el lavado de manos con dispensador de jabón y soluciones antisépticas aprobadas.
- Se cumple con la limpieza y desinfección de las diferentes áreas de la unidad quirúrgica.

- Se cumple con los flujos de la unidad y la disposición final de los desechos.
- Se cumplen las normativas para la preparación y conservación del material y de las piezas operatorias.
- Existe en los quirófanos utilización adecuada del equipamiento, así como el suministro centralizado de gases medicinales y monitorización transoperatoria.
- Existen las condiciones para el diagnóstico histológico y radiológico transoperatorio.
- Las condiciones en las que se practica la Cirugía de Mínimo Acceso son adecuadas.
- Se cumple lo establecido ministerialmente para la atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.
- El servicio quirúrgico de urgencia cumple con lo establecido.
- Documentos a verificar:
 - Manual de organización y procedimientos.
 - Historia clínica.
 - Planificación quirúrgica.
 - Registro de pacientes pendientes de tratamiento quirúrgico.
 - Registro de operaciones de la(s) unidad(es) quirúrgica(s).
 - Informe operatorio.
 - Hoja de evaluación anestésica.
 - Registros normados para la actividad quirúrgica.
 - Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica.
 - Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica.
 - Registro de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
 - Evidencias de realización de las reuniones de programación y aseguramiento de la actividad quirúrgica.
 - Expedientes laborales.
 - Documentación del proceso de cirugía ambulatoria.
 - Evidencia documental del análisis de los indicadores ministeriales que evalúan la actividad quirúrgica.
 - Anuncio de operaciones.

ASP-14 Seguridad en los medicamentos de alto riesgo, de equipos y dispositivos médicos

El hospital implementa un proceso para garantizar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, así como de los equipos y dispositivos médicos.

Propósitos:

- Alcanzar un control y administración segura de los medicamentos de alto riesgo, que eviten o minimicen los daños en el paciente.
- Implementar acciones que tributen al control de la seguridad de los equipos y dispositivos médicos.

Elementos a evaluar:

- Existe un sistema de notificación y reporte de errores en la trazabilidad de los medicamentos de alto riesgo.
- El hospital tiene una lista de medicamentos de alto riesgo, que incluye aquellos con apariencia o nombre similar.
- El hospital implementa estrategias para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, que incluyen procesos específicos de almacenamiento, prescripción, administración y monitorización.
- La ubicación e identificación de los medicamentos de alto riesgo, que incluyen además, los de apariencia o nombre similar, está establecido en el hospital.
- El hospital tiene un procedimiento que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados.
- Los electrolitos concentrados están presentes sólo en los servicios de atención al paciente que se identifican como clínicamente necesarios.
- El hospital identifica los riesgos asociados a los equipos médicos que posee.
- El hospital implementa acciones para mitigar los riesgos asociados a los equipos médicos.
- El hospital registra los eventos adversos asociados al uso de equipos y dispositivos médicos.
- El hospital reporta los eventos adversos asociados al uso de equipos y dispositivos médicos.
- El hospital posee y cumple el plan de mantenimiento de equipos.
- El hospital posee y cumple el plan de calibración y verificación de los instrumentos de medición.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Listado de medicamentos considerados de alto riesgo.
- Manual de procedimientos de la farmacia hospitalaria.
- Historias clínicas.
- Registro de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Disponibilidad del modelo de RAM en los servicios de atención a pacientes.
- Plan de mantenimiento de equipos.
- Plan de calibración y verificación de los instrumentos de medición.
- Registro de eventos adversos a equipos y dispositivos médicos.

ASP-15 Elaboración, dispensación y uso de medicamentos

El hospital tiene los procesos relacionados con elaboración, dispensación y uso de medicamentos, según el Manual de organización y procedimientos de los servicios farmacéuticos hospitalarios y el Programa Nacional de Medicamentos.

Propósitos:

- Elaborar medicamentos que no requieren seguridad biológica, formulaciones magistrales y oficinales no estériles según lo establece el Manual de procedimientos de farmacia hospitalaria.
- Dispensar medicamentos de forma individualizada y según Sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria.
- Administrar la medicación a partir de la identificación inequívoca del paciente y su prescripción.
- Evaluar y controlar el uso de los medicamentos.
- Registrar y conservar los documentos de los procesos relacionados con el uso de los medicamentos en los servicios según las normas establecidas.

Elementos a evaluar:

- El área de elaboración es un área limpia y segura, dispone de materiales y equipamiento acordes a la producción que realiza y se cumple con las Buenas prácticas de manufactura de formulaciones magistrales y oficinales.
- Para la preparación de mezclas de citostáticos, se dispone de un área específica para tal finalidad, diferente de las otras mezclas intravenosas (MIV).
- Los pedidos de sala, las indicaciones médicas, las recetas incluyendo las dobles foliadas se realizan de acuerdo con lo establecido en las normas vigentes.
- El hospital tiene un sistema para la verificación de la dispensación y administración, para evitar los errores de medicamentos.
- Se emplea el sistema de despacho a los servicios por dosis unitaria.
- Se tiene establecido el sistema de vigilancia intensiva a los medicamentos de reciente introducción, en correspondencia con las Normas y procedimiento de farmacovigilancia.
- Se notifican y se realiza seguimiento a las reacciones adversas (RAM) de todos los medicamentos utilizados en la práctica clínica y se hacen llegar estos reportes al Sistema de Farmacovigilancia.
- El hospital tiene identificados los medicamentos de alto costo que forman parte de su Cuadro Básico, el personal autorizado a prescribirlos, se cumplimentan los registros establecidos y se aplica todo lo regulado para el control de los mismos.
- Funciona el Comité Farmacoterapéutico, su composición es la establecida por el PNM y evalúa de forma periódica la emisión de recetas e indicaciones médicas.
- Existe evidencia de la evaluación del uso de los medicamentos en los servicios por el Comité Farmacoterapéutico.
- Se cumple lo establecido en el Programa Nacional de Medicamentos para la comunicación de la no disponibilidad de los medicamentos.
- Se controla y fiscaliza de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos toda la ruta crítica, incluyendo el uso y la aplicación en los servicios de las drogas estupefacientes, sicotrópicos y sustancias de efectos similares.
- La historia clínica recoge la anamnesis farmacológica del paciente previo al ingreso.

- Los medicamentos prescritos para cada paciente se registran en la historia clínica, específicamente en las indicaciones médicas e incluye la dosis para cada fármaco.
- Se revisa la pertinencia de la prescripción relacionada con el fármaco y las características del paciente para evitar eventos adversos o errores de medicación.
- Se revisa si sesiona de forma diaria la comisión de aprobación de uso de antimicrobianos.

Documentos a verificar:

- Buenas prácticas de manufactura de formulaciones magistrales y oficinales.
- Control de la producción de fórmulas magistrales y oficinales.
- Manual de organización y procedimientos de farmacia hospitalaria.
- Programa Nacional de Medicamentos
- Circulares técnicas de farmacia vigentes.
- Resoluciones e instrucciones ministeriales vigentes.
- Normas y procedimientos de farmacovigilancia.
- Listado de medicamentos sujetos a vigilancia intensiva.
- Modelo de reporte de reacciones adversas a medicamentos de profesionales.
- Políticas terapéuticas institucionales según grupos farmacológicos seleccionados (ejemplos antibióticos) y según protocolos de actuación o guías de práctica clínica en afecciones seleccionadas.
- Resolución del nombramiento del Comité Farmacoterapéutico.
- Actas del Comité Farmacoterapéutico.
- Informe de control del destino final de los recursos (medicamentos).
- Actas de *stock* de medicamentos
- Registro para el control de estupefacientes
- Registro de aplicaciones de estupefacientes en los servicios
- Registro de los casos discutidos en la subcomisión de aprobación de los antimicrobianos.
- Recetas de antimicrobianos aprobadas.

ASP-16 Alimentación y apoyo nutricional

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

Propósitos:

- Garantizar la evaluación nutricional del paciente.
- Propiciar al paciente el tipo de dieta o plan nutricional en correspondencia con su diagnóstico y necesidades.
- Informar al paciente y acompañante respecto a su situación nutricional, alimentos indicados y contraindicados, así como los suplementos, el apoyo nutricional y la medicación relacionada que pueda interactuar con la alimentación.

- Ofrecer a los pacientes, cuando es posible, opciones de alimentos acorde con su situación nutricional.
- Evaluar por el grupo de apoyo nutricional o por un profesional capacitado al paciente con riesgo nutricional.
- Registrar en la historia clínica del paciente la evolución y monitoreo de su estado nutricional.
- Cumplir con las disposiciones y normativas establecidas para la inocuidad de los alimentos.

Elementos a evaluar:

- En la historia clínica está registrada la pesquisa y la evaluación nutricional. Incluye a los pacientes bien nutridos
- En los casos de riesgo nutricional identificado, en las historias clínicas debe existir la valoración nutricional completa por profesional capacitado en nutrición asesorado por el Grupo de Apoyo Nutricional, así como la evolución, indicaciones o plan nutricional.
- El paciente hospitalizado tiene indicada en su historia clínica, la dieta o plan nutricional que corresponda a su diagnóstico y necesidades.
- El horario y distribución de la alimentación son adecuados de acuerdo con la prescripción médica. Asesorarse por Licenciado en Nutrición y Dietética.
- El paciente y acompañante han sido informados y educados respecto a la condición nutricional del paciente y sobre las prescripciones dietoterapéuticas en el orden cuantitativo, cualitativo, así como las frecuencias y horarios.
- El hospital cumple lo establecido para la inocuidad de los alimentos.
- Verificar la existencia de áreas diferenciadas para la preparación de alimentos y fórmulas lácteas.
- Comprobar la existencia de instrucciones nacionales específicas para la preparación de las diferentes fórmulas.
- Comprobar el trabajo del Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) y del Departamento de Nutrición-Dietética.
- Se conducen correctamente los esquemas de dietoterapia.
- Se conducen correctamente los esquemas de Nutrición enteral y parenteral.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos
- Historias clínicas.
- Guía de dietoterapia.
- Guías de Terapia nutricional artificial
- Manuales institucionales para la actividad y sus aspectos incluidos en los protocolos de atención y Guías de prácticas clínicas.
- Documentos de constitución del Grupo de Apoyo Nutricional o Servicio de Nutrición Clínica.

ASP-17 Atención integral al paciente con dolor

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

Propósitos:

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

Elementos a evaluar:

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

Documentos y procesos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Historias clínicas.
- Registros de pacientes con dolor.

ASP-18 Cuidados del paciente al final de su vida

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

Propósitos:

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

Elementos a evaluar:

- Se evalúan los pacientes con la periodicidad requerida según la necesidad identificada.
- Las evaluaciones médicas se realizan de forma personalizada.

- El paciente recibe tratamiento para todos los problemas de salud identificados.
- Se tienen en cuenta la información y atención a los familiares.
- Los datos obtenidos de las evaluaciones son reflejados en la historia clínica.

Documentos a verificar:

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

ASP-19 Banco de sangre y transfusiones

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

Propósitos:

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

Elementos a evaluar:

- Existe un profesional capacitado como responsable del banco de sangre y/o del servicio de transfusiones.
- Existen procedimientos documentados para garantizar la selección del donante, la extracción de la sangre, el almacenamiento, pruebas de compatibilidad y distribución de los hemocomponentes.
- Se aplican controles de calidad al servicio de transfusión y banco de sangre con evidencia documental.
- El banco de sangre y/o el servicio de transfusiones cumple con las disposiciones y normativas vigentes.
- Existe un modelo de solicitud de transfusión que se llena correctamente para cumplir esta actividad.

- Se registran oportunamente los efectos adversos ocurridos por las transfusiones aplicadas.
- Existe un manual de procedimiento que establece que hacer cuando existe una reacción transfusional.
- Verificar la existencia de expansores plasmáticos en el Servicio de Urgencia, Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios, Unidades Quirúrgicas y en Farmacia.
- Comprobar el mecanismo a utilizar para la solicitud de hemocomponentes.
- Contar con los medios necesarios para la realización de las pruebas inmunohematológicas indispensables: grupo ABO y factor Rh del donante y del receptor, pruebas de compatibilidad.
- Comprobar la participación del jefe de la actividad en el trabajo del Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional.
- Comprobar la existencia del local y que el mismo cuente con neveras de conservación de hemocomponentes y que ésta esté conectada al sistema alternativo de generación de electricidad.
- Verificar en el Departamento de Recursos humanos títulos de los técnicos.
- Verificar en el Departamento de Recursos humanos nombramiento del jefe del Banco de Sangre o Servicio o Sección de Transfusiones.
- Verificar el área de extracción y sus condiciones. La de recepción de sangre y hemocomponentes (si corresponde).
- Constatar programación de rotaciones y guardias que garantizan el servicio las 24 h.
- Verificar *stock* mínimo y máximo de hemocomponentes.
- Comprobar el registro y evaluación de indicadores: Índice de reacciones transfusionales, porcentaje de utilización de glóbulos, Consumo de glóbulos/cama real, porcentaje de vencimientos de sangre y componentes, Consumo de plasma/cama real, Consumo de plaquetas/cama real y porcentaje de vencimientos de hemocomponentes.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Historia clínica.
- Registros de: recepción de hemocomponentes, transfusiones, órdenes de transfusiones, bajas y destrucción de las bajas.
- Registros de Reacciones adversas a hemocomponentes (Registro de Reacciones Postransfusionales) y su notificación según sistema de reportes establecidos por el MINSAP.
- Actas del Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional.
- Expedientes laborales.
- Programación de rotaciones y guardias que garantizan el servicio las 24 h.
- Registro de mínimo y máximo de hemocomponentes.
- Registro y evaluación de indicadores.

ASP-20 Donación y trasplante de órganos y tejidos

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

Propósitos:

- Crear una cultura institucional entorno al programa de donación y trasplantes.
- Informar a los pacientes y sus familiares acerca de la importancia y del proceder para la donación de órganos y otros tejidos.
- Supervisar el proceso de extracción de órganos y tejidos.
- Garantizar el personal con capacitación especializada, recursos materiales y sistema de gestión de la información para brindar una atención segura y de alta calidad.
- Garantizar un equipo multidisciplinario integrado por profesionales con experiencia en programas de trasplante de órganos específicos y tejidos, así como un líder calificado como responsable del programa.
- Implementar un eficiente sistema de gestión de los receptores de órganos y tejidos.
- Mejorar los indicadores del programa de donación y trasplantes.

Elementos a evaluar:

- El hospital informa a pacientes y sus familias acerca del proceso de donación, la extracción de órganos y la estrategia para prevenir que los pacientes se sientan presionados a donar.
- Existen procedimientos para donación de órganos y tejidos de acuerdo con las disposiciones y normativas vigentes.
- El personal del hospital está capacitado sobre los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.
- Existe personal capacitado para llevar a cabo una atención segura y con calidad dentro del programa de trasplante de órganos y tejidos.
- El hospital asigna recursos para llevar a cabo el programa de trasplante de órganos y tejidos.
- Existe un sistema de gestión de la información que contribuye a la calidad del programa de trasplante de órganos y tejidos.
- Uno o más profesionales capacitados supervisan el programa de trasplante de órganos y tejidos.
- Existe un registro de la composición del equipo de trasplante de órganos y tejidos específicos y las responsabilidades individuales de los miembros.
- El equipo de trasplante incluye profesionales certificados con experiencia en medicina, enfermería, nutrición, farmacología, servicios sociales, servicios psicológicos y coordinación del trasplante.
- El profesional responsable de la coordinación de la atención médica del donante vivo se identifica y está disponible en todas las fases de la atención médica del trasplante.

- El coordinador médico del trasplante facilita la continuidad de la atención médica de los pacientes (candidatos y receptores) durante las fases de pretrasplante, trasplante y alta.
- El coordinador médico del trasplante facilita la continuidad de la atención médica de los donantes vivos durante las fases de evaluación, donación y alta de la donación.
- Los resultados de la evaluación médica se incluyen en la determinación de aptitud para el trasplante.
- El programa de trasplantes registra la confirmación de la compatibilidad del órgano en la historia clínica del candidato al trasplante.
- Se cumple con la política del hospital para obtener el consentimiento informado de los candidatos a los trasplantes y se brinda información sobre riesgos psicosociales, tasa de sobrevida al año, fármacos inmunosupresores y riesgos asociados a su empleo, efectos adversos que puedan ocurrir, así como tratamientos alternativos.
- El programa de trasplantes sigue protocolos escritos para la recuperación de órganos, que incluyen la revisión de los datos del donante, grupo sanguíneo del receptor y otros datos vitales para asegurar la compatibilidad antes de que se produzca la recuperación del órgano.
- El cirujano a cargo del trasplante es responsable de confirmar por escrito las condiciones óptimas de los órganos del donante para ser trasplantados al receptor.
- Cuando un órgano llega al centro de trasplantes, el cirujano que realiza el trasplante y al menos otro profesional sanitario certificado verifican que el grupo sanguíneo del donante y otros datos vitales sean compatibles con el receptor antes de realizar el trasplante.
- El cirujano a cargo del trasplante es responsable de confirmar que se hayan completado la evaluación del donante y las pruebas para detectar enfermedades infecciosas y tumores malignos antes de que se realicen la recuperación y el trasplante del órgano.
- Cuando un órgano llega al centro de trasplante, el cirujano a cargo del trasplante y al menos otro profesional sanitario certificado verifican que la evaluación y las pruebas del órgano del donante no muestren señales de enfermedad y que el estado del órgano sea apto para el trasplante.
- El programa de trasplantes garantiza la existencia de guías de práctica clínica registradas que son específicas para cada órgano y que se refieren a las fases de pretrasplante, trasplante y alta.
- Cada paciente de trasplante se encuentra al cuidado de un equipo multidisciplinario de atención médica coordinado por el médico principal a cargo del trasplante durante las fases de pretrasplante, trasplante y alta.
- Los candidatos a trasplantes son evaluados para comprobar su aptitud para otras terapias médicas y quirúrgicas que pueden producir tasas de sobrevida a largo y a corto plazo comparables al trasplante.
- Los candidatos a trasplantes reciben evaluación psicológica.

- El programa de trasplantes actualiza la información médica en la historia clínica del paciente en forma permanente.
- El donante de órganos vivo tiene el derecho de tomar una decisión con respecto a la donación en un ámbito libre de presiones.
- El programa de trasplantes identifica una persona con conocimientos acerca de donación de órganos de donante vivo, trasplantes, ética médica y consentimiento informado para abogar por el donante vivo, la cual no participa en las actividades relacionadas con los trasplantes, a la vez que informa, respalda y respeta al donante vivo durante el proceso de la toma de decisión.
- El consentimiento informado del donante vivo es obtenido por personal capacitado y se encuentra en un lenguaje que se puede comprender.
- Se informa al posible donante vivo acerca de los potenciales riesgos psicológicos de la donación, complicaciones, riesgos asociados con la donación de órganos por parte de personas vivas, tratamientos alternativos y derecho del donante de rehusarse a realizar la donación en cualquier momento durante el proceso de donación.
- El programa de trasplantes cuenta con criterios de selección de donantes vivos específicos para cada órgano coherentes con las disposiciones y normativas vigentes y los principios de la ética médica.
- Los resultados de una evaluación médica relacionada con la salud física y psicológica del donante vivo se incluyen en la determinación de aptitud para la donación.
- El programa de trasplante registra la confirmación de la compatibilidad del órgano en la historia clínica del donante vivo.
- El programa de trasplantes implementa guías documentadas que definen la atención sanitaria multidisciplinaria al donante vivo durante las fases de evaluación, donación y alta.
- Se analiza el porcentaje de pacientes aptos para trasplantes y el tiempo en que el equipo de salud ha logrado poner al paciente en lista de espera para el trasplante.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Historia clínica.
- Resolución de nombramiento de la comisión de muerte encefálica.
- Resolución de nombramiento del responsable de donación y trasplantes.
- Registro de la composición del equipo de trasplante de órganos y tejidos específicos y las responsabilidades individuales de los miembros.
- Registros: posibles donantes, fallecidos, planillas de Diagnósticos de muerte encefálica, Donantes de órganos y tejido, consentimiento informado para la donación.
- Registro de indicadores específicos de la actividad de donación y trasplante de órganos: número de Diagnóstico de muertes encefálicas entre el Total de fallecidos de la UCI, Número de donantes reales entre número de fallecidos en Muerte encefálica, Numero de entrevistas realizadas entre el número de negativas familiares, Tasa de Donantes de órganos y tejidos por millón de población, Número

- de trasplantes realizados por cada Programa de Trasplante y Supervivencia del paciente y del injerto.
- Expedientes laborales.
 - Registro de investigaciones realizadas o en proceso de ejecución.
 - Consentimiento Informado para Trasplante en la historia clínica.
 - Informe de las auditorías internas mensuales y auditorías externas recibidas.
 - Base normativa.
 - Actas del consejo de dirección con evidencias de análisis del programa de donación y trasplantes.

ASP-21 Medicina natural y tradicional

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

Propósitos:

- Integrar las modalidades terapéuticas de Medicina Natural y Tradicional en la atención médica, en correspondencia con las necesidades de los pacientes.
- Garantizar la capacitación de los profesionales y técnicos de la salud en Medicina Natural y Tradicional.
- Contribuir con el desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional a partir de la ejecución de investigaciones en esta materia.

Elementos a evaluar:

- Las modalidades de Medicina Natural y Tradicional están integradas en los protocolos institucionales, según afecciones tributarias y se ejecutan acciones de promoción y educación para la salud en este sentido.
- Está definido el Cuadro básico de productos naturales de la institución, integrado al Cuadro básico de medicamentos y en correspondencia con los protocolos terapéuticos aprobados.
- Existe un servicio, departamento o consulta de Medicina Natural y Tradicional, según esté definido para la institución, donde se desarrolla por un personal especializado los procesos de atención más complejos con estas modalidades terapéuticas.
- Durante la atención continua de 24 h en la institución los pacientes atendidos en urgencias u hospitalizados pueden recibir tratamiento con las modalidades terapéuticas de Medicina Natural y Tradicional.
- En los pacientes ambulatorios se indican y aplican, según corresponda, modalidades terapéuticas de Medicina Natural y Tradicional.
- El personal de enfermería aplica acciones dependientes e independientes de Enfermería con Medicina Natural y Tradicional, según corresponda.
- Se cumplen los propósitos definidos de uso de Medicina Natural y Tradicional en la atención médica (urgencias, egresados y analgesia quirúrgica acupuntural).

- Se analizan los principales indicadores e incidencias del Programa de Medicina Natural y Tradicional en las reuniones del Comité Farmacoterapéutico de forma periódica y en los Consejos de Dirección según plan.
- Están identificadas las necesidades de aprendizaje con relación a Medicina Natural y Tradicional y se programan las actividades de superación profesional necesarias.
- La institución ejecuta investigaciones en Medicina Natural y Tradicional y generaliza los resultados científicos obtenidos.

Documentos a verificar:

- Programa Nacional de Medicina Natural y Tradicional.
- Resoluciones ministeriales vigentes.
- Actas del Consejo de Dirección y Comité Farmacoterapéutico.
- Manual de organización y procedimientos.
- Protocolos terapéuticos y la adherencia a los mismos.
- Historias clínicas, informes operatorios, hojas de consulta de consulta externa y servicios de urgencias, donde se reflejen las indicaciones y aplicaciones de tratamientos de Medicina Natural y Tradicional.
- Evidencia documental de evaluación sistemática de los indicadores ministeriales.
- Expedientes laborales.
- Evidencia documental de los cursos planificados, en ejecución e impartidos, donde los perfiles ocupacionales de los matriculados se corresponden con el tipo de capacitación.
- Proyectos de investigación en ejecución o finalizados, vinculados a la Medicina Natural y Tradicional y la inclusión de los resultados científicos en los Planes de Generalización.

ASP-22 Laboratorios clínicos

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

Propósitos:

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

- Garantizar la identificación inequívoca de las muestras y sus correspondientes resultados.
- Garantizar el cumplimiento del programa de bioseguridad según los requerimientos establecidos.
- Reducir los riesgos de infección como resultado de la exposición a materiales de riesgo biológico y otros desechos.
- Asegurar que el equipamiento y la tecnología médica, incluidos los dispositivos médicos funcionen a niveles aceptables y resulten seguros para los pacientes y personal sanitario.
- Garantizar la utilización del equipamiento y tecnología médica de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Realizar un inventario del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
- Garantizar la validación del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento.
- Monitorizar y actuar en consecuencia ante avisos de peligro del equipamiento de laboratorio y de la tecnología médica.
- Asegurar los reactivos y suministros necesarios para proporcionar a los pacientes servicios de laboratorio de manera regular.
- Garantizar que los reactivos se almacenen y se dispensen según procedimientos definidos.
- Implementar los procedimientos, registros e instructivos que garanticen el aseguramiento de la calidad en los servicios de laboratorio, incluido patología clínica.
- Realizar pruebas de competencia para comparar los resultados de laboratorio con otros que utilicen la misma metodología, siempre que se puedan realizar.
- Garantizar la contratación eficiente de servicios con otros laboratorios.
- Asegurar que los laboratorios de referencia (contratados) a los que el hospital derive pruebas cuenten con licencias, acreditaciones o certificaciones otorgadas por autoridades reconocidas.

Elementos a evaluar:

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

- Poseen registro de entrada de las muestras y registro de salida de los resultados.
- Se establecen e implementan procedimientos para la recepción y seguimiento de las muestras.
 - Se conservan las muestras por el tiempo y condiciones establecidas.
 - Existe registro actualizado de valores de referencia de laboratorio.
 - Los informes de análisis son claros, sin ambigüedades, ni tachaduras, según el formato aprobado por el Ministerio de Salud Pública.
 - El rango de referencia se incluye en el informe de los resultados.
 - Los resultados de laboratorio se informan en un lapso acorde con las necesidades del paciente.
 - Cuentan con instructivo para la enmienda de los resultados.
 - El laboratorio cuenta con una instrucción que define cómo será la comunicación de los resultados de los análisis
 - Los resultados de los análisis son revisados antes de su entrega por el responsable de laboratorio.
 - Está definido el período de retención de los resultados y lo conoce el personal.
 - Los registros de laboratorio se conservan en un lugar seguro por un mínimo de tres años.
 - El laboratorio cuenta con una instrucción para la emisión de copias de los informes en caso de extravío o deterioro del original.
 - Se almacenan salvadas de la información emitida por los equipos de laboratorio.
 - Se establecen e implementan procedimientos para la derivación a servicios de laboratorio de referencia bajo relaciones contractuales.
 - Existe un responsable del proceso de gestión de la calidad.
 - El laboratorio clínico y otros servicios de laboratorio son dirigidos por una persona capacitada para ello.
 - Existen documentos que certifican la calificación adecuada del personal (títulos, certificaciones, diplomas).
 - Poseen Plan de capacitación del personal.
 - El personal está formado en BPL, bioseguridad.
 - Los nuevos ingresos reciben adiestramiento inicial.
 - Están definidos los requisitos y descripciones de los puestos de trabajo.
 - Está definido el personal autorizado para toma de muestras y utilización de equipos.
 - Cuentan con personal de supervisión del laboratorio capacitado y con experiencia.
 - El laboratorio cuenta con locales adecuados para: espera de usuarios, recepción, toma/manipulación y procesamiento de muestras, ejecución de procedimientos analíticos, higiene y vestuario del personal y oficinas.
 - Los locales del laboratorio están identificados y con acceso controlado.
 - Los locales del laboratorio están limpios, ordenados y con buen estado de mantenimiento.
 - Se prohíbe dentro de las áreas técnicas comer, beber, fumar, aplicarse productos cosméticos, manipular lentes de contacto y pipetear con la boca.

- Existen adecuadas condiciones seguras para la manipulación, transporte, recolección y almacenamiento de las muestras.
- Todos los trabajadores usan medios de protección individual (batas, sobretabas, guantes, máscara).
- Se realizan exámenes médicos preempleo y periódicos a los trabajadores.
- Está disponible el *Manual de Bioseguridad*.
- Se cumple lo explicitado en los procedimientos del *Manual de Bioseguridad*.
- Existe un proceso definido para reducir los riesgos de infección.
- Tienen identificado un responsable de Bioseguridad en el laboratorio y está capacitado.
- Existe un Registro de incidencias de bioseguridad.
- Las incidencias de bioseguridad, accidentes, enfermedades que se detecten se discuten con el personal involucrado y se reportan a la estructura de seguridad del hospital al menos una vez al año y siempre que ocurra algún incidente.
- Cuando se identifican problemas con las prácticas o se producen accidentes, se toman medidas correctivas que son además registradas y revisadas.
- El personal tiene registro de vacunación actualizado y está inmunizado según riesgos de exposición.
- El material gastable que se utiliza es estéril, con fecha de esterilización vigente.
- Las condiciones de almacenamiento del material estéril son adecuadas.
- Los trabajadores reciben capacitación en bioseguridad.
- Los desechos y residuales del laboratorio están adecuadamente identificados y tratados, acorde con la reglamentación institucional y nacional vigente.
- El laboratorio también cuenta con un procedimiento para controlar la exposición a la tuberculosis.
- Existe un inventario registrado de todo el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
- Se operan los equipos de laboratorio acorde con el Manual de procedimientos o Manual de operaciones suministrado por el fabricante
- Existe procedimientos que identifican cómo se seleccionan y adquiere el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
- Se prueban e inspeccionan el equipamiento de nueva adquisición y registra.
- Cada equipo de laboratorio tiene su certificado de validación.
- Existe registro de mantenimiento de equipos de laboratorio, según las recomendaciones de los fabricantes, antigüedad y uso.
- Se conservan los certificados de calibración de los equipos una vez recibido el mantenimiento previsto.
- Se registra en el equipo la última fecha de calibración y/o verificación con sus resultados.
- Los equipos automatizados tienen validado el *software*.
- Los equipos automatizados tienen actualizado el antivirus.
- Cada equipo tienen su ficha técnica y la de sus reactivos.
- Los equipos averiados se identifican y retiran del servicio.

- Existe un registro actualizado con los movimientos de reactivos, lotes y fecha de expiración.
- Existe un procedimiento de trabajo para la protección de los datos emitidos por el equipo automatizado.
- Se almacenan salvadas de la información emitida por los equipos de laboratorio.
- El hospital cuenta con un sistema implementado para la monitorización y toma de acción ante avisos de peligro, retiro del mercado por decisión del fabricante, incidentes que deban informarse, problemas y fallas del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
- Los reactivos y medios de cultivo están identificados y autorizados por la agencia reguladora cubana, con fecha de uso vigente.
- Los reactivos y soluciones están etiquetados en forma completa y exacta.
- Los reactivos y medios de cultivo se conservan según especificaciones del productor.
- Existe un proceso que se implementa cuando no hay disponibilidad de reactivos.
- Las soluciones que se preparan en el laboratorio se identifican.
- Los recipientes que conserven agua se protegen e identifican.
- Tienen directrices escritas que respetan para la evaluación de los reactivos para asegurar la precisión y exactitud de los resultados.
- Cuentan con un sistema interno para control de la calidad.
- Utilizan controladores y calibradores adecuados a las investigaciones que realizan.
- Están definidos los puntos críticos del proceso de análisis.
- Se dispone de materiales de referencia requeridos para la actividad.
- Tienen elaborado un procedimiento para el uso, control y cuidado de los materiales de referencia.
- El laboratorio participa en Programas de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC).
- El laboratorio compara con otros laboratorios los resultados de aquellos estudios que no se incluyen en los PEEC.
- En caso que se requieran los servicios de otro laboratorio, la dirección cuenta con un procedimiento y registros necesarios para concertar y revisar periódicamente los contratos.
- Se mantienen registros de los laboratorios contratados y de las muestras que han sido enviadas a cada laboratorio.
- Se entrega el informe analítico del laboratorio contratado a la persona que solicita el análisis y se conserva una copia.
- Existe un documento que defina el tiempo de conservación de los informes analíticos.
- Existe un procedimiento actualizado y registros apropiados para las auditorías internas.
- El programa anual de auditorías internas abarca todas las actividades del laboratorio, enfatizando en los puntos críticos.
- Los auditores internos que lideran la actividad están calificados por una organización externa a la entidad.

- Existe un procedimiento actualizado y registros para la implementación de las correcciones, acciones correctivas, preventivas y su verificación.
- La dirección cuenta con un procedimiento y registros apropiados para identificar y controlar las no conformidades que se generen.
- La dirección documenta y verifica el seguimiento y efectividad de las correcciones, acciones correctivas y preventivas.
- La dirección cuenta con un procedimiento y registros adecuados para controlar y evaluar las quejas relacionadas con el laboratorio.
- El hospital conserva una copia de la licencia otorgada por una autoridad reconocida, para todos los laboratorios de referencia (contratados) a los que recurre.
- El hospital conserva una copia del certificado o la carta de acreditación o certificación otorgada por un programa de acreditación o certificación de laboratorios reconocido, para todos los laboratorios de referencia a los que recurre.
- El hospital conserva documentación que acredita que todos los laboratorios de referencia a los que recurre participan de un programa externo de pruebas de competencia
- -n informe anual de los datos de los laboratorios de referencia se presenta al liderazgo del hospital para facilitar la gestión de los contratos y sus renovaciones. Incluye:
 - Sistema interno de control de calidad.
 - Definición de puntos críticos de los procesos.
 - Procedimientos para el reensayo y remuestreo.
 - Procedimientos actualizados y registros de incidencias, acciones correctivas y preventivas, así como su verificación).

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Registro de entrada de las muestras.
- Registro de salida de los resultados.
- Registro actualizado de valores de referencia de laboratorio.
- Instructivo para la enmienda de los resultados.
- Plan de capacitación del personal.
- Expediente laboral del personal.
- Registro del personal autorizado para toma de muestras y utilización de equipos.
- Manual de bioseguridad.
- Registro actualizado con los movimientos de reactivos, lotes y fecha de expiración.

ASP-23 Imagenología y radioterapia

Los servicios de Imagenología y de Radioterapia cumplen con las disposiciones y normativas vigentes para atender las necesidades de los pacientes. El personal de estos servicios tiene la formación, capacitación, certificación y experiencia requeridas.

Existe un programa de seguridad radiológica activo, implementado y registrado, y se cumplen los programas de control de infecciones.

Propósitos:

- Garantizar que el hospital cuente con servicios de Imagenología que asegure los requerimientos de los pacientes: disponibilidad de estudios diagnósticos para diferentes indicaciones, disponibilidad fuera del horario habitual para los casos de emergencia y emisión de los resultados en tiempo, con calidad y trazabilidad.
- Garantizar que labore en los servicios de Imagenología y Radioterapia, personal capacitado con evidencias de formación y experiencia comprobables.
- Garantizar la identificación inequívoca de los exámenes y sus correspondientes resultados.
- Garantizar la identificación inequívoca de los pacientes de radioterapia, así como de la zona a irradiar.
- Garantizar que el hospital cuente con un programa de seguridad radiológica activo que incluya los componentes de los servicios de Imagenología y Radioterapia.
- Asegurar que el programa de seguridad radiológica refleje los riesgos y peligros que pueden ocurrir.
- Establecer las medidas de prevención y protección para el personal de Imagenología, Radioterapia, demás personal y pacientes.

Elementos a evaluar:

- Los servicios de Imagenología disponen de una lista actualizada con los estudios que pueden realizar y el tiempo de respuesta para cada uno, con fácil acceso para pacientes y usuarios.
- Existen servicios de Imagenología disponibles que satisfacen las necesidades de emergencia, incluso fuera del horario habitual de atención.
- Los servicios de Imagenología y Radioterapia cumplen con las leyes y normativas vigentes relacionadas con la prevención y protección radiológica.
- Se dispone de modelo de consentimiento informado para los casos que lo requieran.
- Tienen elaborado y actualizado el Manual de procedimientos del servicio.
- Se establecen e implementan procedimientos para la solicitud de estudios imagenológicos y de radioterapia.
- Se cumplen los protocolos de actuación en el servicio de radioterapia.
- Se garantiza la identificación inequívoca de los pacientes que reciben radioterapia, así como la zona a irradiar.
- El modelo de solicitud de estudios contiene toda la información necesaria: identificación del paciente, de la persona autorizada que lo solicita y de la sala, servicio o institución a que pertenece, del estudio e identificación del que la realiza.
- Realizar los exámenes solicitados, tanto de los pacientes hospitalizados, como de los ambulatorios.
- Emiten los resultados de los exámenes realizados, con la calidad adecuada.
- Mantienen el archivo de los resultados de los exámenes para comparaciones futuras, de acuerdo con lo descrito por procedimiento.

- Garantizan los resultados de pruebas realizadas a pacientes, de acuerdo con lo descrito por procedimiento.
- Poseen un registro de entrada de estudios por paciente.
- Se garantiza la calidad de los exámenes realizados según sus normas.
- El hospital contacta a expertos en áreas especializadas de diagnóstico cuando es necesario.
- Los informes de los estudios son claros, sin ambigüedades ni tachaduras, según el formato aprobado por el MINSAP y la dirección del centro.
- Los resultados de los estudios se informan en un lapso acorde con las necesidades del paciente.
- Tienen con instructivo para la enmienda de los resultados.
- El servicio cuenta con una instrucción que define cómo será la comunicación de los resultados de los estudios.
- Existe un listado con las personas autorizadas a recibir los informes, en caso que se requiera.
- Está definido el período de retención de los resultados y lo conoce el personal.
- Los registros del servicio se conservan en un lugar seguro.
- Tienen con una instrucción para la emisión de copias de los informes en caso de extravío o deterioro del original.
- Se almacenan salvadas de la información emitida por los equipos.
- Se establecen e implementan procedimientos para la derivación a servicios de imagenología de otros centros (contratados).
- El servicio es dirigido por una persona capacitada para ello.
- Existen documentos que certifican la calificación adecuada del personal (títulos, certificaciones, diplomas) para realizar, interpretar, verificar e informar los resultados de los estudios.
- Poseen plan de capacitación del personal.
- Tienen definidos y documentados los requisitos de calificación para el personal.
- Están definidos los requisitos y descripciones de los puestos de trabajo.
- Está definido el personal autorizado para la utilización de equipos.
- Se identifica a las personas que realizan estudios de diagnóstico por imágenes, brindan el servicio de Radioterapia o dirigen o supervisan los estudios.
- Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
- Existe un programa de seguridad radiológica implementado, que aborda los riesgos potenciales de seguridad que se enfrentan dentro y fuera del departamento.
- Se realizan los procedimientos según las normas de protección radiológica de la unidad.
- Se utilizan las protecciones necesarias.
- Los riesgos de seguridad identificados debidos a la radiación son abordados mediante procesos o dispositivos específicos que reducen tales riesgos (delantales de plomo, placas de radiación, dosímetros).
- El personal de radioterapia e imagenología tienen orientación acerca de los procedimientos y prácticas de seguridad y recibe capacitación permanente respecto de los nuevos procedimientos, equipamiento y tecnología médica.

- Se realiza seguimiento médico especializado al personal sanitario expuesto.
- Está organizado el proceso de depuración de placas radiográficas y contratada la entrega a materia prima.
- Se realizan discusiones multidisciplinarias de casos complejos donde participa el imagenólogo.

Documentos a verificar:

- Manual de procedimientos del servicio.
- Archivo de los resultados de los exámenes.
- Registro de entrada de los pacientes.
- Expediente laboral del personal.
- Programa de seguridad radiológica.
- Historias clínicas.
- Relaciones contractuales para la derivación a servicios de imagenología de otros centros.
- Relaciones contractuales con la Empresa de materias primas.

ASP-24 Consentimiento informado

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

Propósitos:

- Garantizar que el consentimiento informado del paciente sea obtenido a través de un proceso definido por el hospital y llevado a cabo por personal entrenado en la manera y el idioma que el paciente pueda entender.
- Obtener el consentimiento informado antes de la cirugía, anestesia, sedación moderada, uso de sangre o productos con sangre y cualquier otro tratamiento o procedimiento de alto riesgo.
- Informar adecuadamente a los pacientes y sus familias acerca de la enfermedad, tratamiento/s propuesto/s y profesionales de la salud para que puedan tomar una decisión acerca de la atención.
- Garantizar que el hospital establece un proceso, dentro del contexto de la ley y cultura existente, cuando otras personas y no el paciente, están autorizadas a brindar el consentimiento.

Elementos a evaluar:

- El hospital desarrolla e implementa un proceso de consentimiento informado claro, que incluye información adicional del paciente acerca del médico responsable

- de su atención y los procesos que se aplican cuando el consentimiento informado es brindado por otras personas. Este proceso respeta la ley, la cultura y la costumbre.
- El personal designado está entrenado para el proceso.
 - Los pacientes otorgan el consentimiento informado según el proceso implementado.
 - Existe un consentimiento informado que se documenta de forma uniforme.
 - El consentimiento es obtenido antes de procedimientos quirúrgicos o invasivos.
 - El consentimiento es obtenido antes de la anestesia o sedación moderada.
 - El consentimiento es obtenido antes del uso de sangre o hemoderivados.
 - El hospital ha creado una lista con aquellos procedimientos y tratamientos adicionales que requieran un consentimiento por separado.
 - El consentimiento se obtiene antes de procedimientos o tratamientos de alto riesgo adicionales.
 - La identidad de la persona que brinda la información al paciente y su familia es registrada en la historia clínica del paciente.
 - Las personas que brinden el consentimiento, cuando no se trate del paciente mismo, son registradas en la historia clínica del paciente.
 - Los pacientes son informados sobre el proceso para poder otorgar el consentimiento informado en una manera y con un idioma que pueda entender.
 - Los pacientes son informados de los elementos siguientes:
 - La condición.
 - El/los tratamiento/s propuesto/s.
 - El nombre de la persona que le brinda el tratamiento.
 - Los beneficios e inconvenientes potenciales.
 - Alternativas posibles.
 - La probabilidad de éxito.
 - Posibles problemas relacionados con la recuperación.
 - Resultados posibles por no realizar el tratamiento.

Documentos a verificar:

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

ASP-25 Educación para la salud a pacientes y familiares

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

Propósitos:

- Brindar educación para la salud dirigida a los procesos de atención en función de su misión, los servicios proporcionados y la población de pacientes atendidos.
- Identificar los conocimientos específicos y las destrezas que necesitarán el paciente y los familiares para tomar decisiones en cuanto a la atención médica, participar en la misma y dominar los elementos de prevenciones primarias y secundarias relacionadas con su enfermedad.
- Planificar la educación para la salud a partir de la identificación de las fortalezas y deficiencias de conocimiento y destrezas.
- Seleccionar educadores y métodos educativos congruentes con los valores y las preferencias de los pacientes y las familias, además de identificar los roles de las familias y el método de instrucción.
- Garantizar con todo el personal de atención directa, que la información que reciben los pacientes y las familias sea integral, congruente y lo más eficaz posible.

Elementos a evaluar:

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

Documentos a verificar:

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

ASP-26 Prevención y control de úlceras por presión

El hospital desarrolla e implementa un proceso para la prevención y control de úlceras por presión.

Propósitos:

- Implementar el proceso para la prevención y control de úlceras por presión.

- Garantizar que cada paciente encamado tenga una valoración del riesgo de úlcera por presión y en consecuencia un plan de cuidados.
- Identificar y controlar a los pacientes con riesgos, o con úlcera por presión.
- Garantizar que el personal implicado en los procesos de prevención y control de úlceras por presión respeten y cumplan lo establecido.
- Garantizar que el personal implicado en los procesos de prevención y control de úlceras por presión se encuentren capacitados.

Elementos a evaluar:

- El hospital implementa un proceso para evaluar a todos los pacientes hospitalizados, cuya afección, diagnóstico, situación o ubicación los identifica como de riesgo de padecer úlceras por presión.
- El hospital implementa un proceso para la evaluación inicial y continua, la reevaluación y la intervención de pacientes hospitalizados que se identifican como en riesgo de padecer úlceras por presión en base a los criterios registrados
- -e implementan medidas para minimizar el riesgo de úlceras por presión para aquellos pacientes considerados de riesgo.
- Se disponen y utilizan instrumentos validados para la evaluación del riesgo de úlceras por presión.
- Existe un sistema de notificación y reporte de pacientes con úlceras por presión.
- Se implementa y controla un proceso de evaluación de pacientes con riesgos de presentar úlceras por presión.
- Existe y se utilizan recursos, (mecanismos, dispositivos) adecuados para la prevención de úlceras por presión en los pacientes de riesgo.
- Se encuentra establecido procedimientos médicos y de enfermería que garanticen la atención segura a los pacientes identificados con riesgos o con úlceras por presión.
- Se supervisa y controla el cumplimiento de los procesos establecidos para la prevención y control de úlceras por presión.
- Se documentan las acciones realizadas para la prevención y control de las úlceras por presión de todos los pacientes identificados con riesgos, o con úlceras por presión.
- Se capacita al personal en la prevención y control de la úlcera por presión.

Documentos a verificar:

- Historias clínicas.
- Manuales de organización y procedimientos hospitalarios.
- Resoluciones de nombramiento de los comités de evaluación técnica.
- Actas de los Comités de evaluación técnica.
- Escalas de evaluación de riesgos y de úlcera por presión.

ASP-27 Esterilización

El hospital desarrolla un sistema de esterilización que garantiza la calidad del procesamiento de instrumentales, materiales, equipos y lencería.

Propósitos:

- Implementar el proceso para la esterilización de equipos, instrumentales, materiales y lencería.
- Garantizar el control de la calidad de todas las etapas del proceso de esterilización.
- Garantizar que el personal implicado en los procesos de esterilización cumpla con las correctas prácticas establecidas.
- Garantizar que el personal implicado en los procesos de esterilización se encuentre capacitado.

Elementos a evaluar:

- El hospital implementa un proceso para esterilización de equipos, instrumentales, materiales y lencería
- El hospital cuenta con espacio físico delimitado para los procedimientos de materiales sucios, limpios y estériles con el equipamiento certificado como apto para realizar todas las etapas del proceso de esterilización.
- El hospital cuenta con el equipamiento del Departamento de esterilización acorde con la cantidad y complejidad de los servicios que se ofertan, nivel de actividad del centro.
- El hospital cuenta con autoclaves en tipo y cantidad suficientes según el nivel y complejidad de actividades que desarrolla en el centro.
- El hospital cuenta con capacidad para la esterilización de material termosensible o en su defecto tiene contratos con proveedores externos.
- El hospital garantiza la disponibilidad de materiales, equipos, instrumentales y lencería estériles durante las 24 h.
- El hospital realiza controles de calidad al proceso de esterilización mediante paquetes de prueba (controles físicos, biológicos y químicos).
- El hospital mantiene los equipos, instrumentales, materiales y lencería estériles que cumplen los requisitos establecidos de empaquetamiento, caducidad, almacenamiento y conservación en las diferentes Unidades organizativas y en el Departamento de Esterilización central.
- El hospital cuenta con una Política de desinfección. Que es conocida y aplicada según el procedimiento.
- El hospital controla las normas e índices de consumo de material estéril ajustados a las regulaciones vigentes.
- El hospital tiene establecida y aplica normas para la manipulación de dispositivos estériles (equipos, instrumentales, materiales y lencería).
- El hospital cuenta con personal competente para realizar todas las etapas del proceso de esterilización.
- El hospital tiene el proceso de esterilización centralizado y cumple los requisitos de diseño estructural físico, funcional, y de normas de conservación.
- El hospital realiza controles biológicos al 100 % del material de implante.

Documentos a verificar:

- Manual de organización, procedimientos y rutinas operacionales del departamento.
- Registro de los controles realizados al proceso, periodicidad.
- Contrato con otras instituciones para la esterilización del material termo sensible
- Plantilla de trabajadores.
- Normas de manipulación y conservación de material estéril.
- Política de desinfección del departamento.
- Otras normas ministeriales e institucionales vigentes.

ESTÁNDARES DE GESTIÓN Y SEGURIDAD HOSPITALARIA

GSH-01 Gobierno hospitalario

El hospital posee un sistema de gobierno que responde a las disposiciones y normativas vigentes del Ministerio de Salud Pública, según la categoría aprobada para la institución.

Propósitos:

- Implementar en la institución un sistema de gobierno hospitalario que responda a su misión.
- Garantizar la coordinación entre todas las áreas funcionales del hospital con liderazgo responsable.
- Asegurar la responsabilidad social del hospital.
- Asegurar que se cumpla la *misión* definida del hospital.
- Propiciar que la institución disponga de una *visión* que garantice el desarrollo futuro de la institución.
- Gestionar la calidad de los procesos.
- Garantizar que todos los procesos que se desarrollan en el hospital donde el centro de su gestión sea el paciente, con énfasis en la satisfacción de la población.
- Propiciar que el Consejo de Dirección constituya un órgano de dirección colectiva, que analice y controle el cumplimiento de su misión.
- Asegurar el funcionamiento efectivo de todos los órganos asesores de la dirección del hospital.
- Garantizar la adherencia al Reglamento General de Hospitales vigente y a los Objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública.
- Asegurar el cumplimiento de las disposiciones y normativas ministeriales vigentes.
- Garantizar las competencias necesarias para la conducción de los procesos gerenciales del hospital.
- Garantizar el funcionamiento de todos los directivos o cuadros en los niveles jerárquicos de la institución.
- Potenciar el liderazgo de los directivos o cuadros del hospital, con énfasis en los Jefes de servicios o departamentos.
- Garantizar de forma armónica las funciones asistenciales, académicas y gerenciales de la institución.
- Propiciar el uso eficiente y responsable de los recursos del hospital.

- Garantizar todas las relaciones contractuales del centro.
- Asegurar el cumplimiento del Plan Director.
- Asegurar el cumplimiento del plan para la defensa y situaciones excepcionales.
- Implementar la capacitación integral de los cuadros o directivos.
- Garantizar el Control Interno en el hospital.
- Potenciar las actividades de Ciencia e innovación Tecnológica.

Elementos a evaluar:

- 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.
- 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:

- 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.
- 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

Las actividades de calidad en el hospital responden a la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en el Sector Salud y son aprobadas por su Consejo de Dirección. Se establecen las prioridades y oportunidades de mejora del hospital, así como, se analizan y registran los riesgos de eventos centinelas, eventos adversos y los incidentes.

Propósitos:

- Implementar acciones, en el contexto hospitalario, que se correspondan con la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en el Sector Salud.
- Lograr la conducción de las actividades de calidad por la máxima dirección del hospital y con el empoderamiento, sensibilización y participación de todos los

trabajadores, en el cumplimiento de las acciones desde sus responsabilidades y funciones.

- Controlar el cumplimiento de las disposiciones y normativas establecidas relacionadas con el funcionamiento hospitalario.
- Implementar acciones dirigidas a garantizar la seguridad hospitalaria, el aseguramiento de los procesos y los servicios básicos.
- Garantizar el estado de aptitud y la certificación de los instrumentos de medición de acuerdo con lo establecido y al aseguramiento metrológico que se dispone.
- Capacitar al personal en virtud de la cultura de calidad y seguridad del paciente.
- Identificar de manera continua las oportunidades de mejora.
- Alcanzar la satisfacción de los pacientes, acompañantes, visitantes, estudiantes y prestadores a partir de su búsqueda activa y atención a sus planteamientos.
- Registrar y analizar los eventos centinelas, adversos e incidencias, con vistas a realizar acciones de mejora y evaluar las mismas, así como identificar los riesgos que pudieran llevar a éstos.
- Establecer las relaciones contractuales necesarias para los procesos que lo requieran y para la continuidad de la atención.

Elementos a evaluar:

- 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 funcionado 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 de acompañantes, 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.
- 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:

- 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

La instalación hospitalaria cumple con las disposiciones y normativas vigentes referentes al diseño, explotación, mantenimiento constructivo, seguridad y protección, así como posee programas y planes para el enfrentamiento a situaciones excepcionales y para la gestión de riesgos, dirigidos a la protección de pacientes, familiares, visitantes, prestadores y medioambiente.

Propósitos:

- Garantizar el cumplimiento de las disposiciones y normativas vigentes relacionadas con el funcionamiento como instalación sanitaria.
- Implementar acciones dirigidas a garantizar la seguridad y protección de pacientes, acompañantes, visitantes y prestadores.
- Implementar acciones orientadas a la protección de pacientes con necesidades especiales.
- Implementar programas y planes para el enfrentamiento de situaciones excepcionales.
- Desarrollar programas para la gestión de riesgos dirigidos a la protección de pacientes, familiares, visitantes, prestadores y medioambiente.

Elementos a evaluar:

- 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:

- 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

El hospital desarrolla un conjunto de actividades coordinadas para dirigir a los trabajadores, en aras de optimizar su colaboración para satisfacer las necesidades de los pacientes. Comprende políticas y prácticas, sobre la base del principio de la idoneidad demostrada, donde intervienen los procesos de selección e integración, capacitación y desarrollo, evaluación y estimulación. Incluye la definición de la dotación necesaria de personal, así como el establecimiento de responsabilidades, normativas y procedimientos y la conformación y conservación de información documentada sobre cada trabajador.

Propósitos:

- Seleccionar a los trabajadores con las condiciones que se requieren para cada puesto de trabajo basado en la idoneidad demostrada.
- Formalizar la relación de trabajo mediante el contrato de trabajo o nombramiento donde se establecen las responsabilidades, deberes y derechos del trabajador.

- Garantizar el proceso de inducción en cada puesto de trabajo mediante un período de prueba con un programa de acogida.
- Comprobar la acreditación para el ejercicio de la profesión mediante el carné de profesional, título correspondiente y verificación sobre su trayectoria laboral.
- Desarrollar permanentemente un proceso que permita la retención del personal idóneo a partir acciones de estimulación y comunicación.
- Mantener un sistema de acciones de preparación continua y planificada, del personal, en función de cumplir con calidad las funciones de sus cargos y asegurar su desempeño exitoso.
- Tener determinadas las necesidades de capacitación y desarrollo de los trabajadores.
- Implementar un proceso para la identificación de las funciones y competencias del trabajador.
- Utilizar los resultados de las evaluaciones para orientar la capacitación.
- Medir sistemáticamente del grado de eficacia y eficiencia con el que los trabajadores cumplen sus obligaciones y atribuciones, la idoneidad demostrada, así como encausar su potencial desarrollo.
- Aplicar las medidas derivadas de los resultados de las evaluaciones con las acciones de capacitación y cambios organizacionales necesarios.
- Planificar, la dotación del personal necesario, con los cargos y el número de plazas en correspondencia con la misión del hospital, los objetivos, los servicios que presta, el tipo de pacientes que atiende, el nivel de actividad y la tecnología instalada.
- Definir una estructura que permita disponer de las unidades orgánicas de dirección en correspondencia con la misión, funciones y objetivos del hospital.
- Estudiar los procesos de trabajo para perfeccionar las condiciones técnicas y organizativas de los servicios.
- Disponer de la documentación que respalda legalmente el cumplimiento de los requisitos exigibles para ocupar cada puesto de trabajo, así como los deberes a cumplir y la historia laboral de cada trabajador.

Elementos a evaluar:

- 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 y productividad requeridas y el cumplimiento de las normas de conductas, dadas fundamentalmente en el Reglamento disciplinario interno y se definan 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.
- 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 los pacientes.
- 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:

- 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.
- 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

El hospital tiene los procesos relacionados con la organización de la farmacia hospitalaria, según el Manual de organización y procedimientos de los servicios farmacéuticos hospitalarios y el Programa Nacional de Medicamentos.

Propósitos:

- Lograr que los procesos de los medicamentos en el hospital estén organizados, para alcanzar el uso eficaz, seguro y eficiente de acuerdo con el Manual de hospitalarios y el Programa Nacional de organización y procedimientos de los servicios farmacéuticos Medicamentos.
- Responsabilizar a los directivos del hospital, a los profesionales farmacéuticos y todos aquellos profesionales de salud de la institución, con el uso eficaz y eficiente de los medicamentos.
- Disponer de recursos humanos necesarios, capacitados y entrenados para el desempeño de sus funciones, bajo la dirección de un profesional farmacéutico.
- Lograr se cumpla lo establecido para el uso de los medicamentos en todos los servicios de los hospitales, en los servicios ambulatorios y unidades especializadas.

Elementos a evaluar:

- Existe un Licenciado en Ciencias Farmacéuticas responsable del departamento de farmacia hospitalaria.
- Se dispone de un área administrativa donde el director técnico realiza las labores de 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 dominan y se evalúa su cumplimiento, así como material docente y de consulta que garantice el desarrollo de las actividades relacionadas con la capacitación.
- La superficie que ocupa el servicio farmacia estará en correspondencia con número de pacientes que se asisten y de la complejidad de la unidad asistencial.
- Todas las áreas del Departamento forma un conjunto o unidad funcional, con un flujo adecuado que garantice fácil acceso desde el interior y exterior del establecimiento asistencial.
- Se cumple en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios las regulaciones internas para la circulación de personas y equipos.
- Se dispone de soporte informático, cristalería, estantes, gaveteros, muebles, insumos, materiales de oficina, y parles, así como de instalaciones de gas, agua, red eléctrica, comunicación y regulación de la temperatura adecuada, protecciones de Seguridad e instalaciones sanitarias para el personal.
- La vía de acceso al servicio será diferente a la de las vías sucias de la unidad asistencial.
- Se dispone de una plantilla completa de trabajadores, profesionales, técnicos, de servicio y auxiliares.
- Se dispone de un registro individualizado y actualizado de su personal en cuanto a formación, experiencia y evaluaciones realizadas a los mismos.
- Se garantiza la presencia física de los profesionales farmacéuticos o técnicos todo el tiempo que permanezca abierto el servicio. La farmacia tiene servicio las 24 h.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos de farmacia hospitalaria.
- Programa Nacional de Medicamentos.
- Circulares técnicas de farmacia vigentes.
- Resoluciones e instrucciones ministeriales vigentes.
- Cuadro básico de medicamentos de la institución.
- Acta de constitución del Comité Farmacoterapéutico.
- Expedientes laborales en el Departamento de Recursos humanos, títulos y capacitaciones necesarias para el personal que labora en el sistema de la Farmacia Hospitalaria.
- 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

El hospital tiene los procesos relacionados con selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, según el Manual de organización y procedimientos de los servicios farmacéuticos hospitalarios y el Programa Nacional de Medicamentos.

Propósitos:

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

Elementos a evaluar:

- La selección de los medicamentos del cuadro básico parte del análisis de la demanda de los servicios, lo asesora el Comité Farmacoterapéutico y se revisa de forma sistemática.
- Definidos los *stock* mínimos de medicamentos que se requieren en todos los servicios.
- Posee el hospital 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.
- 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:

- 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

El hospital planifica y diseña procesos de gestión de la información que satisfacen la necesidad interna y cumple las disposiciones y normativas concernientes a la externa.

Propósitos:

- Mantener la privacidad de la información, la confidencialidad y la seguridad incluyendo la integridad de los datos.
- Cumplir lo establecido con el tiempo de retención y depuración de las historias clínicas, de los datos y de la información.
- Codificar los diagnósticos, procedimientos y funcionalidad, así como aprobar los símbolos, abreviaturas y definiciones a utilizar en el hospital.
- Garantizar que las necesidades de información ofrecidas a los usuarios internos y externos del hospital se cumplen en formato, flujo y calendario establecido.

- Garantizar la evaluación y prueba de los sistemas de tecnología de la información en salud, previa a su instalación dentro del hospital y que cumplan los requisitos de calidad y seguridad del paciente.
- Garantizar que las historias clínicas y otras fuentes de información estén protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, el acceso o el uso no autorizado.
- Garantizar el registro único y veracidad de las fuentes de información.
- Garantizar que las personas que procesan información y toman decisiones estén capacitadas en los principios de su gestión y uso.
- Garantizar que las políticas, procedimientos, planes, programas, entre otros documentos que guían procesos de prácticas clínicas y no clínicas, estén plenamente implementadas de manera coherente y uniforme.

Elementos a evaluar:

- 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 identificadas y se controlan.
- Los pacientes y familiares reciben datos e información oportuna, de forma que facilite la comunicación y satisfaga sus necesidades.
- 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 los requerimientos 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 los pacientes.
- 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 continua 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 tales documentos no se emplearán por error.
 - La identificación y seguimiento de todos los documentos en circulación.
- 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 los miembros del personal.
- La implementación de políticas, procedimientos y planes está monitorizada y respaldada por la información correspondiente.

Documentos a verificar:

- 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

El hospital establece una historia clínica única para cada paciente y cumple con lo estipulado en las disposiciones y normativas sobre registros médicos del Ministerio de Salud Pública.

Propósitos:

- Implementar el proceso para la confección, registro y conservación de la historia clínica de cada paciente hospitalizado o en consulta externa, como parte de la atención, según lo establecido.
- Garantizar que la historia clínica contenga información suficiente para identificar al paciente, respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar la evolución, basado en el uso del método clínico con enfoque epidemiológico.
- Identificar y controlar a las personas autorizadas a ingresar datos en las historias clínicas de los pacientes.
- Monitorear y evaluar, periódicamente, las historias clínicas de los pacientes.
- Garantizar que el personal implicado en los procesos de confección, registro, custodia y conservación de historias clínicas respete y cumpla lo establecido.

Elementos a evaluar:

- Cada paciente hospitalizado o atendido en consulta externa tienen 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:

- 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

El hospital se encarga de la ejecución de las acciones que aseguran la protección de la salud de los pacientes, acompañantes y trabajadores en un ambiente adecuado, en correspondencia con las disposiciones y normativas vigentes.

Propósitos:

- Garantizar la seguridad del paciente a partir de una adecuada implementación del Programa de Epidemiología Hospitalaria.
- Implementar estrategias dirigidas a modificar positivamente la situación higiénico epidemiológica del hospital, para prevenir, reducir el riesgo y la incidencia de infecciones asociadas con la atención sanitaria.
- Poseer información científica y actualizada sobre la situación epidemiológica local, nacional e internacional.
- Efectuar actividades de vigilancia, prevención y control de enfermedades, con la participación de todo el personal.
- Controlar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización.

- Garantizar el uso, manejo, traslado y disposición final de material biológico y sustancias peligrosas, de acuerdo con lo establecido.
- Garantizar la inocuidad de los alimentos en correspondencia con las normas vigentes.
- Establecer controles sobre los sistemas ingenieros y programas de demolición, construcción o renovación en cualquier lugar dentro del hospital, para reducir riesgos a pacientes, familiares y prestadores.
- Establecer procedimientos de aislamiento y barrera en el hospital, para la protección de pacientes, familiares y prestadores cuando se tratan pacientes infectados o inmunodeprimidos.
- Garantizar las acciones necesarias dirigidas a la atención a la salud de los trabajadores, en correspondencia con las disposiciones y normativas vigentes.

Elementos a evaluar:

- 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 médico. Se controlan y cumplen los procesos de limpieza, desinfección y esterilización, así como 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.

- 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 otros encargados del cuidado cuando esté indicado por su participación en la atención.
- Cumplir los programas de higienización y control de vectores.

Documentos a verificar:

- 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 epidemiología hospitalaria.
- Programa de manejo de desechos peligrosos.
- Reglamento de las Normas de bioseguridad.
- 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

El hospital cumple la política de cuadros e implementa un proceso para el desarrollo de las competencias de dirección en sus cuadros y reservas.

Propósitos:

- Cumplir con la política de cuadros en la institución.
- Implementar acciones que tributen a la formación de capacidades en temas de dirección con el objetivo de desarrollar estas competencias en sus cuadros y reservas.
- Ejecutar la superación profesional en los cuadros y reservas del hospital, a partir de la identificación de las necesidades de aprendizaje en materia de dirección.
- Garantizar la atención integral al cuadro y sus reservas.

Elementos a evaluar:

- 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:

- 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

Las actividades de calidad en el hospital están estrechamente vinculadas a la gestión de la eficiencia económica establecida en los documentos rectores de actualización del modelo económico cubano de forma general y en particular a los documentos regentes específicos del sector de la salud.

Propósitos:

- Fomentar acciones encaminadas al logro de la eficiencia económica en hospitales.
- Fortalecer las acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad hospitalaria desde la perspectiva de la eficiencia económica. Estas acciones deben realizarse con la participación integrada de los consejos de dirección y los trabajadores.
- Controlar el cumplimiento de las disposiciones y normativas vigentes en nuestro país dirigidas al fortalecimiento de la eficiencia económica en hospitales.

- Diseñar acciones que logren fortalecer la eficiencia económica en el aseguramiento de los procesos y servicios que tienen lugar en el hospital, así como la seguridad hospitalaria.
- Capacitar a directivos y trabajadores en temas de economía y contabilidad para el trabajo en el contexto hospitalario.

Elementos a evaluar:

- 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 y se 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 del control 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:

- 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.

ESTÁNDARES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

DI-01 Desarrollo de los procesos formativos y superación de técnicos y profesionales de la salud

El hospital forma técnicos y profesionales a partir del desarrollo alcanzado en los procesos de atención a la salud y las investigaciones, así como implementa los procesos del posgrado, con impacto positivo en el estado de salud de la población y la satisfacción de los participantes, mediante la rectoría metodológica de la universidad de ciencias médicas.

Propósitos:

- Formar técnicos y profesionales competentes, acordes con los principios y valores de la sociedad.
- Integrar los técnicos y profesionales de la salud, durante su formación, a los procesos hospitalarios de: asistencia, investigación y de administración.
- Elevar la calidad de la atención a la salud a partir del desarrollo del proceso formativo.
- Garantizar que los procesos estratégicos y de apoyo respalden la formación de profesionales con calidad.
- Garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos, por la Junta de Acreditación Nacional, para el proceso formativo.
- Contribuir a la satisfacción de los participantes en el proceso formativo: población, pacientes, prestadores de los servicios de salud, educandos, profesores y administrativos.

Elementos a evaluar:

- La decisión de desarrollar formación de profesionales se realiza en coordinación con la universidad de ciencias médicas y el liderazgo del hospital; pertinente con la misión del mismo.
- El personal en formación participa en los procesos de atención, investigación y de administración que desarrolla el hospital con énfasis en la educación a pacientes y familiares, así como las actividades anatomopatológicas, clínicas epidemiológicas, clínicas radiológicas, técnicas administrativas, entre otras previstas.

- Se garantiza *la* formación integral de los estudiantes universitarios, con énfasis en la labor educativa y político ideológica a partir del currículo, considerando como elemento clave el trabajo de los colectivos dirigidos por los profesores principales.
- Participa en el sistema de valores a formar en los educandos según lo declarado en los planes de estudios, programas de pregrado y posgrado, de manera que contribuya al desarrollo profesional, social, cultural y humanista de los estudiantes y además, al desarrollo cultural del entorno.
- Garantiza la disciplina integral, educación formal, hábito externo y ejemplo de los educandos y profesores en todas las áreas hospitalarias.
- La dirección garantiza la información adecuada respecto al proceso docente de formación profesional y la disciplina del hospital según corresponda.
- La dirección del hospital respeta los derechos de los estudiantes en correspondencia con los reglamentos generales estudiantiles y del hospital.
- Se estimula la participación de los estudiantes en su educación patriótico militar y en la disciplina preparación para la defensa.
- El departamento docente y de trabajo educativo seleccionan los profesores guías.
- Se promueven e identifican por parte de los profesores las motivaciones, aptitudes y actitudes de los estudiantes para su incorporación a las actividades extracurriculares.
- La dirección obtiene, revisa y contextualiza las disposiciones normativas de la universidad de ciencias médicas en el tiempo establecido.
- La dirección del hospital analiza el desarrollo del proceso docente educativo.
- El departamento docente y los jefes de servicios disponen e implementan los documentos que garantizan el desarrollo del proceso docente.
- El departamento docente controla y garantiza la calidad del proceso docente educativo, a través de las diferentes formas de trabajo metodológico, potenciando desde el pregrado la preparación político-ideológica, metodológica y científico-investigativa.
- Se cumple la planificación de las actividades docentes por departamento y servicio en correspondencia a los programas docentes.
- Se cumplen las estrategias curriculares al abordar la medicina natural y tradicional, la salud pública y la formación ambiental, la investigación y el dominio del idioma inglés, así como se priorizan cursos electivos según las necesidades y características del territorio.
- El método clínico con enfoque epidemiológico, el proceso de atención de enfermería y el método tecnológico constituyen los métodos de enseñanza fundamental.
- Está definido el claustro de profesores por las diferentes categorías docentes en cada servicio según las necesidades docentes, asistenciales e investigativas.
- Los servicios de atención médica, el número de pacientes y sus problemas de salud se utilizan eficientemente en ~~de~~ la formación de profesionales.
- Los servicios asistenciales cumplen los requisitos establecidos para desarrollar el proceso docente educativo, detallados por carreras y especialidades.

- Están identificados los diferentes niveles para la actuación de cada Integrante del equipo de trabajo en cada servicio que garantice la calidad del proceso docente y seguridad del paciente.
- Se analiza el grado de satisfacción de los estudiantes con respecto al proceso docente.
- Los estudiantes y profesores demuestran conocimientos del programa de formación según corresponda, los objetivos del año, de la carrera o especialidad.
- Se realiza el control del proceso docente educativo en la institución por parte del departamento docente en todas sus formas organizativas de aprendizaje y se prioriza la verificación de las habilidades adquiridas en los servicios.
- Se realizan las evaluaciones en sistema (frecuente, parcial y final), y se otorga la calificación integral de los estudiantes.
- Se establece una comunicación efectiva entre los estudiantes los profesores y directivos durante los procesos hospitalarios.
- La dirección del hospital exige y controla la participación de los profesores en las actividades metodológicas.
- Existen el número y las condiciones estructurales de aulas y medios de enseñanza necesarios que apoyan el proceso para la formación específica.
- La biblioteca posee las condiciones estructurales, ambientales y de repositorio necesarias para la formación de profesionales de la salud. Realiza los procesos según lo establecido y en horarios pertinentes a los usuarios.
- Existen las condiciones estructurales, de conectividad y personal calificado en ciencias de la información que apoyan el proceso de formación e información científica.
- El hospital cuenta con un plan de superación de profesionales y técnicos en correspondencia con las necesidades identificadas.
- El hospital cuenta con un plan de capacitación para los trabajadores en correspondencia con las necesidades identificadas.
- El hospital proyecta y apoya la formación de doctores en ciencias.

Documentos a verificar:

- Certificado de autorización para la formación por carreras y especialidades.
- Convenios de trabajo con la Universidad que favorecen el proceso formativo que ejecuta la institución.
- Organigrama Sistema de trabajo de la institución.
- Programas de estudios de la formación que se implementan en la institución.
- Listado nominal del claustro por categoría docente y especialidad.
- Expediente laboral, con el activo de la docencia.
- Calendario del curso y del semestre que se planifica.
- Orientaciones metodológicas emitidas por la universidad de ciencias médicas y para cada curso académico.
- Último informe semestral, o de la última rotación o estancias cursadas.

- Listado de profesores guías.
- Planes calendarios de las asignaturas.
- Planificación docente en cada servicio y departamento. Horario del semestre y de las asignaturas a desarrollar. (Número de grupos docentes, su distribución por docentes y servicios).
- Plan de trabajo metodológico.
- Actas de reuniones del consejo de dirección, de colectivos metodológicos, departamentales y de servicio (verificar la participación estudiantil).
- Tarjetas de evaluación de estudiantes y residentes.
- Evidencia de nombramiento de tribunales estatales según lo establecido.
- Actas de reuniones con los estudiantes y residentes.
- Evidencias de los controles realizados durante el proceso docente.
- Historias clínicas.
- Evidencias de documentos rectores, regulaciones vigentes (reglamento docente y metodológico para la educación superior, resoluciones e indicaciones pertinentes, Manual de organización y procedimientos, Protocolos de actuación en de las áreas implicadas en la atención médica y la docencia).
- Plan de superación de la institución.
- Informes de visitas de carácter académico realizadas a la institución.
- Listado completo de estudiantes por carreras y especialidades a nivel de la dirección y específico por los diferentes servicios.
- Plan de capacitación para los trabajadores.
- Estrategia para la formación de doctores en ciencias.
- Evidencias de la actividad de extensión universitaria.
- Informe final de la comisión de acreditación del escenario docente.

DI-2 Ciencia e Innovación Tecnológica

El sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica se fundamenta en el desarrollo integral del ciclo de la ciencia, tomando como base el perfeccionamiento continuo del potencial científico con que se cuenta y la organización de una red de instituciones con funciones establecidas para ello. Las actividades de investigación, basadas en el cuadro de salud, son aprobadas por el Consejo Científico y por el Comité de Ética de la Investigación y los resultados son susceptibles a ser introducidos, generalizados y evaluados, así como socializarse y, cuando sea meritorio, se registran de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Propiedad Intelectual.

Propósitos:

- Desarrollar el Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en las unidades hospitalarias.
- Lograr la utilización de los resultados de las investigaciones en la solución de los problemas relacionados con el cuadro de salud de la población.
- Desarrollar capacidades y competencias de los profesionales a partir de la obtención de categorías y grados científicos.

- Promover la producción científica, a través de publicaciones de impacto y otras salidas de los principales resultados.
- Impulsar las actividades de los movimientos Científicos de Integración (ANIR, FORUM, BTJ), que permitan en los trabajadores con énfasis en las canteras más jóvenes, la motivación y adquisición de habilidades para las investigaciones, así como para la obtención de resultados que tributan a la problemática del hospital.

Elementos a evaluar:

- El hospital tiene un responsable de la actividad de Ciencia e Innovación Tecnológica.
- La institución cuenta con un sistema de trabajo que permite planificar y controlar las actividades de Ciencia e Innovación Tecnológica.
- En el hospital funciona, cumpliendo con lo dispuesto para ello, el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Investigación.
- El hospital realiza actividades científicas como: Fórum de Ciencia y Técnica, Jornada Científica de Residentes, Jornada Científico Pedagógica, entre otras.
- El hospital realiza proyectos de investigación que tributan al cuadro de salud de la población que atiende.
- El hospital controla el cumplimiento del cronograma de ejecución de los proyectos.
- El sistema de trabajo de la institución, garantiza que se identifiquen, introduzcan y generalicen los resultados científicos técnicos para el desarrollo de la institución.
- El hospital promueve la introducción de resultados científicos técnicos, que así lo ameriten, en otras instituciones de salud y niveles de atención.
- El hospital tiene identificado el potencial científico y diseña estrategias para su desarrollo.
- El hospital incrementa anualmente el número de investigadores categorizados, máster en ciencias, especialistas de segundo grado y Doctores en Ciencias.
- Los profesionales del hospital participan en eventos científicos institucionales, nacionales o internacionales.
- Se cumple con el índice de publicación anual de la institución.
- El hospital cuenta con representante de la propiedad intelectual e implementan el sistema interno de este subsistema de la ciencia.

Documentos a verificar:

- Manual de organización y procedimientos.
- Resoluciones ministeriales vigentes relacionadas con la actividad.
- Proyección Estratégica en Ciencia e Innovación Tecnológica vigente.
- Plan de la institución a partir de su proyección estrategia en Ciencia e Innovación Tecnológica. Cumplimiento.
- Nombramiento y actas del Consejo Científico

- Nombramiento de la Comisión del Forum.
- Nombramiento, actas y dictámenes del Comité de Ética de la Investigación
- Banco de problemas.
- Líneas de investigación.
- Control de la carpeta de proyectos de la institución (por investigación y por economía).
- Fichas de resultados científicos.
- Plan de generalización de resultados.
- Evidencia documental de marcas patentes, derechos de autor.
- Evidencia de la participación en actividades científicas.

DI-3 Ensayos clínicos

La dirección del hospital y los Comités de Ética de la Investigación (CEI) son responsables de la protección de los seres humanos que participan en Ensayos Clínicos y Proyectos de investigación. Para cumplir con este estándar, el hospital cuenta con servicios certificados o en proceso de certificación en Buenas Prácticas Clínicas (BPC), según la resolución establecida, y complementa los procedimientos de trabajo en las unidades asistenciales con los requerimientos de ensayos clínicos. La institución cumple con los requisitos regulatorios y de conducta ética profesional y proporciona los recursos adecuados para el funcionamiento efectivo de los ensayos clínicos.

Propósitos:

- Disponer de la certificación en Buenas Prácticas Clínicas (BPC) para la realización de los ensayos clínicos.
- Garantizar el nivel de compromiso de la dirección del hospital y de los CEI en los ensayos clínicos.
- Requerir la existencia de convenios o contratos que avalen la participación de la institución.
- Garantizar el cumplimiento de las regulaciones vigentes y la factibilidad en la realización del ensayo clínico.
- Asegurar que los investigadores estén debidamente capacitados por su *curriculum vitae* y certificados profesionalmente en Buenas Prácticas Clínicas.
- Definir los promotores de ensayos clínicos según las disposiciones y normativas aprobadas.
- Implementar la resolución 40/2014 del Ministro de Salud Pública.
- Identificar por el CEI del hospital los conflictos de interés de la investigación que se lleva a cabo en el hospital.
- Integrar el programa de investigación en sujetos humanos al programa de calidad y seguridad de los pacientes del hospital.
- Establecer e implementar un proceso de consentimiento informado que les permite a los pacientes tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su participación en ensayos clínicos.

- Informar a los pacientes y familiares acerca de la opción de participar en los ensayos clínicos.

Elementos a evaluar:

- La dirección del hospital, firma un convenio para cada ensayo clínico, donde establece compromisos según las BPC, las regulaciones vigentes y la ética de la investigación.
- El hospital garantiza el sistema de capacitación en temas relacionados con el proceso de certificación en diferentes niveles y establece los mecanismos para el cumplimiento de la responsabilidad de los investigadores de acuerdo con las regulaciones vigentes en los ensayos clínicos.
- Evalúa previo al inicio de cada EC la factibilidad y el rigor científico de su realización.
- Asegura el tratamiento adecuado para los eventos adversos en los pacientes que participen en un ensayo clínico.
- La dirección del hospital tiene definido los sitios o departamentos para la realización del Ensayo Clínico.
- El hospital posee los documentos que establece el personal o el equipo que participa en el ensayo clínico.
- La dirección del hospital garantiza la estabilidad y la sostenibilidad del desarrollo del ensayo clínico, mediante la designación de un sustituto de cada miembro del equipo investigador por servicio para el EC.
- La dirección del hospital exige la responsabilidad de los promotores, con la calificación y cumplimiento Buenas Prácticas Clínicas y de manufactura.
- El hospital asegura el cumplimiento de los métodos y procedimientos de cada EC y la ética de la investigación.
- Facilita la monitorización de la calidad y la seguridad del ensayo clínico.
- Facilita la utilización de equipamientos necesarios y su calidad para la realización de los EC.
- Toda la documentación y los datos generados en los EC, en términos de fiabilidad y validez, serán protegidos y conservados según las regulaciones vigentes.
- Garantiza que los resultados e informes parciales o finales sean estadísticamente precisos, éticos e imparciales
- Asegura los tratamientos para los eventos adversos de los pacientes que participen en un ensayo clínico
- La Dirección de la institución garantiza el cumplimiento de los requerimientos establecidos para el trabajo de los Comité de Ética de la Investigación.
- La Dirección de la institución Implementa la resolución 40 del Ministro de Salud Pública sobre los Comités de Ética de la Investigación
- La Dirección de la institución exige al CEI, una revisión de los todos los EC ejecutados, al menos una vez al año.

- El CEI del hospital lleva a cabo un proceso continuo de formación y monitorización.
- Implementa los procedimientos de trabajo en las unidades asistenciales con los requerimientos de ensayos clínicos.
- Garantiza los servicios de metrología y mantenimiento de los equipos médicos requeridos en los ensayos clínicos.
- Evalúa al personal que participa en los EC a través de los procesos continuos de monitorización del desempeño profesional.
- Revisa a través del CEI los eventos adversos reportados y su relación de causalidad con el Producto de Investigación.
- Comprueba que a los pacientes que se les solicita participar se les informa acerca de los beneficios esperados, riesgos potenciales, y tratamientos y procedimientos alternativos que también podría ayudarles.
- Informa acerca de la compensación de los tratamientos médicos disponibles según establece el protocolo de investigación.
- Establece e implementa a través de los CEI los procedimientos de protección legal para proteger la seguridad, los derechos y el bienestar de los pacientes en EC.

Documentos a verificar:

- Carpeta del investigador
- Contratos evaluados y firmados por la institución con los promotores y las organizaciones contratadas al efecto.
- Acuerdos de participación y delegación de funciones
- Acta del Consejo de Dirección donde se aprueba el EC.
- Listado de los investigadores y sustitutos
- Acta del CEI.
- Consentimiento informado de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Camilo A. Espinosa Garzón-Yojan Stiben Hungría La metrología en Brasil: la experiencia de INMETRO. Revisado el 5 de enero de 2016. Encontrado en: <http://e.exam-10.com/pravo/10520/index.html>

Reyes Ponce Y, Hernández Leonard AR, Hernández Ruiz AD. Metrología para la vida. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2009.

Mejías Sánchez Y, Morales Suárez I, Perera Vandrell S. Bases legales y proyecciones de desarrollo de la metrología en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41 (1). Revisado el 5 de enero de 2016. Encontrado en <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/308/315>.

Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ta edición. Joint Commission International. EU. 2014. ISBN: 978-1-59940-836-1.

El Tratado de la Convección del Metro y el Sistema Internacional de Unidades. Revisado el 8 de enero de 2015. Encontrado en: <http://www.fujisansurvey.com/noticia2/>.

Hernández Leonard, AR; Reyes Ponce, Y. cincuenta años de Aseguramiento Metrológico a la economía cubana Instituto Nacional de Investigaciones en Metrología. Cuba. Normalización No. 1 2014 enero-abril ISSN: 2223-179X. Revisado el 29 de diciembre 2015. Encontrado en www.nc.cubaindustria.cu

OIML. Revisado el 25 de enero 2016. Encontrado en: <http://www.oiml.org/en>.

Centro Nacional de Metrología. Enlaces de Metrología, Normalización y Evaluación de la Conformidad. Organizaciones Internacionales de Metrología. 24 de Abril de 2015. Revisado el 25 de enero de 2016. Encontrado en: <http://www.cenam.mx/sitios.aspx>.

Southern African Development Community Cooperation in Measurement Traceability. 2011. SADC MET. Revisado el 25 de enero 2015. Encontrado en: <http://www.sadcmnet.org/SitePages/Home.aspx>.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización (LFMN) Revisado el

2 de diciembre de 2015. Encontrado en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007b/281/49.htm>.

CENAM. Revisado el 2 de diciembre de 2015. Encontrado en <http://www.cenam.mx/quienes.aspx>

Instituto de Salud Pública de Chile. Ministerio de Salud. ¿Que es la Metrología? Revisado el 29 de diciembre de 2015 encontrado en <http://www.ispch.cl/saludambiental/metrologia/actividades-realizar>.

Perú INDECOPI SNM. Revisado el 4 de diciembre de 2015. Encontrado en http://www.revistadeacuero.org/index.php?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=254.

Acuña Valderrama, FJ. Metrología biomédica. Bol – Inst Nac Salud (Perú) 2015 Año 21 N.º 1 – 2 enero – febrero. ISSN: 1606 – 6979. Revisado el 29 de diciembre de 2015. Encontrado en www.ins.gob.pe.

La metrología aplicada al sector salud. Revisado el 29 de diciembre de 2015 encontrado en <http://www.elhospital.com/docContenido/informacionComercial.xhtml>.

Pacheco Segura, R. Un modelo para asegurar las mediciones en el sistema de salud pública de Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Revisado el 29 de noviembre de 2015. Encontrado en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/ingenieria/article/view/10251/15648>.

Instituto Nacional de Metrología, Calidad y Tecnología (Brasil). Revisado el 5 de enero de 2016. Encontrado en: https://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_de_Metrologia,_Calidad_y_Tecnolog%C3%ADa_%28Brasil%29.

Normalización, Metrología y Calidad. Revisado el 5 de enero de 2016. Encontrado en: <http://www.cepec.cu/es/normalizacion>.

Partido Comunista de Cuba. I Congreso del PCC. Tesis y Resoluciones sobre la Plataforma Programática del Partido. [En línea] 1975. [Consultado el: 12 de diciembre de 2013.] <http://www.congresospcc.cip.cu>.

Decreto Ley 62 Del Sistema Internacional de Unidades. Gaceta Oficial de la Republica de Cuba. No. 9: Edición Especial. 30 de diciembre 1982:19.

Decreto ley 183/1998. De la Metrología. La Habana: INIMET; 1998 [citado 2 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.inimet.cubaindustria.cu/L183.pdf>

INIMET. Revisado el 5 de enero de 2016. Encontrado en <http://www.inimet.cubaindustria.cu/acerca-de-inimet/quienes-somos.html>.

Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. La Habana. 18 de abril del 2011.

Decreto ley 271/2001. Contravenciones de las regulaciones establecidas sobre metrología. La Habana: Cubaindustria; 2001 [citado 2 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.inin.cubaindustria.cu/L271.pdf>

Disposición General 01/2012 “Instrumentos de medición sujetos a la verificación y a los campos de aplicación donde serán utilizados”. La Habana: INIMET/Cubaindustria; 2012 [citado 2 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.inimet.cubaindustria.cu/>

Reglamento de la ley general de salud pública decreto 139/88. No. 12. La Habana: Gaceta Oficial; 1988 [citado 21 Ene 202]. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.cu/edicante>

Contraloría General de la República. R. 60/11. No. Gaceta: 014. La Habana: Gaceta Oficial; 2011 [citado 2 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.cu/edicante>

Hernández Rivero AT, Oropesa Verdecia P, Serra Águila RA, Moreno León Y. Aseguramiento metrológico en la producción y uso de radiofármacos. Nucleus. 2012 [citado 14 Abr 2014];(52):20-2. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-084X2012000200005&lng=es

